JAARGANG 59 / FEBRUARI 2016

H&W

2

Huisarts en Wetenschap

2016

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

BESCHOUWING

Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken?

BESCHOUWING

De spoedposten en de SEH, werkt het samen?

NHG-STANDAARD

Niet-traumatische knieklachten

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

2

WETENSCHAP

50 BESCHOUWING Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken?
Anna Koning

54 De spoedposten en de SEH, werkt het samen?
Wendy Thijssen

58 Insulinegerelateerde gewichtstoename bij DM2
Henry Jansen, Gerald Vervoort, Guy Rutten, et al.

62 NHG-STANDAARD
Niet-traumatische knieklachten
NHG-Werkgroep Niet-traumatische knieklachten

KLINISCHE PRAKTIJK

68 (VER)STAND VAN ZAKEN Duur diagnostisch traject kanker
Nicole van Erp

69 HUISARTSENZORG IN CIJFERS Suïcidepreventie
Derek de Beurs, Mariette Hooiveld, Gé Donker

70 NASCHOLING In gesprek met een suïcidale patiënt
Joop Dopper

74 KLINISCHE LES Onverwachte gevolgen van endometriumablatie
Ingrid de Voogd, Toine Lagro-Janssen

82 CASUÏSTIEK Gebitsprothesen bij dementerenden
Marja Slettenhaar, Arie Knuistingh Neven

84 IMPORT Rodegistrijst als cholesterolverlager
Max Rubens

85 Een beslisboom voor kinderen met infecties
Eefje de Bont

86 CATS Insulten couperen via neus of anus?
Just Dupuis, Antonette Smelt

87 PEARLS Effectieve behandelopties rosacea
Noortje van Laanen

47 JOURNAAL
77 BOEKEN
78 GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE
83 KENNISTOETS
88 COLOFON H&W

5 HET NHG

Waarom het is zoals het is

De Duitse bezetters hebben in 1941 de verplichte ziekenfondsverzekering in Nederland ingevoerd. Wist u dat we daaraan basiselementen van onze huisartsgeneeskunde te danken hebben? De verordening heeft geleid tot het abonnementstarief, de verplichte inschrijving op naam en het systeem waarin patiënten alleen via verwijzing van de huisarts bij een specialist terechtkunnen.

De wortels van ons vak zijn talrijk. We lezen geregeld verwijzingen naar de Woudschotenconferentie, maar waar ging deze eigenlijk over? Hoe komt het dat de Nederlandse huisarts als een van de eersten eigen richtlijnen voor de beroepsgroep had? 'Wie het verleden niet kent, zal geen greep krijgen op de toekomst' luidt een bekende uitspraak. Het is voor veel huisartsen niet duidelijk waarom onze huidige taakinvulling is zoals zij nu is. Inzicht in de geschiedenis van de Nederlandse huisartsgeneeskunde kan daarbij helpen.

Nieuwe serie

Eind 2011 hebben de NHG-Werkgroep Geschiedenis van de Huisartsgeneeskunde en de redactiecommissie van H&W afgesproken een serie van tien artikelen te maken over de geschiedenis van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Die artikelen moesten vooral informatief zijn voor nieuwsgierige, jonge huisartsen. Om de samenhang van de artikelen te borgen, hebben we besloten de serie door één wetenschapsjournalist te laten schrijven. In Esther van Osselen vonden we een zeer geschikte kandidaat, omdat zij naast wetenschapsjournalist destijds ook huisarts-in-opleiding was. De leden van de NHG-Werkgroep hebben haar tijdens het schrijven inhoudelijk ondersteund. Het eerste artikel staat in dit nummer en begint bij de invoering van de academische titel 'arts' door een wet van Thorbecke (in 1865). Deze wet maakte er een einde aan dat ook kwakzalvers als barbiers en marskramers de geneeskunst konden uitoefenen. Uit het algemene beroep arts ontwikkelden zich in de decennia daarna verschillende specialismen, en het beroep huisarts. Dat was het begin. De artikelen in de komende nummers beschrijven de verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde aan de hand van thema's zoals arts-patiëntrelatie, huisartsopleiding en wetenschap.

Online archief nu compleet

Naast deze nieuwe serie bieden wij u nog een andere mogelijkheid om in de geschiedenis van ons vak te duiken. Sinds kort is het hele archief van *Huisarts en Wetenschap* online voor alle NHG-leden toegankelijk. We hebben de artikelen van alle nummers van H&W vanaf het eerste nummer uit 1957 als pdf-bestand laten scannen. Eerder stonden deze bestanden tot onze spijt met onbegrijpelijke namen in ons online archief. Sinds afgelopen maand is dit probleem opgelost en kunt u de volledige inhoud van H&W online raadplegen. Aan een uitgebreidere zoekfunctie wordt nog gewerkt, maar het archief biedt nu al verschillende mogelijkheden. Zo kunt u aan de hand van artikelen in H&W nagaan hoe de diagnostiek en behandeling van een klacht als dermatomycose zich in de afgelopen 60 jaar heeft ontwikkeld. Voor huisartsen die niet de behoefte hebben het archief voor dit soort vragen uit te pluizen, biedt het ook een ander belangrijk voordeel. U kunt al uw oude H&W's weggooien. U hoeft de nummers immers niet meer te bewaren, wij doen dat nu voor u. ■

Just Eekhof

Defensief handelen loont

Defensieve geneeskunde is gedefinieerd als medische zorg die niet geleverd wordt om de diagnostiek of behandeling te verbeteren maar om de kans op een klacht of schadevergoeding te minimaliseren. Veel Amerikaanse artsen geven aan regelmatig defensief te handelen en ook Nederlandse artsen zijn bekend met het fenomeen. Tot op heden was niet duidelijk of defensief handelen zoden aan de dijk zet. Nu tonen Amerikaanse onderzoekers aan dat artsen die de meeste kosten genereren minder vaak malpractice claims krijgen.

Ze onderzochten data over meer dan 18 miljoen ziekenhuisopnames van 2000 tot 2009 in Florida en de daarmee gemoeide kosten. De gegevens werden gekoppeld aan gegevens over bijna 25.000 hoofdbehandelaars afkomstig uit zeven verschillende specialismen en de tegen hen ingediende klachten. De gegevens hadden betrekking op circa 155.000 artsenjaren en 4342 ingediende klachten (2,8% per artsenjaar).

De onderzoekers berekenden van iedere specialist per jaar de gemiddelde kosten van de opnames. Specialisten met lage gemiddelde kosten hadden het jaar daarop meer kans op een *malpractice claim* dan specialisten met hoge gemiddelde kosten. Deze relatie gold voor alle onderzochte specialismen.

De onderzoekers keken ook naar een klinische parameter: het percentage keizersnedes van obstetrici. Ze vonden een gelijksoortig verband. Degenen met het laagste percentage keizersnedes ontvingen tweemaal zo vaak klachten als degenen met het hoogste percentage.

Helaas kunnen de auteurs geen uitspraken doen over het mechanisme achter de gevonden relatie. Leidt extra gebruik van middelen tot minder klachten omdat dit resulteert in een afname van het aantal fouten? Of zijn de uitkomsten van zorg hetzelfde en houdt de extra zorg alleen maar rechtszaken op een afstand? ■

Tjerk Wiersma

Jena AB, et al. Physician spending and subsequent risk of malpractice claims: observational study. BMJ 2015;351:h5516.

Beslisregel voor pijn op de borst

Pijn op de borst wordt in de minderheid van de gevallen veroorzaakt door coronair vaatlijden. Voor een huisarts kan de beslissing om wel of niet door te verwijzen lastig zijn. Nieuw onderzoek maakt duidelijk dat een beslisregel de huisarts beter in staat stelt coronair vaatlijden uit te sluiten.

Duitse onderzoekers bekeken de rol van een klinische beslisregel (Marburg Heart Score; MHS) bij het diagnosticeren van coronair vaatlijden. In 56 huisartsenpraktijken moest de huisarts bij patiënten (n = 832) met pijn op de borst de kans op coronair vaatlijden inschatten als 'laag', 'gemiddeld' of 'hoog'. Tegelijkertijd werd de MHS ingevuld. Deze bestaat uit vijf componenten, die elk één punt opleveren: 1) geslacht en leeftijd; 2) voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten; 3) patiënt denkt zelf aan pijn door het hart; 4) pijn neemt toe bij inspanning en 5) pijn niet opwekbaar bij palpatie van de borst. Een score van 2 of meer werd als positief beschouwd. Een onafhankelijke commissie bepaalde op basis van klinische gegevens of de patiënt leed aan coronair vaatlijden.

Met alleen de klinische blik van de huisarts was de sensitiviteit 83%. Deze steeg naar 91% met gebruik van de MHS.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat een beslisregel de diagnostiek voor patiënten met pijn op de borst kan verbeteren. Een nadeel is dat er geen coronair angiogram (gouden standaard) werd gebruikt als uitkomstmaat. Ook is de beslisregel nog niet gevalideerd in Nederland. De NHG-Standaarden Acuut coronair syndroom en Stabiele angina pectoris gebruiken de beslisregel op dit moment nog niet. Toekomstig onderzoek moet duidelijk maken of deze veelbelovende beslisregel ook in de Nederlandse huisartsenpraktijk gebruikt kan worden om coronair vaatlijden veilig uit te sluiten. ■

Tobias Bonten

Haasenritter J, et al. Chest pain for coronary heart disease in general practice: clinical judgement and a clinical decision rule. Br J Gen Pract 2015;65:e748-53.

Overwerk kan dodelijk zijn

Werknemers die veel overuren maken hebben een hogere kans op een beroerte dan werkers met een normale 35- tot 40-urige werkweek. Het risico op een hartinfarct is ook verhoogd, maar niet zo uitgesproken als voor het CVA.

Kivimäki et al. verzamelden gegevens van 25 onderzoeken uit Europa, de Verenigde Staten en Australië. Ruim 530.000 mannen en vrouwen werden gedurende 7 jaar gevolgd. Geen van hen had bij aanvang van het onderzoek ooit een beroerte gehad. Ook werden 600.000 personen 8 jaar gevolgd die bij aanvang van het onderzoek vrij waren van coronaire hartziekte. In de meta-analyse werd gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en sociale status.

Werknemers die meer dan 55 uur per week werkten, hadden 13% meer kans op het krijgen van coronaire hartziekte en 33% meer kans op een CVA dan werkers die een gebruikelijke 35- tot 40-urige werkweek hadden. Voor CVA was er ook sprake van een dosis-responsrelatie, wat betekent dat naarmate men meer uren per week werkte, het risico op een CVA groter werd. Bij een 41- tot 48-urige werkweek 10% meer kans, 27% toename bij een 49- tot 54-urige werkweek en 33% meer kans op een CVA bij personen die aangaven meer dan 55 uur per week te werken.

Omdat de werkbelasting gebaseerd is op vragenlijsten en niet direct gemeten is, kan er sprake zijn van overrapportage zodat het verband tussen overwerk en CVA niet zozeer samenhangt met het aantal daadwerkelijke gewerkte uren dan wel met de beleving van de werkdruk.

De uitdrukking 'van hard werken gaat niemand dood' wordt door dit onderzoek gelogenstraft. In beroepen met een hoge mate van verantwoordelijkheid en arbeidsethos is overwerk een veelvoorkomend verschijnsel. Ook huisartsen behoren tot deze risicogroep. Werkweken van meer dan 50 uur zijn voor de meeste huisartsen eerder regel dan uitzondering, zeker als administratieve lasten en ANW-diensten bij de dagelijkse werkdruk opgeteld worden. Signalen die aangeven dat de werkdruk voor huisartsen eerder toe- dan afneemt moeten daarom serieus genomen worden. ■

Bèr Pleumeekers

Kivimäki M, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603.838 individuals. The Lancet 2015;386:1739-46.

Strengere eisen voor nieuwe antidiabetica gewenst

Er zitten veel nieuwe antidiabetica in de pijplijn en uit onvrede met de huidige beoordelingsprocedures komt de BMJ met voorstellen voor meer gedegen procedures. Bloedglucoseverlaging is doorgaans het ijkpunt voor autoriteiten die besluiten over de toelating van antidiabetica en de roep om 'timely market access' vereist korte beoordelingstijden. Hierdoor zijn er diverse antidiabetica op de markt, waarvan de klinische betekenis voor de patiënt – minder complicaties – niet duidelijk is en de bijwerkingen onvoldoende in kaart zijn gebracht. Zo moest het aanvankelijk veelbelovende risiglitazon ijlings van de markt worden gehaald toen bleek dat het leidde tot onacceptabele cardiovasculaire bijwerkingen.

De eerste maatregel behelst verhoging van de bewijslast die nodig is om op de markt te worden toeglaten. Dit moet bereikt worden door grote pragmatische trials te eisen in realistische patiëntenpopulaties; dus veel patiënten met comorbiditeit. Daarnaast moeten de controlegroepen een al op de markt aanwezig actief middel krijgen aangeboden, moeten veranderingen in de behandeling toegestaan zijn afhankelijk van de behoefte van de patiënt; dus niet alleen behandelen volgens protocol. Ook moet men klinisch relevante uitkomstmaten hanteren en bijwerkingen systematisch rapporteren. Het demonstreren van non-inferioriteit is dan voldoende om toegelaten te worden.

Het tweede voorstel betreft een versterking van de rol van organisaties die zich bezighouden met health technology assessment, zoals NICE in Engeland. Deze kunnen *managed entry agreements* aangaan met geneesmiddelenfabrikanten, waarbij nieuwe middelen voor voorlopige en eventueel partiële vergoeding in aanmerking komen. Aanhoudende monitoring moet vervolgens aantonen dat de verwachte gezondheidsvoordelen in de echte wereld daadwerkelijk worden behaald. Routinematig verzamelde administratieve data en data-extractie uit elektronische patiëntendossiers bieden daartoe in toenemende mate mogelijkheden. ■

Tjerk Wiersma

Naci H, et al. Rethinking the appraisal and approval of drugs for type 2 diabetes. BMJ 2015;353:h5260.

Kans op een kind met erfelijke ziekte

Ook wanneer er geen ziekte in de familie voorkomt, kan er toch een verhoogde kans zijn op het krijgen van een kind met een erfelijke aandoening. Mensen kunnen – zonder het te weten – drager zijn van een aanleg die bij hun kinderen een erfelijke ziekte kan veroorzaken. Om dit onderwerp meer bekendheid te geven bij mensen met een kinderwens hebben het Erfocentrum, VUmc en AMC de site www.benikdrager.nl ontwikkeld. De website biedt ook informatie voor medische professionals.

Tegenwoordig kunnen stellen al vóór een zwangerschap via een dragerschapstest laten onderzoeken of zij beiden drager zijn van een aantal ernstige, recessief overerfbare ziektes. Is dat het geval, dan heeft hun kind een kans van 1 op 4 (25%) op de ziekte. Er worden in Nederland op dit moment dragerschapstests aangeboden voor een aantal ernstige erfelijke aandoeningen voor verschillende doelgroepen. Dit zijn onder andere sikkelcelziekte en thalassemie bij Surinamers, Antillianen, Afrikanen, Turken en Marokkanen, cystic fibrosis bij mensen van Nederlandse/Europese afkomst en een aantal (stofwisselings)ziektes binnen de Joodse en Volendamse gemeenschap.

Ook mensen die een partner hebben uit dezelfde familie hebben een verhoogde kans op een kind met een erfelijke ziekte. Het UMC Groningen biedt deze mensen met een kinderwens een test aan waarmee ongeveer 70 genen worden onderzocht die te maken hebben met 50 zeer ernstige, niet-behandelbare, autosomaal recessief erfelijke ziektes bij (toekomstige) kinderen van een paar. De test is bedoeld voor mensen die nog niet weten of ze drager zijn en kan alleen worden besproken en gedaan na verwijzing door de huisarts naar een klinisch geneticus.

Op benikdrager.nl is meer informatie te vinden over dragerschap en de actuele mogelijkheden om na te gaan of er een verhoogde kans is op een kind met een ernstige erfelijke ziekte. Voor medische professionals biedt de website naast inhoudelijke informatie over de ziektes duidelijkheid over verwijsmogelijkheden. Daarnaast is er handige informatie, inclusief plaatjes, om aan patiënten uit te leggen hoe dragerschap van een recessieve aandoening leidt tot ziekte bij een kind. ■

Annet Sollie

http://www.benikdrager.nl

Hoestende volwassenen: hoe vaak is het kinkhoest?

Europees onderzoek onder ruim 3000 volwassen die met acute hoest de huisarts bezochten liet zien dat ongeveer 3% een kinkhoestinfectie had. Hoewel er factoren werden gevonden die samenhingen met de kans op een kinkhoestinfectie en het beloop ervan, zijn deze onvoldoende onderscheidend om hulp te bieden aan de huisarts.

Eerder onderzoek liet zien dat de prevalentiecijfers van kinkhoest bij mensen die de huisarts bezoeken vanwege hoest nogal variëren. Het GRACE-onderzoek, uitgevoerd in 12 Europese landen, schept meer duidelijkheid. Tussen 2007 en 2010 werd volwassen patiënten die met acute hoest (≤ 4 weken) hun huisarts bezochten gevraagd om sputum af te laten nemen, gedurende 28 dagen een dagboekje bij te houden, en aan het eind van de periode bloed af te staan voor onderzoek naar antistoffen voor Bordetella pertussis.

Ruim 3000 patiënten deden mee, per land varieerde het aantal van 30 in Frankrijk tot 612 in Spanje. In 93 gevallen (3%) was er sprake van een kinkhoestinfectie. Bij de Nederlandse groep waren 7 van de 317 deelnemers geïnfecteerd (2,2%).

De factoren die bleken samen te hangen met de kans op een infectie en op het beloop ervan waren onvoldoende onderscheidend om behulpzaam te zijn voor het beleid. Bovendien is de vraag of het met 12 verschillende landen, elk met hun eigen cultuur, en met maar weinig ziektegevallen per land, zinvol is om hier uitspraken over te doen.

Gelukkig zijn de auteurs terughoudend in hun conclusies. ■

Hans van der Wouden

Teepe J, et al. Prevalence, diagnosis and disease course of pertussis in adults with acute cough: a prospective, observational study in primary care. Brit J Gen Pract 2015;65:e662-7.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).

Anna Koning

BESCHOUWING

Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken?

Samenvatting

Koning AS. Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.

Onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat statines het risico op hart- en vaatziekten (HVZ) verminderen. In die onderzoeken zijn echter zelden 80-plussers geïncludeerd.

In deze beschouwing worden de voors en tegens van statinegebruik door 80-plussers tegen elkaar afgewogen. Statines geven een risico op bijwerkingen, zoals leverfunctiestoornissen, een licht verhoogde kans op diabetes mellitus en, vooral, soms ernstige spierklachten. Er is weinig bewijs dat statines zinvol zijn voor 80-plussers zonder HVZ in de voorgeschiedenis. Zulke primaire preventie leidt waarschijnlijk alleen tot een verschuiving van de sterfte aan HVZ naar sterfte aan kanker. Uitzondering zijn 80-plussers met diabetes: bij hen reduceren statines zowel de cardiovasculaire als de totale sterfte. Ook bij 80-plussers met HVZ in de voorgeschiedenis zijn statines bewezen effectief. Bij deze twee categorieën patiënten kan men de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement onverkort volgen.

INLEIDING

De prevalentie van hart- en vaatziekten (HVZ) in Nederland is hoog en neemt progressief toe bij ouderen.[1,2] Hypercholesterolemie is een bekende risicofactor. In verschillende grootschalige, gerandomiseerde trials is aangetoond dat gebruik van een statine het risico op een cardiovasculair event vermindert, zowel bij primaire als bij secundaire preventie.[1] Wat echter opvalt, is dat in deze trials nauwelijks 80-plussers zijn geïncludeerd.[2,3] In 2012 gebruikte 36% van de Nederlanders boven de 75 jaar cholesterolverlagende medicatie.[4] Het is bekend dat ouderen fysiologisch anders op medicatie reageren in termen van farmacokinetiek en farmacodynamiek.[5]

In deze beschouwing behandel ik, op basis van de huidige literatuur, de voors en tegens van het gebruik van statines door patiënten ouder dan 80 jaar. Ik heb in de Cochrane Library en PubMed gezocht naar Nederlands- en Engelstalige publicaties met de zoektermen 'Statins' of 'HMG CoA Reductase Inhibitors' en de MESH-termen 'Aged, 80 and over', 'Age Factors', 'Frail Elderly', 'Cardiovascular Diseases', 'Stroke', 'Peripheral Arterial Disease' en 'Coronary Artery Disease'. De gevonden literatuur heb ik globaal beoordeeld op relevantie en de literatuurlijsten heb ik gescreend. Ook heb ik naar relevante literatuur gezocht in de bronnenlijst van de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Alle publicaties die relevant leken, heb ik inhoudelijk beoordeeld. Met name de review van Strandberg sloot goed aan bij de vraagstelling van deze beschouwing en veel van de daar aangehaalde literatuur is in deze beschouwing gebruikt.[6]

Huisartsopleiding VUmc, De Boelelaan 1109, 1081 HV Amsterdam: A.S. Koning, huisarts • Correspondentie: koning.as@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

PRIMAIRE PREVENTIE

De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement adviseert patiënten ouder dan 70 jaar bij wie een risicoprofiel wordt gemaakt, op zijn minst een leefstijladvies te geven, en bijna iedere 70-plusser met een LDL > 2,5 mmol/l in aanmerking te laten komen voor een statine. Daarnaast adviseert de standaard om bij patiënten met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie een afweging te maken tussen de voor- en nadelen van medicatie.[1] De effectiviteit van statines voor primaire preventie van HVZ bij 80-plussers is echter weinig onderzocht.[6]

In de literatuur vond ik slechts vier onderzoeken naar de effectiviteit van statines voor de primaire preventie van HVZ, waarin ook 80-plussers werden geïncludeerd (zie [**webtabel 1**] op www.henw.org). Geen van deze onderzoeken biedt overtuigend bewijs. In het cohortonderzoek van Jacobs kan selectiebias onvoldoende worden uitgesloten,[7] het cohortonderzoek van Olafsdottir was gericht op ouderen met diabetes mellitus type 2 (zie verderop in deze paragraaf).[8] De twee andere onderzoeken werden gesponsord door producenten van statines en waren RCT's waarin 80-plussers een minderheid vormden.[9,10] Naar aanleiding hiervan schreven drie huisartsen in de *BMJ* dat 'het PROSPER-onderzoek slechts heeft aangetoond dat een statine de totale mortaliteit niet omlaag brengt en dat de sterfte aan kanker in de interventiegroep toenam ten opzichte van de cardiovasculaire sterfte'.[11] De deelnemers aan de tweede RCT waren niet goed vergelijkbaar met de 80-plussers die volgens de NHG-Standaard in aanmerking komen voor primaire preventie: zij hadden een LDL ≤ 3,37 mmol, waar de standaard uitgaat van een LDL ≥ 2,5 mmol/l.[1,10] Het definitieve onderzoek is dus nog niet verricht, en de literatuur die er wel is, levert slechts matige ondersteuning voor het voorschrijven van statines aan 80-plussers als primaire preventie. Een uitzondering vormen ouderen met type-2-diabetes, van wie bekend is dat het risico op HVZ tweemaal zo hoog is als dat van ouderen zonder diabetes. Olafsdottirs onderzoek toont

De kern

- Patiënten ouder dan 80 jaar vormen een groeiende groep; ze hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, waarvoor ze vaak een statine gebruiken.
- Bedenk bij het voorschrijven van een statine aan een 80-plusser of het om primaire of secundaire preventie gaat: voor primaire preventie is weinig bewijs, voor preventie bij patiënten met een hart- en vaatziekte in de voorgeschiedenis of type-2-diabetes is dat er wel.
- Houd bij het voorschrijven van statines aan 80-plussers rekening met levensverwachting versus *time to benefit*, met het risico op interacties en met de mogelijkheid dat een onderliggende kwaal de hypercholesterolemie veroorzaakt.

Foto: Michiel Wijnberg/HH

aan dat statinegebruik de cardiovasculaire én de totale mortaliteit omlaag brengt tot het niveau van een populatie zonder diabetes.[8]

Een mogelijk argument om terughoudend te zijn in het voorschrijven van statines aan 80-plussers is hun relatief korte levensverwachting ten opzichte van de *time to benefit*, de tijd tussen inname en statistisch waarneembaar effect van een middel. De *time to benefit* van een statine voor het reduceren van het risico op een fataal of niet-fataal myocardinfarct bij 65-plussers ligt tussen de 1,9 en 5,3 jaar.[12] Afgezet tegen de levensverwachting van 80-plussers is dat op zichzelf geen reden om geen statine voor te schrijven. In 2013 was de levensverwachting bij 90 jaar 3,8 jaar voor een man en 4,5 jaar voor een vrouw, dus ook op deze leeftijd kan starten met een statine nog winst opleveren.[4]

Maar er zijn andere factoren om rekening mee te houden bij het voorschrijven van statines aan 80-plussers. Comorbiditeit, kwetsbaarheid en polyfarmacie maken dat de ons bekende cardiovasculaire risicofactoren minder goede voorspellers zijn bij ouderen. Een voorbeeld is de cholesterolparadox: grote onderzoeken hebben aangetoond dat een hoger totaal cholesterol onder ouderen geassocieerd is met een betere overleving, mogelijk door een relatie met voedingstoestand en kwetsbaarheid.[13] Er wordt veel onderzoek gedaan naar betere voorspellers van het cardiovasculair risico bij ouderen; een van de onderzochte kandidaten is de biomarker homocysteïne.[14,15] Tot slot kan hypercholesterolemie ook secundair bepaald zijn. Zo is hypothyreoïdie geassocieerd met een verhoogd cholesterol en kan na behandeling normalisatie van de lipidenwaarden optreden.[16,17] Ook nierfunctiestoornissen en bepaalde antihypertensiva kunnen invloed hebben op de cholesterolwaarden.[18,19]

SECUNDAIRE PREVENTIE

De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement adviseert bij ouderen met een cardiovasculaire aandoening in de voorgeschiedenis te starten met een statine of het gebruik ervan te continueren, tenzij de levensverwachting erg kort is of er interacties met andere medicatie kunnen optreden.[1] Ook in de STOPP/START-criteria, een gevalideerde screeningslijst voor de aanpak van polyfarmacie bij ouderen, worden statines als secundaire preventie aanbevolen.[20]

Het meeste onderzoek naar statines bij patiënten met HVZ in de voorgeschiedenis is gedaan in jongere populaties, maar er is ook regelmatig naar oudere patiënten gekeken. Ik vond zeven cohortonderzoeken en twee RCT's die ondersteuning

Abstract

Koning AS. Statins for the over 80s: start or stop? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.

Clinical trials have shown statins to reduce the risk of cardiovascular disease (CVD); however, few such studies included individuals aged 80 years or older. This review discusses the pros and cons of statin therapy in these patients. Statins increase the risk of adverse events such as liver disorders and severe muscle pain and slightly increase the risk of diabetes. There is a lack of solid evidence that statins are useful in people aged 80 and older who do not have a history of CVD. Indeed, primary prevention with statins may only change the cause of death from CVD to cancer, with the exception of individuals with diabetes, in whom statins reduce the risk of CVD and all-cause death. Thus patients with diabetes or a history of CVD can be treated with statins according to the guidelines of the Dutch College of General Practitioners.

Tabel Medicamenten die het risico op statinegeassocieerde myopathie vergroten[33]

Fibraten (met name gemfibrozil)
Imidazolen (ketoconazol, miconazol)
Triazolen (fluconazol, itraconazol)
Bepaalde calciumantagonisten (amlodipine, verapamil, diltiazem)
Amiodaron
Macroliden (erytromycine, claritromycine, roxitromycine)
Colchicine
Ciclosporine
Hiv-proteaseremmers
Andere antivirale middelen (boceprevir, telaprevir)
Overige middelen (danazol, fusidinezuur)
Grapefruitsap

bieden voor de STOPP/START-aanbeveling (zie [**webtabel 2**] op www.henw.org).[9,21-28] Statinegebruik als secundaire preventie reduceert inderdaad de cardiovasculaire én de totale mortaliteit, al lijkt ook in deze groep 80-plussers de sterfte aan kanker toe te nemen ten opzichte van cardiovasculaire sterfte.[11] Statines zorgen voor verbetering op meer uitkomstmaten dan alleen het overlijden. Twee RCT's laten zien dat ook het risico op een nieuw acuut myocardinfarct, een CVA of symptomatisch coronarialijden erdoor afneemt.[9,28] Dat is winst, want bij ouderen kunnen dergelijke manifestaties leiden tot chronische cardiovasculaire ziekte en vermindering van de kwaliteit van leven.[29]

Er is dus genoeg wetenschappelijke ondersteuning voor het voorschrijven van een statine aan 80-plussers met HVZ in de voorgeschiedenis. Uiteraard moet ook bij secundaire preventie de *time to benefit* worden afgewogen tegen de levensverwachting.[12] Uit onderzoek naar de STOPP/START-criteria kwam naar voren dat 26% van de patiënten met een indicatie voor secundaire preventie, desondanks geen statine kreeg voorgeschreven.[30]

BIJWERKINGEN

Over het algemeen zijn statines veilig en worden ze goed verdragen, ook door een oudere populatie.[26,27,31,32] Ouderen zijn echter wel gevoeliger voor bijwerkingen, met name als er bijkomende factoren zijn, zoals polyfarmacie, comorbiditeit of kwetsbaarheid.[6] Bewezen bijwerkingen zijn spiergerelateerde klachten, een licht verhoogde kans op type-2-diabetes en leverfunctiestoornissen.

De meestvoorkomende bijwerking, waarover ook de meeste discussie bestaat, zijn spiergerelateerde klachten, variërend van spierpijn tot ernstige rabdomyolyse. Statinegebruikers rapporteren regelmatig spierpijn zonder dat de concentratie creatininekinase gestegen is, en in het PROSPER-onderzoek rapporteerde de interventiegroep even vaak spierpijn als de placebogroep.[9] Toch is spierpijn bij ouderen extra belangrijk, omdat het sneller invloed heeft op de functionaliteit.[6] Myopathie wordt gedefinieerd als een creatininekinaseconcentratie van meer dan tienmaal de normale waarde; rabdomyolyse is ernstige myopathie met spierafbraak en myoglobinurie die kan leiden tot acuut nierfalen.[1] Myopathie komt niet vaker voor onder ouderen.[6] Wel is er een verband gevonden tussen een hogere statinedosering en vaker voorkomen van myopathie. Gebleken is dat interactie met een ander geneesmiddel verantwoordelijk was voor 58% van de gevallen van rabdomyolyse bij statinegebruik.[33,34] Omdat statines worden gemetaboliseerd door het enzym CYP3A4, kunnen interacties met bijvoorbeeld amiodaron en bepaalde soorten antibiotica gemakkelijk optreden. De [**tabel**] geeft een overzicht van medicamenten die het risico op statinegeassocieerde myopathie vergroten.[33,34] Het is zaak hierop alert te zijn, in het bijzonder bij ouderen met polyfarmacie.[35] Onderzoek heeft laten zien dat statinegeassocieerde spierklachten ontstonden na gemiddeld 6,3 (SD 9,8) maanden gebruik, dus relatief snel na het starten van de medicatie.[36] Bij een vermoeden van statinegeïnduceerde spierklachten wordt geadviseerd de medicatie tijdelijk te stoppen en binnen enkele weken te herstarten.[37] Bij 92,2% van de patiënten lukt het de statine te herstarten na een stop vanwege bijwerkingen.[38]

Statinegebruikers hebben een iets verhoogd risico op het ontwikkelen van type-2-diabetes.[39,40] Een regressieanalyse van metadata liet zien dat dit risico het hoogst was in de onderzoeken met de oudste populaties.[41]

Leverfunctiestoornissen treden bij een klein deel van de statinegebruikers op en geven over het algemeen geen grote problemen.[1]

Er is veel onderzoek gedaan naar de invloed van statines op het cognitief functioneren van ouderen. Van de negen observatieonderzoeken die ik aantrof, vonden er vier een gunstig effect, drie geen effect en twee een negatief effect.[39] Een Cochrane-review laat op basis van vier RCT's zien dat statinegebruik geen invloed heeft op de ontwikkeling van Alzheimer- of vasculaire dementie.[42]

Er zijn onderzoeken die een associatie rapporteren tussen een laag cholesterol en een verhoogd risico op kanker. Als er een associatie leek te zijn tussen cholesterolverlagende medicatie en kanker, bleek deze echter gebaseerd op confounders als roken, alcoholgebruik en leeftijd. Recente systematische reviews hebben geen verhoogd risico op kanker bij statinegebruik kunnen vinden.[39]

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Het aantal 80-plussers in Nederland zal de komende jaren toenemen en deze leeftijdsgroep ontbreekt meestal in het onderzoek, waarop medische richtlijnen gebaseerd zijn. Het is een groep die een verhoogde kans heeft op HVZ, maar ook een kortere levensverwachting. Bij het preventief voorschrijven van medicatie moet extra rekening gehouden worden met polyfarmacie en kwetsbaarheid. Hoe zorgen we dat de juiste medicatie bij de juiste patiënt terechtkomt?

Voor het voorschrijven van statines als primaire preventie aan 80-plussers is in de literatuur slechts matige ondersteuning te vinden. Bovendien wordt de mortaliteit door HVZ, voor zover die al verlaagd wordt, vervangen door sterfte aan kanker. Daarom zou men bij een 80-plusser zonder HVZ in de

voorgeschiedenis slechts bij uitzondering moeten starten met een statine. Ouderen die al een statine gebruiken, kunnen daar in principe mee doorgaan.

Anders ligt het voor 80-plussers met type-2-diabetes. Zij hebben een sterk verhoogd risico op HVZ en een statine verlaagt dat risico fors. Bij de indicatiestelling kan de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement gevolgd worden.

Er is voldoende bewijs dat statines wel degelijk zinvol zijn als secundaire preventie bij 80-plussers met HVZ in de voorgeschiedenis. Bij deze groep patiënten hebben statines niet alleen een gunstig effect op de cardiovasculaire en de totale mortaliteit, maar ze reduceren ook de kans op nieuwe manifestaties van HVZ en vergroten daarmee de kwaliteit van leven. Ouderen met HVZ in de voorgeschiedenis worden vaak onderbehandeld, het is dus belangrijk hierop alert te blijven.

Belangrijke aspecten bij het gebruik van statines door 80-plussers zijn levensverwachting versus *time to benefit*, het risico op interactie met andere middelen en de mogelijkheid dat een andere aandoening aan de hypercholesterolemie ten grondslag ligt, waardoor een statine niet zinvol is. Deze aspecten verdienen niet alleen aandacht bij ouderen die voor het eerst een statine gaan gebruiken, maar ook bij 80-plussers die dat al doen en het middel blijven gebruiken. ■

Met ingang van dit nummer gaat de kennistoets niet meer over drie verschillende artikelen, maar over één artikel. Voor de eerste kennistoets nieuwe stijl is de keuze gevallen op 'Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken?'. De kennistoets staat op pagina 83.

LITERATUUR

1 Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:1428.
2 Rich MW. Aggressive lipid management in very elderly adults: less is more. J Am Geriatr Soc 2014;62:945-7.
3 Desai DA, Zakaria S, Ouyang P. Initiation of statin therapy: are there age limits? Curr Atheroscler Rep 2012;14:17-25.
4 http://statline.cbs.nl/Statweb.
5 Aslam F, Haque A, Lee LV, Foody J. Hyperlipidemia in older adults. Clin Geriatr Med 2009;25:591-606.
6 Strandberg TE, Kolehmainen L, Vuorio A. Evaluation and treatment of older patients with hypercholesterolemia: a clinical review. JAMA 2014;312:1136-44.
7 Jacobs JM, Cohen A, Ein-Mor E, Stessman J. Cholesterol, statins, and longevity from age 70 to 90 years. J Am Med Dir Assoc 2013;14:883-8.
8 Olafsdottir E, Aspelund T, Sigurdsson G, Thorsson B, Eiriksdottir G, Harris TB, et al. Effects of statin medication on mortality risk associated with type 2 diabetes in older persons: the population-based AGES-Reykjavik Study. BMJ Open 2011;1:e000132.
9 Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen ELEM, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. Lancet 2002;360:1623-30.
10 Glynn RJ, Koenig W, Nordestgaard BG, Shepherd J, Ridker PM. Rosuvastatin for primary prevention in older persons with elevated C-reactive protein and low to average low-density lipoprotein cholesterol levels: exploratory analysis of a randomized trial. Ann Intern Med 2010;152:488-96.
11 Mangin D, Sweeney K, Heath I. Preventive health care in elderly people needs rethinking. BMJ 2007;335:285-7.
12 Holmes HM, Min LC, Yee M, Varadhan R, Basran J, Dale W, et al. Rationalizing prescribing for older patients with multimorbidity: considering time to benefit. Drugs Aging 2013;30:655-66.
13 Newson RS, Felix JF, Heeringa J, Hofman A, Witteman JCM, Tiemeier H. Association between serum cholesterol and noncardiovascular mortality in older age. J Am Geriatr Soc 2011;59:1779-85.
14 Drewes YM, Poortvliet RKE, Blom JW, De Ruijter W, Westendorp RGJ, Stott DJ, et al. Homocysteine levels and treatment effect in the PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. J Am Geriatr Soc 2014;62:213-21.
15 Poortvliet R, Drewes Y. Homocysteïnespiegel en cardiovasculair risico. Huisarts Wet 2015;58:306-7.
16 Tsimihodimos V, Bairaktari E, Tzallas C, Miltiadus G, Liberopoulos E, Elisaf M. The incidence of thyroid function abnormalities in patients attending an outpatient lipid clinic. Thyroid 1999;9:365-8.
17 Becerra A, Bellido D, Luengo A, Piédrola G, De Luis DA. Lipoprotein(a) and other lipoproteins in hypothyroid patients before and after thyroid replacement therapy. Clin Nutr Edinb Scotl 1999;18:319-22.
18 Appel G. Lipid abnormalities in renal disease. Kidney Int 1991;39:169-83.
19 Kasiske BL, Ma JZ, Kalil RS, Louis TA. Effects of antihypertensive therapy on serum lipids. Ann Intern Med 1995;122:133-41.
20 Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 2008;46:72-83.
21 Cooke CA, Kirkland SA, Sketris IS, Cox J. The impact of statins on health services utilization and mortality in older adults discharged from hospital with ischemic heart disease: a cohort study. BMC Health Serv Res 2009;9:198.
22 Allen Maycock CA, Muhlestein JB, Horne BD, Carlquist JF, Bair TL, Pearson RR, et al. Statin therapy is associated with reduced mortality across all age groups of individuals with significant coronary disease, including very elderly patients. J Am Coll Cardiol 2002;40:1777-85.
23 Gränsbo K, Melander O, Wallentin L, Lindbäck J, Stenestrand U, Carlsson J, et al. Cardiovascular and cancer mortality in very elderly post-myocardial infarction patients receiving statin treatment. J Am Coll Cardiol 2010;55:1362-9.
24 Aronow WS, Ahn C. Incidence of new coronary events in older persons with prior myocardial infarction and serum low-density lipoprotein cholesterol > or = 125 mg/dl treated with statins versus no lipid-lowering drug. Am J Cardiol 2002;89:67-9.
25 Foody JM, Rathore SS, Galusha D, Masoudi FA, Havranek EP, Radford MJ, et al. Hydroxymethylglutaryl-CoA reductase inhibitors in older persons with acute myocardial infarction: evidence for an age-statin interaction. J Am Geriatr Soc 2006;54:421-30.
26 Eaton CB, Lapane KL, Murphy JB, Hume AL. Effect of statin (HMG-Co-A-reductase inhibitor) use on 1-year mortality and hospitalization rates in older patients with cardiovascular disease living in nursing homes. J Am Geriatr Soc 2002;50:1389-95.
27 Galindo-Ocaña J, Bernabeu-Wittel M, Formiga F, Fuertes-Martín A, Barón-Franco B, Murcia-Zaragoza JM, et al. Effects of renin-angiotensin blockers/inhibitors and statins on mortality and functional impairment in polypathological patients. Eur J Intern Med 2012;23:179-84.
28 Olsson AG, Schwartz GG, Szarek M, Luo D, Jamieson MJ. Effects of high-dose atorvastatin in patients > or = 65 years of age with acute coronary syndrome (from the Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering [MIRACL] study). Am J Cardiol 2007;99:632-5.
29 Stalenhoef A. Klassieke risicofactoren voor hart- en vaatziekten hebben bij ouderen geen voorspellende waarde. Huisarts Wet 2009;52:324-5.
30 Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'mahony D. START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment): an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age Ageing 2007;36:632-8.
31 Gnjidic D, Le Couteur DG, Blyth FM, Travison T, Rogers K, Naganathan V, et al. Statin use and clinical outcomes in older men: a prospective population-based study. BMJ Open 2013;3(3).
32 Lynch JE, Henderson NR, Ramage L, McMurdo MET, Witham MD. Association between statin medication use and improved outcomes during inpatient rehabilitation in older people. Age Ageing 2012;41:260-2.
33 Thompson PD, Clarkson P, Karas RH. Statin-associated myopathy. JAMA 2003;289:1681-90.
34 www.farmacotherapeutischkompas.nl.
35 Szadkowska I, Stanczyk A, Aronow WS, Kowalski J, Pawlicki L, Ahmed A, et al. Statin therapy in the elderly: a review. Arch Gerontol Geriatr 2010;50:114-8.
36 Hansen KE, Hildebrand JP, Ferguson EE, Stein JH. Outcomes in 45 patients with statin-associated myopathy. Arch Intern Med 2005;165:2671-6.
37 Rosenson RS, Baker SK, Jacobson TA, Kopecky SL, Parker BA, The National Lipid Association's Muscle Safety Expert Panel null. An assessment by the Statin Muscle Safety Task Force: 2014 update. J Clin Lipidol 2014;8(3 Suppl):S58-71.
38 Zhang H, Plutzky J, Skentzos S, Morrison F, Mar P, Shubina M, et al. Discontinuation of statins in routine care settings: a cohort study. Ann Intern Med 2013;158:526-34.
39 Jukema JW, Cannon CP, De Craen AJM, Westendorp RGJ, Trompet S. The controversies of statin therapy: weighing the evidence. J Am Coll Cardiol 2012;60:875-81.
40 Preiss D, Seshasai SRK, Welsh P, Murphy SA, Ho JE, Waters DD, et al. Risk of incident diabetes with intensive-dose compared with moderate-dose statin therapy: a meta-analysis. JAMA 2011;305:2556-64.
41 Sattar N, Preiss D, Murray HM, Welsh P, Buckley BM, De Craen AJM, et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials. Lancet 2010;375:735-42.
42 McGuinness B, Craig D, Bullock R, Malouf R, Passmore P. Statins for the treatment of dementia. Cochrane Database Syst Rev 2014;7:CD007514.

Wendy Thijssen

De spoedposten en de SEH, werkt het samen?

Samenvatting

Thijssen WA. De spoedposten en de SEH, werkt het samen? Huisarts Wet 2016;59(2):54-6.

In het afgelopen decennium hebben veel huisartsenposten zich ontwikkeld tot geïntegreerde spoedposten bij de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis. Er is weinig onderzoek gedaan naar de invloed van die ontwikkeling op de in- en uitstroom van patiënten, en op het soort patiënten dat zijn weg vindt naar de SEH. Duidelijk is wel dat het aantal niet-urgente zelfverwijzers op de SEH sterk is afgenomen en dat de meerderheid wordt terugverwezen naar de huisarts. Een onverwacht gevolg is echter dat de SEH meer verwezen patiënten ziet, en dat leidt tot meer diagnostiek, meer SEH-opnames en meer polikliniekbezoeken. Om de wachttijden op de SEH te verkorten en onnodige verwijzingen, onderzoeken en ziekenhuisopnames te voorkomen, moet de samenwerking tussen huisarts en SEH versterkt worden. De huisartsen op een spoedpost zouden permanente toegang moeten krijgen tot de diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis, en de mogelijkheid moeten krijgen de (SEH-)specialist te consulteren.

INLEIDING

In Nederland wordt de spoedzorg buiten kantoortijden verzorgd door huisartsenposten (HAP), afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) en de ambulancezorg. In het afgelopen decennium zijn veel huisartsenposten en SEH's gaan samenwerken in geïntegreerde spoedposten in een ziekenhuis.[1] Een belangrijk doel van de samenwerking was kostenreductie: de spoedposten kunnen niet-urgente zelfverwijzers opvangen en terugdirigeren naar de huisarts. Met die triage hebben de spoedposten een belangrijk deel van de toegang tot de SEH in handen. Alleen op SEH's die geen spoedpost hebben, kunnen zelfverwijzers nog terecht buiten de huisarts om. Het ligt voor de hand dat de doorstroming en ook het type patiënt op SEH's zonder spoedpost anders zijn dan op SEH's met een spoedpost, en dat zou ook tot uitdrukking moeten komen in de gemiddelde verblijfsduur op de SEH.

In veel westerse landen vormen drukte en lange wachttijden op SEH's een groot probleem. In Nederland was dat, naast de kostenreductie, een belangrijke reden om de samenwerking tussen HAP's en SEH's te versterken. In het hier besproken proefschrift zijn de gevolgen van die samenwerking onderzocht. Leeftijd, herkomst, bestemming en verblijfsduur van patiënten op drie Nederlandse SEH's met een spoedpost zijn vergeleken met die op vier SEH's zonder spoedpost. Ook is gekeken naar factoren die de verblijfsduur beïnvloeden.

VERBLIJFSDUUR EN DIAGNOSTIEK

In Nederland bezoeken elk jaar ongeveer 2 miljoen patiënten een SEH. Dat komt overeen met zo'n 130 patiënten per 1000 inwoners per jaar.[2] Ter vergelijking: op de HAP's komen 244 patiënten per 1000 inwoners per jaar, maar dan alleen tijdens de ANW-uren.[3] Van de patiënten op een SEH is ruim 60% (38 tot 77%) verwezen door een huisarts, ambulanceverpleegkundige of een andere medische professional.[4,5] Gemiddeld 37% van de SEH-patiënten wordt uiteindelijk opgenomen, en daarmee is de SEH verantwoordelijk voor zo'n 30 tot 45% van alle ziekenhuisopnames.

Op de SEH presenteert het merendeel van de patiënten zich op weekdagen tussen 12:00 en 17:00 uur. De mediane verblijfsduur volgt een vrij stabiel patroon en is met 130 minuten (interkwartielafstand 79 tot 140 minuten) kort in vergelijking tot andere westerse landen.[5] De verblijfsduur neemt wel toe met de leeftijd van de patiënt. Vergeleken met zelfverwijzers verblijven patiënten die worden verwezen door huisarts of ambulance bijna een uur langer op de SEH (95%-BI 52 tot 63 minuten), en patiënten die via de radiologieafdeling binnenkomen juist korter (95%-BI 2 tot 23 minuten). Deze verschillen blijven significant als ze gecorrigeerd worden voor leeftijd, geslacht en trauma.[5]

De meerderheid van de patiënten presenteert zich met niet-urgente klachten (95% op de HAP, 65% op de SEH), maar de kans op aanvullend onderzoek en een vervolgconsult is duidelijk veel groter op een SEH. Van alle niet-urgente patiënten op een SEH krijgt gemiddeld 65% een aanvullend onderzoek (meestal een foto), op een HAP 6%. Opvallend is dat niet-urgente zelfverwijzers op de SEH minder vaak aanvullend onderzoek of een vervolgconsult krijgen (45%) dan niet-urgente patiënten die verwezen zijn (83%).[7] Het verschil in diagnostiek voor urgente patiënten is kleiner, 95% op de SEH en 36% op de HAP, maar nog steeds aanzienlijk.

De kern

- Huisartsen op spoedposten hebben invloed op SEH-patiëntkenmerken en -stromen,
- Ondanks de afname van het aantal SEH-patiënten na de implementatie van een spoedpost, zijn er wel meer SEH-opnames en meer patiënten die terugkomen op de polikliniek.
- Om de zorgkosten verder te verlagen, de samenwerking tussen huisarts en SEH te versterken en de regiefunctie van de huisarts binnen de acute zorg te vergroten, is het aan te bevelen huisartsen op de spoedpost de mogelijkheid te geven aanvullend onderzoek te laten doen.

Catharina Ziekenhuis, Michelangelolaan 2, 5602 ZA Eindhoven: dr. W.A.M.H. Thijssen, SEH-arts (tevens Radboud UMC, IQ Healthcare, Nijmegen) • Correspondentie: wendy.thijssen@catharinaziekenhuis.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur van het proefschrift is werkzaam op een van de SEH's die hebben meegewerkt aan de dataverzameling.

Deze beschouwing is gebaseerd op Thijssen WAMH. Emergency departments in the Netherlands: The influence of integrated general practitioner cooperatives [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2015.

Foto: Peter Hilz/HH

INGANGSKLACHTEN EN ONTSLAGDIAGNOSES

Uit het promotieonderzoek bleek dat op SEH's met een spoedpost nagenoeg geen zelfverwijzers meer komen.[6] De patiënten op deze SEH's zijn gemiddeld ouder (50 versus 39 jaar) en worden vaker opgenomen (43 versus 32%) dan op SEH's zonder spoedpost.[5]

Als we de ingangsklachten groeperen, dan vinden we op SEH's met een spoedpost nagenoeg dezelfde prevalenties als op SEH's zonder spoedpost: voor trauma 25,7 versus 29,7%, voor buikpijn 12,1 versus 10,9% en voor algemene symptomen 7,8 versus 4,8% ($p = 0,07$). Doen we hetzelfde voor de ontslagdiagnoses, dan zijn de drie meestvoorkomende op SEH's met een spoedpost: fracturen en luxaties (10,8%), contusies en distorsies (10,4%) en luchtweginfecties (6,8%). Op SEH's zonder spoedpost zijn de drie meestvoorkomende ontslagdiagnoses: fracturen en luxaties (10,7%), wonden (9,3%) en contusies en distorsies (8,9%). Dit verschil is klein, maar significant ($p < 0,01$).[8]

Dat er geen verschil is in ingangsklachten maar wel in ontslagdiagnoses, lijkt erop te wijzen dat het verschil in ziekenhuisopnames afhankelijk is van andere factoren dan alleen de ingangsklacht.

HET EFFECT VAN GEÏNTEGREERDE SPOEDPOSTEN

De integratie van de spoedzorg buiten kantooruren in spoedposten is een relatief nieuwe ontwikkeling, die zorgt voor substantiële veranderingen op de SEH. Nu zelfverwijzers er zo goed als uitgebannen zijn, neemt het aantal patiënten op de SEH in principe af. Toch vloeien er relatief meer ziekenhuisopnames en polikliniekbezoeken uit voort, omdat de spoedpost de ziekere en complexere patiënten lijkt voor te selecteren.

Voordat er spoedposten waren, verwezen de HAP's 5 tot 7% van alle patiënten naar de SEH en dit percentage is met de komst van de spoedposten alleen maar hoger geworden. Dat kan een aantal redenen hebben. Ten eerste: veel zelfverwijzers worden terugverwezen naar de huisarts of behandeld op de spoedpost, maar een aantal wordt alsnog naar de SEH verwezen. Ten tweede: een spoedpost zal in eerste instantie verwijzen naar de naastgelegen SEH en niet, zoals de HAP voorheen deed, patiënten verdelen over SEH's in de regio. Op de naastgelegen SEH zal dan logischerwijs het aantal ziekere patiënten toenemen. Ten derde blijken spoedposten een aanzuigende werking te hebben. De *induced demand* blijkt onder andere uit het feit dat het aantal consulten op spoedposten meer ge-

Abstract

Thijssen WA. Emergency services in A&E departments: does it work? Huisarts Wet 2016;59(2):54-6.

In the past 10 years, many out-of-hours services have become integrated with accident & emergency (A&E) departments in hospitals to provide emergency general practice services. However, little is known about the effect of this development on the flow and characteristics of patients coming to an A&E department. There has been a clear decrease in the number of non-urgent self-referrals to A&E departments, most of which are referred back to a general practitioner. Unexpectedly, there has been an increase in referrals to A&E departments, which leads to more diagnostic investigations, more A&E admissions, and more outpatient follow-ups. The collaboration between GPs and A&E departments needs to be more intensive in order to shorten A&E waiting times and to decrease unnecessary referrals, investigations, and hospital admissions. GPs working in such an emergency service should have full access to the diagnostic facilities of the hospital and be able to consult an A&E specialist.

groeid is dan je op grond van de eerdere aantallen op de betreffende SEH's zou verwachten. Bovendien zijn de aantallen ook groter dan op vergelijkbare, maar niet geïntegreerde HAP's.[3-7]

MEER REGIE DOOR DE HUISARTS

Recapitulerend: de komst van spoedposten heeft voor een deel de gewenste en verwachte gevolgen gehad. Op de SEH komen minder zelfverwijzers, de patiënten zijn gemiddeld ouder, krijgen meer diagnostiek en worden vaker opgenomen. Al deze factoren verlengen de gemiddelde verblijfsduur, al is die in internationaal verband nog relatief kort. Onverwacht, en minder gewenst, is dat het aantal verwijzingen naar de SEH is toegenomen. Daardoor stijgt de druk op diagnostiek, SEH-opnames en polikliniekbezoeken.

Het is mogelijk deze druk te reduceren door de huisarts meer regie over het proces te geven. Gebleken is dat de gemiddelde verblijfsduur van patiënten op de SEH korter is als de huisarts al diagnostisch onderzoek heeft laten doen.[10] Als de spoedpost de mogelijkheid zou hebben ook buiten kantoortijden röntgen- en laboratoriumonderzoek te laten uitvoeren, draagt dat bij aan optimalisatie van de spoedzorg en aan reductie van de zorgkosten. De verblijfsduur op de SEH kan bekort worden als essentiële diagnostiek al is verricht; onnodige verwijzingen naar de SEH kunnen worden voorkomen, waardoor de wachttijd van de wel verwezen patiënten ook weer korter wordt. Het vergt wel goede samenwerking met ondersteunende afdelingen, zoals radiologie en klinische chemie, en de uitslagen van de diagnostiek moeten na een verwijzing ook toegankelijk zijn voor de SEH-arts.

Huisarts en SEH-arts werken soms al samen bij de beslissing een patiënt al of niet naar de SEH te verwijzen. Op sommige spoedposten kan de huisarts een SEH-arts of desgewenst een andere specialist van het ziekenhuis vragen kort mee te kijken naar een patiënt in de spreekkamer. In het merendeel van deze intercollegiale consulten gaat het om trauma's of om het wel of niet aanwezig zijn van een geprikkelde buik.

CONCLUSIE

Het zijn niet zozeer de ingangsklachten als wel de patiëntkenmerken, zoals leeftijd en vooral de manier van verwijzing, die een eventuele ziekenhuisopname voorspellen. Dit is van belang, omdat de huisarts op een spoedpost veelal niet bekend is met de patiënt en de drempel voor doorverwijzing naar de SEH dus laag is. Is een patiënt eenmaal verwezen, dan stijgt diens kans op ziekenhuisopname, polikliniekbezoek en aanvullende diagnostiek sterk. Omdat de verwijzende huisarts daar direct invloed op heeft, is het zaak het verwijzingsproces nader te onderzoeken: wat zijn de redenen van de huisarts (ziekere patiënt, geen mogelijkheid tot aanvullende diagnostiek, de SEH zit zo dichtbij, onbekendheid met de patiënt), en wat zijn de redenen voor de SEH om de patiënt op te nemen (medisch noodzakelijk, verwezen door de huisarts)?

Het instellen van geïntegreerde spoedposten heeft zijn doel bereikt: niet-urgente zelfverwijzers komen niet meer op de SEH terecht, maar worden terugverwezen naar de huisarts. Het heeft echter ook tot gevolg gehad dat de SEH meer verwezen patiënten ziet, wat niet alleen leidt tot meer diagnostiek en een langere verblijfsduur op de SEH, maar ook tot meer opnames en polikliniekbezoeken. Om de zorgkosten verder te verlagen, de samenwerking tussen huisarts en SEH te versterken en de huisarts meer regie te geven binnen de acute zorg, is het aan te bevelen om huisartsen op een spoedpost toegang te geven tot diagnostisch onderzoek. Daarnaast moeten zij de mogelijkheid hebben tot intercollegiaal consult met de SEH-arts of een andere specialist. ■

LITERATUUR

1 Thijssen WA, Giesen PH, Wensing M. Emergency departments in The Netherlands. Emerg Med J 2012;29:6-9.
2 Gaakeer MI, Van den Brand CL, Bracey A, Van Lieshout JM, Patka P. Emergency medicine training in the Netherlands, essential changes needed. Intern J Emerg Med 2013;6:19.
3 Smits M, Lenos M, Giesen P. Zorgconsumptie op huisartsenposten. Huisarts Wet 2014;57:137.
4 Thijssen WA, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. Emergency departments in The Netherlands: is there a difference in emergency departments with and without emergency physicians? A cross-sectional web-based survey. Int J Emerg Med 2013;6:11.
5 Thijssen WAMH. Co-location of hospital emergency departments and general practitioner cooperatives in the Netherlands, an observational study. In: Emergency departments in the Netherlands: The influence of integrated general practitioner cooperatives [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2015.
6 Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. Emerg Med Int 2013;2013:364659.
7 Huibers L, Thijssen W, Koetsenruijter J, Giesen P, Grol R, Wensing M. GP cooperative and emergency department: an exploration of patient flows. J Eval Clin Pract 2013;19:243-9.
8 Thijssen WA, Van Mierlo E, Willekens M, Rebel J, Sandel MH, Giesen P, et al. Complaints and diagnoses of emergency department patients in the Netherlands: a comparative study of integrated primary and emergency care. PLoS One 2015;10:e0129739.
9 Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. Ann Intern Med 2011;155:108-13.
10 Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. Health Aff (Millwood) 2013;32:2205-15.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen met meer dan 11.000 leden. Het toepassen, vertalen, duiden, verklaren en evalueren van wetenschap voor de dagelijkse praktijk van de huisarts is onze belangrijkste taak. Alle leden ontvangen al bijna zestig jaar ons onafhankelijke maandblad Huisarts en Wetenschap (H&W).

In H&W verschijnen elke maand artikelen over recent huisartsgeneeskundige onderzoek en over relevante ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde. Daarnaast zijn er regelmatig terugkerende rubrieken, zoals Kleine kwaal, Klinische les, Spreekuur, Casuïstiek en Huisartsenzorg in cijfers. Kenmerken van het blad zijn een kritische blik en een praktische inslag.

Wegens het aangekondigde vertrek van de huidige hoofdredacteur is H&W op zoek naar een

Hoofdredacteur

16-24 uur per week

CREATIEF INSPIRATOR MET EEN SCHERPE GEEST

Voor deze functie is een ontwikkelde visie op het uitdragen van een wetenschappelijk gefundeerde huisartsgeneeskundige boodschap onontbeerlijk. We zoeken een gepromoveerd academicus, bij voorkeur huisarts, met ruime ervaring met wetenschappelijke publicaties en met journalistieke affiniteit. Maar ook een natuurlijk leider, met belangstelling voor online publiceren; iemand die goed kan schrijven en met een uitgebreid en relevant netwerk.
Daarnaast is de hoofdredacteur inhoudelijk betrokken bij het *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, dat zes keer per jaar verschijnt.

MEER WETEN?

Kijk op www.nhg.org en www.henw.org voor meer informatie over het NHG, H&W en deze vacature. Voor nadere inlichtingen over de functie kunt u zich wenden tot dr. Just Eekhof, de huidige hoofdredacteur via 06-51155655, dr. Hans van der Wouden, lid Redactiecommissie H&W via 020-4448167 en dr. Rob Dijkstra, directeur/bestuursvoorzitter NHG via 030-2823507.

BELANGSTELLING?

U kunt uw sollicitatie met CV en motivatie vóór 28 februari 2016 richten aan mr. Nicole van der Veen via solliciteren@nhg.org.
De eerste kennismakingsgesprekken zijn gepland op maandag 7 en dinsdag 8 maart 2016.

Henry Jansen, Gerald Vervoort, Guy Rutten, Cees Tack

Insulinegerelateerde gewichtstoename bij DM2

Samenvatting

Jansen HJ. Vervoort GMM, Rutten GEHM, Tack CJJ. Insulinegerelateerde gewichtstoename bij DM2. Huisarts Wet 2016;59(2):58-61.

Gewichtstoename bij insulinetherapie is een niet te onderschatten complicatie bij de behandeling van diabetes mellitus type 2 (DM2). Inzicht in de oorzaken en gevolgen van deze ongewenste bijwerking kan helpen om de gewichtstoename als gevolg van het insulinegebruik te beperken. Onlangs zijn de resultaten gepubliceerd van een aantal klinische onderzoeken naar de factoren die een rol kunnen spelen bij deze insulinegerelateerde gewichtstoename en de mogelijk klinische consequenties ervan. Een hogere startdosis van insuline en meer diabetesgerelateerde stress voorspellen een sterkere gewichtstoename – hoe meer lichaamsvet iemand heeft, des te lager de te verwachten gewichtstoename is. Verandering van insulinedosering is een voorspeller van gewichtstoename over de tijd. Deze insulinegeassocieerde gewichtstoename leidt bij personen met DM2 tot een minder gunstig cardiovasculair profiel, vooral bij een forse gewichtstoename. Dat komt doordat personen met DM2 na de start van de insulinetherapie minder gaan bewegen en veel levervet hebben, en doordat bij hen het onderhuidse vetweefsel meer ontstoken lijkt te zijn. Tussen de laatste twee factoren bestaat een duidelijk verband. De uitkomsten van deze onderzoeken vergroten het inzicht in insulinegerelateerde gewichtstoename bij personen met DM2.

INLEIDING

Naast dieet- en leefstijladviezen bestaat de initiële behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2) uit metformine, al dan niet gecombineerd met een sulfonylureumderivaat, bij voorkeur gliclazide.[1] Door het progressieve beloop van de ziekte gaat 30 tot 40% van de patiënten op termijn over op insulinetherapie om een adequate glucoseregulatie te behouden.

Het gebruik van insuline heeft belangrijke positieve effecten. Ten eerste draagt het bij aan een goede glucoseregulatie, waardoor mensen minder klachten hebben van een hoge bloedsuikerspiegel. Verder vermindert deze behandeling het risico op microvasculaire complicaties (polyneuropathie, retinopathie en nefropathie) en macrovasculaire problemen (acuut myocardinfarct, cerebrovasculair accident, amputatie, perifeer arterieel vaatlijden en hartfalen). Toch blijft onduidelijk in hoeverre insuline het cardiovasculair risico verkleint en kunnen hoge doses insuline zelfs leiden tot een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, zoals een onderzoek onder Nederlandse patiënten onlangs heeft aangetoond.[2] Een ander, negatief, effect van insulinebehandeling is gewichtstoename. Gewichtstoename bij personen met, maar ook zonder diabetes, kan leiden tot allerlei problemen, zoals gewrichtsklachten en een verhoogd risico op kanker en hart- en vaatziekten. Veel mensen met DM2 hebben overgewicht. Dit overgewicht is (deels) de oorzaak van het ontwikkelen van DM2. Extra gewichtstoename ten gevolge van insulinetherapie is ongewenst. Ook is het demotiverend voor het starten met en voorzetten van de behandeling. Patiënten zijn vaak huiverig om te starten met insulinetherapie, omdat ze hebben begrepen dat hun gewicht erdoor toeneemt.

In de praktijk blijkt dat niet alle mensen met DM2 na het starten met insulinebehandeling in gewicht toenemen. Het is onbekend of deze gewichtstoename alleen in het begin (bij de start van insulinetherapie) wordt gezien of gedurende de hele behandeling. Kortom, het is onduidelijk welke factoren een rol spelen bij de gewichtstoename die samenhangt met insuline – de zogenoemde voorspellers van de insulinegerelateerde gewichtstoename. Verder weten we niet welke gevolgen een insulinegerelateerde gewichtstoename heeft voor de vetverdeling in het lichaam, voor levervet, voor de kenmerken van het onderhuids vetweefsel en voor het risico op hart- en vaatziekten.

Het aanwijzen van de voorspellers van insulinegerelateerde gewichtstoename en het vergroten van het inzicht in

De kern

- De gewichtstoename die bij personen met DM2 met insulinebehandeling samenhangt, is een klinisch relevant probleem.
- Determinanten van deze gewichtstoename zijn de startdosering van insuline, de mate van ophogen van de insulinedosis en de psychische stress die met diabetes en diabetesbehandeling samenhangt.
- De verbetering van het HbA1c lijkt slechts een geringe rol te spelen bij de gewichtstoename na het starten met insulinetherapie.
- Patiënten met forse gewichtstoename bij insulinetherapie hebben een minder gunstig cardiovasculair risico. Vooral in onderhuids vetweefsel ontstaan veranderingen die daaraan bijdragen.
- Aanvullend onderzoek moet aantonen welke bijdrage verschillende insulinetitratieschema's hebben, welke invloed behandeling heeft op emotionele klachten en wat de effecten zijn van nieuwe glucoseverlagende medicijnen op het verminderen, dan wel voorkomen van gewichtstoename bij insulinetherapie.

Jeroen Bosch Ziekenhuis, Algemeen Interne Geneeskunde, Henri Dunantstraat 1, 5223 GZ 's-Hertogenbosch: dr. H.J. Jansen, internist. Radboudumc, Nijmegen: dr. G.M.M. Vervoort, internist; prof.dr. C.J.J. Tack, internist. Julius Centrum, UMC Utrecht: prof.dr. G.E.H.M. Rutten, huisarts • Correspondentie: h.jansen@jbz.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Guy Rutten verrichte consultancywerkzaamheden voor Novo Nordisk en is nationaal co-leider van het LEADER-onderzoek (NOVO Nordisk). Hij ontving een subsidie voor wetenschappelijk onderzoek van Sanofi-Aventis. Cees Tack heeft deelgenomen aan adviesorganen en heeft lezingen gegeven voor Novo Nordisk, M&D, AstraZenica, Jansen, waarvoor hij of zijn werkgever vergoeding heeft ontvangen.

Dit artikel is een samenvatting van reeds eerder gepubliceerde artikelen, die zijn gebundeld in het proefschrift van de eerste auteur.

de gevolgen hiervan kunnen leiden tot strategieën om gewichtstoename bij insulinegebruik te voorkomen, dan wel te verminderen.

In dit artikel geven we een overzicht van de resultaten van recente onderzoeken naar de voorspellers en consequenties van insulinegerelateerde gewichtstoename bij personen met DM2.[3,4,5] Deze beschouwing is een samenvatting van het proefschrift van de eerste auteur.[6]

METHODEN

Bij een prospectief onderzoek onder mensen met DM2 hebben we gekeken naar de voorspellers van insulinegerelateerde gewichtstoename in de loop van twaalf maanden na de start van de insulinebehandeling.[3] We hebben 65 patiënten met DM2 geïncludeerd. De patiënten waren afkomstig uit een academisch ziekenhuis (RadboudUMC, Nijmegen), drie perifere ziekenhuizen (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch; Bernhoven Ziekenhuis, Oss; Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem) en vier grote huisartsenpraktijken (De Teselaar, Bemmel; De Vier Kwartieren, Boxtel; Hoevense Veld, Uden; Huisartsenpraktijk Berghem, Berghem). De patiënten gebruikten bij aanvang van het onderzoek alleen orale glucoseverlagende medicatie (meestal metformine en sulfonylureumderivaat). De meeste patiënten (60%) startten met een langwerkend insuline 1 dd. Primair keken we daarbij naar de relatie tussen de verandering van lichamelijke activiteit en gewichtstoename na het starten van de insulinetherapie. We hebben het lichaamsgewicht gemeten, de verandering van glykemische instelling (verandering van HbA1c) bepaald en de wijziging in insulinedosering genoteerd. De bewegingsactiviteit hebben we gemeten met een bewegingsarmband (het Sensewear Body Media system[7]). Als laatste hebben we de met diabetes en de diabetesbehandeling samenhangende emotionele stress gemeten aan de hand van een vragenlijst (Problem Areas In Diabetes; PAID[8]) en stelden we de calorische inname vast aan de hand van dagboekjes. De gegevensanalyse vond plaats door middel van correlaties en een *lineair mixed model*, waarbij we de relatie en interactie tussen gewichtstoename en bovengenoemde parameters hebben beschreven.

In een ander onderzoek bekeken we welke (nadelige) effecten insulinetherapie kan hebben op het cardiovasculair risico(profiel).[4,5] Hierbij hebben we patiënten uit het Radboudumc Nijmegen geïncludeerd, die gemiddeld 4 jaar met insuline waren behandeld. We stelden twee extreme groepen met DM2-patiënten samen, die we met elkaar vergeleken wat betreft het risico op hart- en vaatziekten. De ene groep (n = 14) liet na gebruik van bifasische insuline geen tot weinig gewichtstoename zien (*non-gainers*; dat wil zeggen een maximale gewichtstoename van ≤ 2,5 kg bij totale follow-up). De andere groep (n = 14) bestond uit personen die juist veel in gewicht waren aangekomen (*gainers;* ≥ 0,5 kg gewichtstoename per maand gedurende de eerste 18 maanden na de start met insulinetherapie en met ≥ 5% gewichtstoename bij een totale follow-up). We keken naar de hoeveelheid lichaamsvet (gemeten met MRI), de mate van lichamelijke activiteit en de laboratoriumwaarden. Verder onderzochten we de effecten van insulinetherapie en gewichtstoename op het onderhuids vetweefsel. Na 6 maanden insulinebehandeling keken we welke effecten insuline had op de onderhuidse vetcelmorfologie (in het bijzonder de vetcelgrootte), op de cellen die betrokken zijn bij het immuunsysteem en op de daarbij aanwezige ontsteking (influx van macrofagen en cytokineproductie). Inflammatie van het onderhuidse vetweefsel is een cardiovasculaire risicofactor.

Foto: Momboleum Flickr

Toename van de hoeveelheid onderhuids vetweefsel, door vergroting van de vetcel (hypertrofie) of door een stijging van het aantal vetcellen (hyperplasie), kan aanleiding geven tot een vetzurenflux naar de lever. Hierdoor kan levervet ontstaan. Tot nu toe was er niets bekend over de relatie tussen de hoeveelheid levervet van personen met DM2 en de karakteristieken van het onderhuids vetweefsel. Ook leververvetting is een cardiovasculaire risicofactor. Bij het laatste onderzoek hebben we bij 27 personen die langdurig insuline gebruikten onderhuidse vetbiopten afgenomen en hebben we door middel van magnetische resonantiespectroscopie (MRS) de mate van leververvetting gemeten. Als huisartsen op de hoogte zijn van

Abstract

Jansen HJ, Vervoort GMM, Rutten GEHM, Tack CJJ. Insulin-associated weight gain with type 2 diabetes mellitus. Huisarts Wet 2016;59(2):58-61.

Insulin associated weight gain is a serious side effect of the treatment of type 2 diabetes mellitus. Insight into its causes and consequences may help to restrict the weight gain accompanying insulin use. A higher starting dose of insulin and more diabetes related distress are predictors of a greater weight gain, whereas large amounts of adipose tissue are associated with a smaller weight gain. Change in insulin dose is a predictor of weight gain in the long term. This insulin associated weight gain in patients with diabetes leads to a less favourable cardiovascular risk profile, especially in patients who gain a lot of weight. This is because people with diabetes tend to be less active after the start of treatment, have an increased liver fat content, and appear to have more severe inflammation of subcutaneous adipose tissue. The latter two factors are clearly associated. These findings provide insight into the insulin associated weight gain seen in people with type 2 diabetes mellitus.

Tabel 1 **Kenmerken van patiënten en resultaten van het prospectieve onderzoek[3]**

	Baseline	12 maanden
n	65	65
Leeftijd (jaren)	60 ± 10	–
Geslacht (vrouw %)	46	–
Etniciteit (Kaukasisch %)	95	–
Diabetesduur (jaren)	9 ± 8	–
Gewicht (kg)	89,4 ± 2,4	92,4 ± 2,5†
BMI (kg/m²)	30,8 ± 0,7	31,3 ± 0,5†
Aantal stappen (per dag)	6441 ± 426	5746 ± 343†
SBD (mmHg)	144 ± 20	137 ± 20
DBD (mmHg)	79 ± 10	77 ± 10
HbA1c (%)/(mmol/mol)	8,9 ± 1,4/74	7,3 ± 0,1/56†
TC (mmol/l)	4,5 ± 1,9	–
TG (mmol/l)	3,4 ± 6,3	–
HDL (mmol/l)	1,0 ± 0,3	–
LDL (mmol/l)	2,3 ± 1,1	–
Type insuline (%)*		
■ langwerkend alleen	58	46
■ bifasisch	17	14
■ kortwerkend alleen	0	0
■ langwerkend + kortwerkend	25	40
Gebruik van orale glucoseverlagende medicatie (%)		
■ MET	22	63†
■ SU	9	8
■ MET + SU	69	29

De gegevens zijn weergegeven als gemiddelden ± sd. Baseline en twaalf maanden: voorafgaand aan start van de insulinetherapie en na twaalf maanden insulinetherapie.
BMI = body mass index; SBD = systolische bloeddruk; DBD = diastolische bloeddruk; HbA1c = geglyceerde hemoglobine; TC = totaal cholesterol; TG = triglyceriden; HDL = high-density lipoproteïnen; LDL = low-density lipoproteïnen; MET = metformine; SU = sulfonylureumderivaten.
* Type start insuline na baseline-meting en type insuline na 12 maanden.
† $p < 0,05$.

deze laatstgenoemde cardiovasculaire risicofactoren kunnen ze patiënten uitleg te geven over deze minder bekende risicofactoren. Ook deze factoren dragen bij aan het cardiovasculair risicoprofiel.

RESULTATEN

Deelnemers aan het prospectieve onderzoek (n = 65) bleken twaalf maanden na de start van de insulinebehandeling gemiddeld ruim 3 kg (spreiding –6 kg tot 20 kg) te zijn aangekomen [**tabel 1**]. Opvallend genoeg was er bij ongeveer eenderde van de onderzoekspopulatie na twaalf maanden insulinetherapie sprake van een gewichtsafname. Tussen baseline en twaalf maanden na het starten van de insulinetherapie bleek de lichamelijke activiteit significant te zijn gedaald [**tabel 1**]. Nadere analyse toonde aan dat deze verandering in lichamelijke activiteit echter niet als verklaring kon gelden voor de toename van het lichaamsgewicht.

In dit onderzoek hebben we verder gekeken naar andere mogelijke voorspellende dan wel verklarende factoren voor de gewichtstoename. Daarbij onderzochten we onder meer de mate van de met diabetes samenhangende stress aan de hand van de PAID-vragenlijst. Bij deelnemers die bij de start van de insulinetherapie meer last hadden van met diabetes samenhangende emotionele stress was er sprake van een grotere gewichtstoename. Een andere voorspellende factor voor gewichtstoename was een hogere startdosering. Ook de snelheid van het titreren van de insulinedosering bleek een rol te spelen bij de gewichtstoename.

Het cross-sectionele onderzoek toonde aan dat de groep die het meest in gewicht was aangekomen met langdurige insulinetherapie (de *gainers*; n = 14) een ongunstiger cardiovasculair profiel had bij follow-up.[4] Deze groep had meer totaal lichaamsvet, bewoog minder en had hogere alanineaminotransferasewaarden [**tabel 2**]. Insuline noch gewichtstoename leidde tot significante veranderingen van de vetcelgrootte. De macrofageninstroom bleek echter wel toe te nemen na insulinebehandeling; dit effect hing niet samen met de gewichtstoename. Als laatste had een forse gewichtstoename nadelige effecten op de inflammatie van het onderhuids vetweefsel. De hoeveelheid pro-inflammatoire cytokines was namelijk toegenomen [**tabel 2**].

Patiënten met langdurig insulinegebruik (langer dan 4 jaar) bleken bij MRS veel levervet te hebben (gemiddeld 11% levervet, terwijl de normaalwaarde ≤ 5,5% is). Ook bleek dat de mate van leververvetting gerelateerd was aan de ontstekingsparameters in het onderhuids vetweefsel, zoals een toename van macrofagen en PAI-I-waarden (plasminogeen activator inhibitor-1) in het vetweefsel.

BESCHOUWING

Ook in ons onderzoek bleek dat het gewicht van personen met DM2 die met insulinetherapie starten significant toeneemt. Na twaalf maanden insulinebehandeling zijn deze mensen minder gaan bewegen en dat lijkt ongewenst. Opvallend genoeg zagen we geen samenhang tussen de gewichtstoename en verminderde bewegingsactiviteit. De vraag is of dit komt door insulinetherapie per se, door gewichtstoename of door andere factoren (patiënten kunnen bijvoorbeeld bang zijn voor hypoglykemieën, waardoor ze minder gaan bewegen). Deze hypothesen konden we met ons onderzoek niet verder onderzoeken. Voorspellers van insulinegerelateerde gewichtstoename zijn de start van de insulinedosis, met diabetes samenhangende stress (PAID) en lichaamsvet (negatieve correlatie). Een ander recent Nederlands onderzoek toonde aan dat DM2-patiënten met veel stress meer aankomen: personen voor wie het starten met insuline veel stress geeft, gaan mogelijk meer emotioneel eten.[9] Gewichtstoename over de tijd wordt beïnvloed door verandering van insulinedosering. De verandering in het HbA1c lijkt slechts een geringe rol te spelen bij insulinegerelateerde gewichtstoename. Daarbij dienen we te bedenken dat we na het starten met de insulinetherapie op het HbA1c hebben 'gestuurd' bij het aanpassen van de insulinedosering, zodat we de parameter HbA1c niet volledig als onafhankelijke variabele mogen beschouwen. Dat bemoeilijkt

Tabel 2 Cardiometabool profiel van de patiënten van het cross-sectionele en prospectieve onderzoek[3,4]

	Gainers (n = 14)	Non-gainers (n = 14)
SBD (mmHg)	150 ± 23	146 ± 31
DBD (mmHg)	81 ± 10	80 ± 11
Totaal cholesterol (mmol/l)	4,8 ± 0,9	3,8 ± 0,8†
LDL-cholesterol (mmol/l)	2,9 ± 0,8	2,1 ± 0,4†
HDL-cholesterol (mmol/l)	1,2 ± 0,2	1,0 ± 0,2†
Triglyceriden (mmol/l)	2,1 ± 1,4	1,7 ± 0,6
Totaal lichaamsvet (kg)	32,4 ± 9,4	24,6 ± 7,7†
ALAT (U/l)	33,1 ± 11,4	23.8 ± 9,1†
Subcutaan vetweefsel:*		
■ Δ MCP-1 (pg/mg proteïne)	0,60 ± 2,95	-0,44 ± 2,01†
■ Δ IL-1β (pg/mg proteïne)	10,53 ± 25,24	-13,30 ± 32,72†
■ Δ TNF-α (pg/mg proteïne)	17,07 ± 26,53	-4,55 ± 29,15†

De gegevens zijn weergegeven als gemiddelden ± sd. Definitie van gainer: ≥ 0,5 kg gewichtstoename per maand gedurende eerste 18 maanden na start insulinetherapie en met ≥ 5% gewichtstoename bij totale follow-up. Definitie non-gainer: maximale gewichtstoename van ≤ 2,5 kg bij totale follow-up. SBD = systolische bloeddruk; DBD = diastolische bloeddruk; LDL = low-density lipoproteïnen; HDL = high-density lipoproteïnen; ALAT = alanineaminotransferase.

* Kwantitatief gemeten 'ontstekingseiwitten' in vetweefsel: MCP-1 = monocytenchemotactisch eiwit-1; IL-1β = interleukine-1beta; TNF-α = tumornecrosefactor-α.

† $p < 0,05$.

de interpretatie van het effect van HbA1c-verandering op het lichaamsgewicht.

Het gevolg van een insulinegerelateerde gewichtstoename bij personen met DM2 is een minder gunstig cardiovasculair profiel, in het bijzonder bij personen die bij insulinetherapie fors in gewicht toenemen. Dit komt doordat patiënten met DM2 na de start met insulinetherapie minder gaan bewegen en veel levervet hebben, en doordat het onderhuids vetweefsel meer 'ontstoken' lijkt te zijn. Verder vonden we een correlatie tussen het levervet en onderhuids vetweefsel voor wat betreft ontsteking.

Het is nog onduidelijk welke andere voorspellers bijdragen aan de gewichtstoename als gevolg van insulinetherapie. Verder moet er nog onderzoek komen om na te gaan of de potentieel nadelige effecten van insulinetherapie bij gainers op vetweefselniveau opwegen tegen de gunstige effecten van insuline op de glucose-instelling. De vraag is dan of mensen met een lagere startdosis en/of een langzame verhoging van de insulinedosis minder in gewicht toenemen. Misschien zouden mensen die veel moeite hebben om te accepteren dat ze diabetes hebben eerst een therapie kunnen volgen om te leren omgaan met de emotionele problemen rondom diabetes mellitus.

Ten slotte is het belangrijk om te onderzoeken of er aanvullende behandelingen zijn om de gewichtstoename bij insuline te verkleinen. De zogenaamde glucagon-like peptide-1(GLP-1)-agonisten met gunstige effecten op glucose-instelling en gewicht kunnen in aanmerking komen voor patiënten met een forse insulinegerelateerde gewichtstoename.[10]

CONCLUSIE

Dit onderzoek draagt bij aan een groter inzicht in de insulinegerelateerde gewichtstoename bij DM2-patiënten. Startdosering van insuline, de mate van titreren van insuline en de emotie van een patiënt die begint met insuline zijn voorspellende factoren die een deel van de gewichtstoename verklaren. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen aanleiding geven tot behandelstrategieën om deze ongewenste gewichtstoename te verkleinen, om zo de zorg voor DM2-patiënten die met insulinetherapie beginnen te verbeteren. ■

LITERATUUR

1 https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2#Richtlijnendiagnostiek.
2 Stoekenbroek ERM, Rensing KL, Bernelot Moens SJ, Nieuwdorp M, De Vries JH, Zwinderman AH, et al. High daily insulin exposure in patients with type 2 diabetes is associated with increased risk of cardiovascular events. Atherosclerosis 2015;240:318-23.
3 Jansen HJ, Vervoort GMM, De Haan AFJ, Netten PM, De Grauw WJ, Tack CJ. Diabetes-related distress, insulin dose and age contribute to insulin-associated weight gain in patients with type 2 diabetes mellitus: results of a prospective study. Diabetes Care 2014;37:2710-7.
4 Jansen HJ, Vervoort GMM, Van der Graaf M, Tack CJ. Pronounced weight gain in insulin-treated patients with type 2 diabetes mellitus is associated with an unfavorable cardiometabolic risk profile. Neth J Med 2010;68:359-66.
5 Jansen HJ, Stienstra R, Van Diepen J, Hijmans A, Van der Laat J, Vervoort GMM, et al. Start of insulin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus promotes the influx of macrophages in subcutaneous adipose tissue. Diabetologia 2013;56:2573-81.
6 Jansen HJ. Insulin-associated weight gain in patients with type 2 diabetes mellitus. Determinants and consequences. 2014, ISBN 978-90-9028481-1 [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2014.
7 Mignault D, St-Onge M, Karelis AD, Allison DB, Rabasa-Lhoret R. Evaluation of the Portable HealthWear Armband: a device to measure total daily energy expenditure in free-living type 2 diabetic individuals. Diabetes Care 2005;28:225-7.
8 Welch G, Weinger K, Anderson B, Polonsky WH. Responsiveness of the Problem Areas In Diabetes (PAID) questionnaire. Diabetic Med 2003;20:69-72.
9 Kasteleyn MJ, De Vries L, Van Puffelen AL, Schellevis FG, Rijken M, Vos RC, et al. Diabetes-related distress over the course of illness: results from the Diacourse study. Diabet Med 2015; doi:10.1111/dme.12743 [Epub ahead of print].
10 Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, Kushner RF, Lewin A, Skjoth TV. Efficacy of Liraglutide for weight loss among patients with type 2 diabetes mellitus: the SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. JAMA 2015;18:687-99.

NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten

NHG-Werkgroep Niet-traumatische knieklachten

Belangrijkste wijzigingen

- De standaard is een samenvoeging van de standaarden Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen (M67) en Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten (M65), omdat sommige aandoeningen (zoals het patellofemorale pijnsyndroom) in verschillende leeftijdsgroepen voorkomen.
- De Bakerse cyste wordt niet apart besproken, omdat deze meestal is gerelateerd aan knieartrose.
- Genua vara en genua valga worden niet meer besproken, omdat standsafwijkingen meestal geen klachten geven.

Kernboodschappen

- Bij de meeste knieaandoeningen kan worden volstaan met voorlichting en adviezen.
- Bij pijnklachten van de knie bij kinderen en adolescenten wordt geadviseerd om activiteiten die pijn uitlokken te verminderen. Dit advies sluit aan bij de gangbare praktijk, maar is niet wetenschappelijk onderbouwd.
- Knieartrose is een klinische diagnose, waarbij in de huisartsenpraktijk beeldvormend onderzoek niet wordt aanbevolen.
- Bij knieartrose stimuleert de huisarts een actieve leefstijl van de patiënt.
- Voedingssupplementen (glucosamine, chondroïtine) worden niet aanbevolen voor de behandeling van knieartrose.

INLEIDING

De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van knieklachten die niet het directe gevolg zijn van een trauma. Deze standaard vervangt de NHG-Standaarden Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen en Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten. Samen met de NHG-Standaard Traumatische knieklachten vormt deze standaard een tweeluik over knieklachten in de huisartsenpraktijk (zie [**tabel 1**]). In deze standaard worden de zes in [**tabel 1**] genoemde niet-traumatische knieklachten besproken.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Knieartrose (synoniem: gonartrose): degeneratieve aandoening van de knie die wordt gekenmerkt door pijn, zowel bij het begin van een beweging (startpijn) als tijdens belasting. Hierdoor kunnen beperkingen ontstaan in het dagelijks functioneren. Er kan sprake zijn van structurele kraakbeen- of botveranderingen, waarvan de relatie met de klachten vaak onduidelijk is. In de huisartsenpraktijk is knieartrose een klinische diagnose.

Patellofemorale pijnsyndroom: complex van klachten en symptomen, gekenmerkt door kniepijn achter, onder of rondom de patella, of symptomen zoals crepitaties, stijfheid, zwelling of een instabiliteitsgevoel. De aandoening komt soms dubbelzijdig voor. De pijn is vooral aanwezig tijdens en na belasting (sport of traplopen) en bij zitten met gebogen knieën (theaterfenomeen).

Bursitis prepatellaris: acute of chronische ontsteking van de bursa prepatellaris, gekenmerkt door een fluctuerende, soms pijnlijke zwelling op de patella.

Iliotibiale bandsyndroom ('lopersknie'): overbelastingsblessure van het distale deel van de tractus iliotibialis, die loopt van de crista iliaca naar de laterale condyl van de tibia, gekenmerkt door pijn ter hoogte van de laterale femurcondyl, die optreedt bij belasting en doorgaans in rust verdwijnt.

Jumper's knee (synoniem: patellatendinopathie; 'springersknie'): aandoening van de knie, waarbij de patellapees is aangedaan, gekenmerkt door pijn aan de voorzijde van de knie, veelal na belasting.

Ziekte van Osgood-Schlatter: apofysitis tuberositas tibia waarbij een kleine partiële avulsiefractuur kan optreden. De ziekte komt vooral voor bij kinderen tussen acht en vijftien jaar en wordt gekenmerkt door lokale pijn, zwelling en gevoeligheid.

Epidemiologie

Knieklachten zijn, na nek- en rugklachten, de meestvoorkomende klach-

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

Delegeren van taken

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

Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijkuren. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

NHG-Werkgroep Niet-traumatische knieklachten. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten. Huisarts Wet 2016;59(2):62-6.

De NHG-Werkgroep Niet-traumatische knieklachten bestond uit (in alfabetische volgorde): Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Kuijpers T, Opstelten W, Van den Donk M, Weisscher PJ, Wildervanck-Dekker CMJ.

De standaard en de noten zijn herzien ten opzichte van de vorige versie van de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten, Huisarts Wet 2009;52(7):332-41, en de vorige versie van de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen, Huisarts Wet 2008;51(5):229-40.

Tabel 1 Tweedeling NHG-Standaarden over de knie

NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten	NHG-Standaard Traumatische knieklachten
knieartrose	contusie, distorsie
patellofemorale pijnsyndroom	collateraal bandletsel
bursitis prepatellaris	kruisbandletsel
iliotibiale bandsyndroom	meniscusletsel
jumper's knee	patellaluxati
ziekte van Osgood-Schlatter	

ten van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk. De incidentie van (traumatische en niet-traumatische) knieklachten is 33,5 per 1000 personen per jaar en de prevalentie 32,2 per 1000 personen per jaar.

Van de knieklachten komt knieartrose het meest voor: de jaarprevalentie bedraagt 22,6 per 1000 personen. Na de middelbare leeftijd neemt de prevalentie sterk toe, vooral bij vrouwen. Knieartrose is de meestvoorkomende chronische gewrichtsaandoening.

De meestgestelde diagnosen bij kinderen en adolescenten zijn aandoeningen aan de voorzijde van de knie, waaronder het *patellofemorale pijnsyndroom (PFPS)* en de *ziekte van Osgood-Schlatter.*[1]

Etiologie, pathofysiologie en symptomatologie

Veelal zijn de pathofysiologische mechanismen van de in deze standaard besproken aandoeningen onduidelijk.

Knieartrose kan ontstaan door een combinatie van factoren. Zowel genetische factoren, constitutionele factoren (zoals vrouwelijk geslacht, veroudering, overgewicht) als lokale biomechanische factoren (zoals werkgerelateerde belasting en knietrauma's) kunnen in meer of mindere mate het ontstaan van knieartrose beïnvloeden. Bij knieartrose is de belangrijkste verandering een vermindering van de dikte en kwaliteit van het kraakbeen. Het onderliggende (subchondrale) bot verdikt en aan de randen van het gewricht vindt osteofytvorming plaats. Daarnaast ontstaat een chronische ontsteking van het synoviale weefsel. Het gevolg van deze processen is een onregelmatig gewrichtsoppervlak, benige verbreding van het gewricht, mogelijke verdikking van het gewrichtskapsel en soms ophoping van synoviale vloeistof (hydrops). De klinische manifestaties zijn pijn, bewegingsbeperking en op den duur verlies van functie. De ernst van de pijn op een bepaald tijdstip is slechts in geringe mate gerelateerd aan de radiologische ernst, maar de progressie van klachten over de tijd is doorgaans wel gerelateerd aan radiologische progressie. De artrose kan zich in de gehele knie voordoen, maar kan zich ook beperken tot het patellofemorale compartiment of het mediale of laterale tibiofemorale compartiment. Bij knieartrose kan sprake zijn van tijdelijke verergeringen.

Als symptoom van knieartrose kan een *Bakerse cyste* ontstaan. Dit is een meestal niet-pijnlijke, fluctuerende zwelling in de knieholte. Een Bakerse cyste ontstaat waarschijnlijk doordat een zwakke plek in het kapsel vanuit het kniegewricht met vocht wordt gevuld als gevolg van een overproductie van synoviale vloeistof (hydrops), die door een ventielmechanisme moeilijk kan terugvloeien in het gewricht. Behalve door knieartrose, kan overproductie van synoviale vloeistof ook veroorzaakt worden door een al dan niet symptomatische intra-articulaire afwijking, zoals reumatoïde artritis of een meniscusletsel. Zolang de onderliggende oorzaak van de overproductie van synoviale vloeistof niet is weggenomen, zal de aandoening in wisselende mate aanwezig blijven.

Bursitis prepatellaris is meestal het gevolg van stoten of veel knielen, zoals dat voorkomt bij bepaalde beroepen (stratenmakers, stoffeerders) of sporten (judo, worstelen). Er bestaan twee vormen: een acute en een chronische vorm. De acute vorm wordt gekenmerkt door een ontsteking, die meestal aseptisch is. Van een chronische vorm is sprake als de zwelling na een aantal weken nog aanwezig is of frequent recidiveert.

Het *iliotibiale bandsyndroom* ontstaat door irritatie van de tractus iliotibialis over de laterale femurcondyl. De aandoening komt vooral voor bij duursporters, zoals duurlopers en toerfietsers. De pijn treedt op als de tractus iliotibialis naar voren schuift over de condyl bij kniestrekking en naar achteren bij kniebuiging. Het (pijnlijke) moment treedt op bij iets minder dan 30 graden kniebuiging.

Pijnklachten van de knie bij kinderen en adolescenten doen zich in de meeste gevallen voor aan de voorzijde van de knie. De meeste pijnklachten hebben hun origine in het strekapparaat, dat gevormd wordt door het continuüm van musculus quadriceps, patella, patellapees en tuberositas tibiae. Het gaat daarbij vooral om de volgende extra-articulaire aandoeningen: het patellofemorale pijnsyndroom, de jumper's knee en de ziekte van Osgood-Schlatter.

Als oorzaak van het *patellofemorale pijnsyndroom* worden belasting, trauma of verminderde spierkracht genoemd. Er zijn geen aanwijzingen dat het patellofemorale pijnsyndroom overgaat in knieartrose.

Sportbeoefening waarbij veel gesprongen wordt, zoals volleybal of basketbal, is veelal verantwoordelijk voor het ontstaan van een *jumper's knee.* Een verstoord evenwicht tussen belasting en belastbaarheid speelt waarschijnlijk een belangrijke rol. Bij de jumper's knee is de aanhechting van de patellapees aan de onderpool van de patella vaker aangedaan dan de aanhechting aan de bovenpool van de patella of aan de tuberositas tibiae.

Verondersteld wordt dat de *ziekte van Osgood-Schlatter* het gevolg is van herhaalde tractie van de patellapees ter hoogte van de tuberositas tibiae. De aandoening is gerelateerd aan de groeispurt en komt vaker voor bij actief sportende kinderen, vooral bij jongens.[2]

Prognose en natuurlijk beloop

Knieartrose heeft een wisselend progressief beloop. Regelmatig kunnen tijdelijke verergeringen optreden, gekenmerkt door een toename van de klachten en symptomen. Zodra de aandoening zich

eenmaal heeft ontwikkeld, is verbetering van de structuur van het kraakbeen zeldzaam. Vermindering van pijn en beperkingen komt echter wel voor.

Het *patellofemorale pijnsyndroom* kan een langdurig beloop hebben: na 1 jaar heeft ongeveer 60% van de patiënten nog klachten, na 6 jaar is dit nog ongeveer 40%.

Wanneer de luxerende factor bij *bursitis prepatellaris* wordt weggenomen, heeft de aandoening een gunstige prognose en kan herstel binnen enkele weken optreden. Ook de prognose van het *iliotibiale bandsyndroom* is gunstig: na aanpassing van de belasting en verbetering van de statiek die tot het syndroom geleid hebben kan binnen enkele weken tot maanden herstel optreden. *Jumper's knee* heeft een gunstige prognose, bij sporters kunnen echter langdurig lichte klachten blijven bestaan.

De klachten bij de *ziekte van Osgood-Schlatter* kunnen enkele maanden tot twee jaar aanhouden en gaan vrijwel altijd over na de groeispurt.[3]

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Alarmsymptomen
Bij een acuut ontstaan van de klachten, gewrichtspijn in rust, zwelling, warmte, roodheid, bewegingsbeperking en/of koorts kan sprake zijn van een (septische) artritis en kan de huisarts van het hier voorgestelde diagnostische traject afwijken (zie de NHG-Standaard Artritis).

De klacht van de patiënt is meestal pijn in of bij de knie. De huisarts moet erop bedacht zijn dat knieklachten een uiting kunnen zijn van een aandoening in de heup.

Anamnese

De huisarts besteedt aandacht aan:
- pijn: lokalisatie, duur en beloop;
- zwelling;
- slotverschijnselen: 'op slot zitten' of niet meer recht kunnen krijgen van de knie;
- ochtendstijfheid en startpijn;
- omstandigheden die de klachten verergeren (bijvoorbeeld hurken, knielen, bewegen, traplopen, sporten);
- omstandigheden die de klachten verminderen (bijvoorbeeld rust of strekken van de knie);
- relatie met (beroeps)werkzaamheden;
- functiebeperkingen en belemmeringen in het dagelijks leven;
- voorgeschiedenis (knieklachten of een knietrauma in het verleden);
- zelfzorg (medicatie, rust, tape of brace).

Lichamelijk onderzoek

Bij pijnklachten van de knie worden naast de knieën ook de enkels en heupen onderzocht om aandoeningen van deze gewrichten uit te sluiten. De huisarts laat de patiënt de benen geheel ontbloten, let op links-rechtsverschillen en verricht het volgende onderzoek:
- inspectie (staand):
  - standsafwijkingen, asymmetrie;
  - atrofie van de m. quadriceps;
  - zwelling: lokaal of diffuus, ventraal of dorsaal;
  - verbreding van het gewricht;
- inspectie, palpatie en bewegingsonderzoek (in rugligging):
  - roodheid en temperatuur van de knie;
  - drukpijn over de gewrichtsspleet;
  - drukpijn patella en tuberositas tibiae;
  - zwelling palpabel in de knieholte;
  - ballottement van de patella;
  - crepitaties bij bewegingsonderzoek;
  - actieve en passieve flexie en extensie: beperkt, pijnlijk;
  - rotaties heup.

Provocatietesten voor het stellen van de diagnoses *patellofemorale pijnsyndroom* en *jumper's knee* worden niet aanbevolen.[4]

Aanvullend onderzoek

Bij het vermoeden van osteochondritis dissecans, osteomyelitis of een maligniteit wordt beeldvormend onderzoek en/of laboratoriumonderzoek aangevraagd.[5]

Beeldvormend onderzoek (zoals röntgenfoto of MRI-scan) voor het vaststellen of uitsluiten van *knieartrose, patellofemorale pijnsyndroom, bursitis prepatellaris, iliotibiale bandsyndroom, jumper's knee* en *ziekte van Osgood-Schlatter* wordt niet aanbevolen, omdat de relatie tussen afwijkingen, gevonden bij beeldvormend onderzoek, en de klachten van de patiënt vaak onduidelijk is.[6,7]

Evaluatie

De huisarts overweegt de volgende diagnosen:

Knieartrose: waarschijnlijk bij aanwezigheid van de volgende drie criteria:
- leeftijd > 45 jaar;
- aan activiteiten gerelateerde kniepijn;
- geen of kortdurende ochtendstijfheid (< 30 minuten).

De volgende bevindingen maken de diagnose knieartrose waarschijnlijker:
- verminderde flexie of extensie;
- crepitaties bij bewegingsonderzoek;
- gevoeligheid van de gewrichtsspleet;
- benige verbreding van het kniegewricht.[6]

Patellofemorale pijnsyndroom: bij pijn op, achter of rond de patella zonder aanwijzingen voor andere aandoeningen. De pijn verergert vaak bij lang zitten met gebogen knieën, hurken, knielen, traplopen of fietsen (met tegenwind) en vermindert bij rust en strekken van de knie.

Bursitis prepatellaris: bij een fluctuerende, prepatellair gelokaliseerde zwelling, al dan niet rood of pijnlijk. Indien dit gepaard gaat met koorts, uitbreidende roodheid, zwelling en pijn is er een vermoeden van een bacteriële infectie.

Iliotibiale bandsyndroom: bij pijn ter hoogte van de laterale femurcondyl tijdens of na het sporten.

Jumper's knee: bij pijn ter hoogte van de patellapees, vooral na belasting, zoals springen. Bij lichamelijk onderzoek is er drukpijn op de patellapees ter hoogte van de onderrand van de patella of van de tuberositas tibiae of op de quadricepspees ter hoogte van de bovenrand van de patella.

Ziekte van Osgood-Schlatter: bij pijn tijdens of na sporten, (druk)pijnlijke zwelling ter hoogte van tuberositas tibiae, veelal unilateraal.

Andere diagnosen waarop de huisarts alert dient te zijn: *meniscusletsel*: knietrauma in het verleden, recidiverende hydrops, al dan niet met slotverschijnselen (zie de NHG-Standaard Traumatische knieklachten); *referred pain* (pijn veroorzaakt door aandoening buiten de knie, bijvoorbeeld de heup): afwijkingen bij bewegingsonderzoek van de heup.

Minder vaak voorkomende aandoeningen zijn: jicht, andere inflammatoire artritiden en septische artritis (zich vaak uitend door een warm, gezwollen gewricht, zie NHG-Standaard Artritis). Daarnaast moet de huisarts alert zijn op maligniteiten, juveniele artritis en osteochondritis dissecans (vallen buiten het bestek van deze standaard).

RICHTLIJNEN BELEID

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in aanbevelingen voor het beleid bij knieartrose en de overige klachten van de knie (*patellofemorale pijnsyndroom, bursitis prepatellaris, iliotibiale bandsyndroom, jumper's knee* en *ziekte van Osgood-Schlatter*).

Knieartrose

Voorlichting en adviezen ten aanzien van lichaamsbeweging en gewichtsreductie en het voorschrijven van analgetica vormen de kern van de aanpak van artrose, waarbij gericht wordt geëvalueerd of de toegepaste interventies het beoogde effect hebben.

Voorlichting en advies

De huisarts legt uit dat het beloop wisselend is en dat perioden met veel klachten worden afgewisseld met perioden met weinig klachten. Daarnaast worden de volgende adviezen gegeven:

- Adviseer patiënten regelmatige en voldoende intensieve lichaamsbeweging (bijvoorbeeld ten minste een half uur matig intensief bewegen per dag) ter vermindering van pijn en verbetering van het functioneren. Deze lichaamsbeweging dient te bestaan uit een combinatie van oefeningen gericht op mobiliteit, spierkracht en uithoudingsvermogen.
- Bespreek met de patiënt de wijze waarop een oefenprogramma kan worden gestart (individueel of onder begeleiding). Dit hangt onder andere af van de voorkeuren van de patiënt, motivatie en lokale beschikbaarheid van faciliteiten. Zie voor een voorbeeld van een oefenprogramma www.thuisarts.nl.[8]
- Bespreek met patiënten met overgewicht of obesitas (BMI ≥ 25 kg/m^2) de mogelijkheid om deel te nemen aan interventies gericht op gewichtsreductie, zoals dieet en oefentherapie. Betrek, gegeven de beperkte voordelen van gewichtsreductie, de voorkeuren van de patiënt, motivatie en lokale beschikbaarheid van faciliteiten. Voor het kiezen van de interventies en aanpak wordt verwezen naar de NHG-Standaard Obesitas uit 2010 en naar de NHG-Zorgmodules Leefstijl uit 2015.[9]
- Benadruk dat een positief effect van lichaamsbeweging weer kan verdwijnen als de activiteiten worden gestaakt.
- Instrueer patiënten contact op te nemen bij verergering van de klachten of als adviezen moeilijk zijn uit te voeren.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over knieartrose op www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Niet-medicamenteuze behandeling

Bespreek met de patiënt de mogelijkheid van het starten van een oefenprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut bij onvoldoende effect van het advies om voldoende lichaamsbeweging te verkrijgen.[8]

Patiënten kunnen hulpmiddelen, zoals het gebruik van een wandelstok (aan de gezonde zijde) of rollator, overwegen als ondersteuning van hun behandeling als zij klachten ondervinden bij activiteiten in het dagelijkse leven. Verwijs hiervoor eventueel naar een fysiotherapeut of ergotherapeut.[10]

Het gebruik van braces en orthesen wordt niet aanbevolen voor patiënten met knieartrose.[10]

Glucosamine en chondroïtine worden niet aanbevolen voor de behandeling van patiënten met knieartrose.[11]

Medicamenteuze behandeling

Ter ondersteuning van de algemene adviezen kan een analgeticum worden geadviseerd. Zie hiervoor de NHG-Standaard Pijn.[12]

Bespreek met de patiënt bij een tussentijdse verergering of bij onvoldoende pijnvermindering met analgetica de toediening van intra-articulaire corticosteroïdeninjecties. Geef daarbij aan dat de effecten meestal kortdurend zijn (< 3 weken) en dat er soms bijwerkingen kunnen optreden. Geef bijvoorbeeld 4 mg bètamethason of 20 tot 40 mg triamcinolonacetonide, maximaal 4 keer per jaar met een interval van minimaal 6 weken tussen de injecties.[13]

Intra-articulaire injecties met hyaluronzuur worden niet aanbevolen voor de behandeling van patiënten met knieartrose.[14]

Controles en verwijzing

Evalueer het effect van de gegeven adviezen en niet-medicamenteuze behandelingen na drie maanden en evalueer medicamenteuze adviezen na een tot twee weken.

Bij knieartrose die samenhangt met het werk verwijst de huisarts de patiënt naar de bedrijfsarts om eventuele aanpassing van het werk te bespreken.

Bij patiënten met slotverschijnselen kan verwijzing naar de orthopeed voor artroscopische interventie (met of zonder debridement) worden overwogen.[15]

Patiënten met knieartrose die ondanks maximale conservatieve behandeling ernstige klachten en belemmeringen in het dagelijks functioneren houden, worden naar een orthopedisch chirurg verwezen voor het bespreken van de mogelijkheid van een knievervangende operatie.

Patiëntkenmerken (waaronder leeftijd, geslacht, overgewicht/obesitas en comorbiditeit) zijn in principe geen reden om niet te verwijzen naar de orthopedisch chirurg.[16] Overweeg bij polyartrose verwijzing naar de reumatoloog.

Overige aandoeningen van de knie

De kern van het beleid bij de overige knieklachten (*patellofemorale pijnsyndroom, bursitis prepatellaris, iliotibiale bandsyndroom, jumper's knee* en *ziekte van Osgood-Schlatter)* is de belasting en belastbaarheid op elkaar af te stemmen. Dit is afhankelijk van het inspanningsniveau en de wensen van de patiënt.

Voorlichting en advies

De huisarts geeft de volgende informatie en adviezen:[17,18,19]

- Geef informatie over aard en beloop van de aandoening (zie achtergronden).
- Adviseer (sport)activiteiten die de pijn uitlokken zo mogelijk gedurende een tot twee maanden te verminderen.
- Adviseer de patiënt desgewenst bewegingsalternatieven te vinden die minder pijn veroorzaken, bijvoorbeeld zwemmen of fietsen. Het is immers van belang te voorkomen dat de algehele conditie achteruitgaat. De belasting dient te worden afgestemd op de belastbaarheid en de pijnklachten van de patiënt.
- Leg uit dat bewegen met pijn (aan de voorzijde) van de knie op zich geen kwaad kan. Als de pijn echter tijdens en na belasting duidelijk toeneemt, kan het zinvol zijn de belasting te verminderen.
- Adviseer de (sport)activiteiten weer geleidelijk op te voeren als de klachten na een tot twee maanden zijn verminderd.
- Adviseer bij een *bursitis prepatellaris* in het geval van pijn en roodheid om de knie gedurende een tot twee weken zo min mogelijk te belasten. Indien door sport of beroep een verhoogde kans op recidieven bestaat, worden kniebeschermers geadviseerd.
- Vertel de patiënt met de *ziekte van Osgood-Schlatter* dat de zwelling ter hoogte van de tuberositas tibiae langdurig kan blijven bestaan nadat de pijnklachten verdwenen zijn. De klachten duren meestal enkele maanden en gaan vrijwel altijd over na de groeispurt.

In aansluiting op de mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over de betreffende knieaandoeningen op www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Niet-medicamenteuze behandeling

Voor de behandeling van het *patellofemorale pijnsyndroom* kan oefentherapie worden overwogen. Zie voor een voorbeeld van een oefenprogramma www.thuisarts.nl.[20]

Andere behandelingen zoals tapen, steunzolen en shockwave worden niet aanbevolen.[21,22,23]

Wanneer een niet-bacterieel ontstoken *bursa prepatellaris* functioneel storend is, kan worden overwogen de inhoud te aspireren.[24]

Medicamenteuze behandeling

Ter ondersteuning van de algemene adviezen kan indien gewenst een analgeticum worden geadviseerd, voor een periode van één week. Deze behandeling kan zo nodig met één of twee weken worden verlengd. Zie hiervoor de NHG-Standaard Pijn.[17,18,19,24,26]

Injecties met corticosteroïden worden niet aanbevolen vanwege het ontbreken van bewijs voor de effectiviteit, terwijl er wel bijwerkingen kunnen optreden.[17-19,24]

Indien bij een *bursitis prepatellaris* sprake is van een toenemende lokale roodheid en algemene verschijnselen, zoals koorts en malaise, houdt de huisarts rekening met de mogelijkheid van een bacteriële infectie. Zie voor behandeling hiervan de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties.[27]

Controles

De huisarts vraagt de patiënt na vier tot zes weken contact op te nemen als de klachten onvoldoende verbeterd zijn. Ga na in hoeverre het gelukt is de activiteiten te verminderen. De periode waarin de activiteiten worden verminderd of gestaakt, kan steeds met een tot twee maanden worden verlengd. Ter preventie van recidieven van pijnklachten aan de knie lijkt vooral het op elkaar afstemmen van belasting en belastbaarheid een belangrijke factor.

Verwijzing

Wijs patiënten met sportgerelateerde klachten die intensief sporten bij onvoldoende herstel of bij recidiverende klachten op de mogelijkheid een (sport)fysiotherapeut te raadplegen voor adviezen en begeleiding met betrekking tot de hervatting en opbouw van de sportbeoefening, de techniek en het materiaal.

Verwijzing naar een orthopedisch chirurg of sportarts bij bursitis prepatellaris, patellofemorale pijnsyndroom, jumper's knee of de ziekte van Osgood-Schlatter wordt niet aanbevolen.

Verwijs de patiënt naar de bedrijfsarts bij werkgerelateerde klachten.

Verwijs patiënten op korte termijn naar de tweede lijn bij vermoeden van osteochondritis dissecans of een maligniteit. Verwijs de patiënt nog dezelfde dag bij vermoeden van een bacteriële artritis (zie NHG-Standaard Artritis) of een osteomyelitis.

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek NHG-Standaard.

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

Zie voor het deel *Totstandkoming en methoden* de webversie van deze standaard op www.nhg.org.

© 2016 Nederlands Huisartsen Genootschap

Ondertussen in TPO 1

In dit eerste nummer van 2016 besteden we aandacht aan aanpassing van leefstijl wanneer mensen de diagnose diabetes type 2 krijgen en welke gedragsverandering daarvoor nodig is. Verder: wat zijn de succesfactoren als het gaat om multidisciplinaire samenwerking? Daarnaast een casus van afwijkende spirometrie bij een patiënt met hartfalen en een interview met jurist Jolanda van Boven over privacywetgeving en beroepsgeheim.

GEDRAGSVERANDERING BIJ DIABETES

Leefstijlaanpassing is een vorm van gedragsverandering waarmee mensen met diabetes te maken krijgen. Het is lastig om op korte termijn je gedrag te moeten veranderen, terwijl je de effecten daarvan pas op lange termijn ondervindt. Bovendien zijn mensen gewoontedieren. Gewoontes kunnen doorbroken worden. Maar bij de gedragsverandering die bij mensen met diabetes type 2 nodig is, zijn er barrières. Patiënten kunnen bijvoorbeeld uitgeput raken van de zelfcontrole. Ook kunnen ze risico's te laag inschatten doordat ze een te optimistische kijk hebben. Daarnaast kunnen patiënten passief worden doordat de hulpverlener te veel uit handen neemt.

MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Samenwerking met verschillende disciplines is niet meer weg te denken uit de huisartsenpraktijk. Maar wat is hiervoor nu de beste vorm? Zuyd Hogeschool onderzocht dit bij zeven multidisciplinaire teams. Succesfactoren zijn bijvoorbeeld: motivatie, een duidelijke visie en missie en procesbewaking. Verbeterpunten zijn onder meer financiering en ondersteuning.

AFWIJKENDE SPIROMETRIE BIJ HARTFALEN

Wanneer ouderen klagen over kortademigheid bij inspanning, is het soms lastig om te bepalen of het om COPD of hartfalen gaat. Een casus.

BEROEPSGEHEIM EN PRIVACYWETGEVING

Sietsche van Gunst interviewde jurist Jolanda van Boven, die een verrassende kijk geeft op de privacywetgeving en het beroepsgeheim. Soms is het in het belang van de patiënt dat je tegen zijn wil in gegevens deelt. ■

Heeft uw praktijkondersteuner al een abonnement? Zie www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Een jaarabonnement kost € 90,-.
Heeft u suggesties voor onderwerpen? Mail deze dan naar tpo@nhg.org of bel 030 2823500 en vraag naar Sietsche van Gunst.

Uw diagnose

Meneer De Boer, 56 jaar, heeft sinds maanden een pijnlijke grote teen rechts. Het MTP-gewricht is dik en enigszins rood. Dorsale flexie van de grote teen is zeer beperkt. Wat is uw diagnose?

a. Hallux rigidus
b. Jicht
c. Hallux valgus
d. Reumatoïde artritis

Foto: Just Eekhof

Fotoquiz van de maand februari

Wilt u het goede antwoord weten? Kijk op www.henw.org.

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimaal 300 dpi of 1 Mb), liefst staand, met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

Nicole van Erp

Duur diagnostisch traject kanker

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van M.J. Scherptong-Engbers, LUMC Leiden, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: m.j.scherptong@gmail.com.

PRAKTIJKVRAAG

Wat is de duur van het diagnostisch traject voor verschillende kankersoorten en wat zijn voorspellers van een relatief lange duur?

HUIDIG BELEID

Tijdige opsporing van maligniteiten wordt op verschillende manieren nagestreefd. Screeningsprogramma's beogen vroege opsporing bij asymptomatische patiënten. De huisarts probeert symptomatische patiënten zo snel mogelijk te herkennen. In de tweede en derde lijn bestaan voor steeds meer kankersoorten gespecialiseerde poliklinieken waar specialismen samenwerken en sneldiagnostiek centraal staat, zoals de mammapoli in het geval van borstkanker. Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) geeft in het rapport Multidisciplinaire Normering Oncologische Zorg een indicatie hoe lang bepaalde fases in het diagnostisch traject van kanker zouden mogen duren.

De consensus is dus dat de opsporing en behandeling van kanker aan een maximale tijdsduur gebonden is. Er is voor de verschillende kankersoorten echter nog onvoldoende inzicht in de feitelijke duur van het gehele diagnostisch traject – van eerste klacht of symptoom tot uiteindelijke diagnose en behandeling – en de verschillende fases daarvan. We weten niet hoe lang het diagnostisch traject duurt en hoe groot hierbij de variatie is tussen bijvoorbeeld verschillende soorten kanker, patiënten en zorgverleners. Daarmee zijn het huidige diagnostisch traject en eventuele aanknopingspunten voor verbetering nog onvoldoende belicht.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Er zullen jaarlijks meer kankerpatiënten bij komen in Nederland. In 2014 werden ruim 100.000 nieuwe gevallen van kanker gediagnosticeerd, in vergelijking tot ruim 70.000 nieuwe patiënten in 2009.[1] Het diagnostisch traject van kanker begint veelal bij de huisarts, waar de patiënt zich presenteert met klachten of zorgen. De klinische afwegingen en differentiële diagnoses zijn per patiënt en per situatie anders. Hoe kunnen huisartsen binnen zo kort mogelijke tijd kankerpatiënten identificeren met de relatief beperkte diagnostische mogelijkheden van de huisartsenpraktijk, waarin tijd zelf ook een diagnosticum is? Inzicht in de duur van de verschillende fases van het diagnostisch traject in de eerste, maar ook de tweede lijn, en voorspellers van een relatief lange duur kunnen bijdragen aan gerichte verbetering van klinische besluitvorming en daarmee van het zorgproces.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Er zijn verschillende internationale onderzoeken uitgevoerd naar de duur van diagnostische intervallen in de kankerzorg, maar in Nederland beperkt zich dit tot een pilotonderzoek onder 197 darmkankerpatiënten. Onder deze patiënten was de mediane duur van symptomen tot behandeling 138 dagen, bleken rectaal bloedverlies en gewichtsverlies voorspellers voor '*patient delay*' en de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit een voorspeller voor '*doctor delay*'.[2] Uit de internationale literatuur blijkt dat de duur van het diagnostisch traject sterk varieert tussen kankersoorten, maar ook tussen patiënten onderling, en dat patiënt-, zorgverlener-, ziekte- en consultatiekenmerken invloed kunnen hebben op de doorlooptijden in het diagnostisch traject. Een recent Brits onderzoek laat voor een gepoolde analyse van 15 kankersoorten bijvoorbeeld zien dat de duur van het diagnostisch traject langer is bij oudere patiënten, bij vrouwen en bij aanwezigheid van niet-specifieke symptomen.[3] Door internationale verschillen in de organisatie van (kanker)zorg zijn deze en andere bestaande bevindingen niet direct van toepassing op de Nederlandse situatie.

CONCLUSIE

De duur van het diagnostisch traject in de kankerzorg in Nederland is grotendeels onbekend, evenals de invloed van verschillende patiënt-, zorgverlener-, ziekte- en consultatiekenmerken op deze duur. Resultaten uit internationaal onderzoek laten veel variatie in uitkomsten zien en zijn niet toepasbaar op de Nederlandse situatie door verschillen in populatie en zorgsystemen. Dit belemmert de mogelijkheden voor verbetering van het diagnostisch proces van kanker in Nederland.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Op basis van Nederlandse routinezorggegevens, gekoppeld aan data van de Nederlandse Kankerregistratie, zullen wij voor tien kankersoorten de volgende vragen trachten te beantwoorden: Wat is de duur van het diagnostisch traject in Nederland? Welke patiëntkenmerken, ziektebeeld- en consultkarakteristieken zijn geassocieerd met een relatief lange duur van het diagnostisch traject? ■

LITERATUUR

1 Data van de Nederlandse Kanker Registratie (NKR), beheerd door IKNL©, beschikbaar via www.cijfersoverkanker.nl.
2 Van Hout AMGH, De Wit NJ, Rutten FH, Peeters PH. Determinants of patient's and doctor's delay in diagnosis and treatment of colorectal cancer; Eur J Gastroenterol Hepatol 2011;23:1056-63.
3 Din NU, Ukoumunne OC, Rubin G, Hamilton W, Carter B, Stapley S, et al. Age and gender variations in cancer diagnostic intervals in 15 cancers: Analysis of data from the UK Clinical Practice Research Datalink. PLoS One 2015;10:e0127717.

UMC Utrecht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Broederplein 43, 3703 CD Zeist: N.F. van Erp, aiotho • Correspondentie: n.f.vanerp@umcutrecht.nl.

Derek de Beurs, Mariette Hooiveld, Gé Donker

Suïcidepreventie

Sinds 2007 is het aantal suïcides in Nederland flink toegenomen, vooral onder mannen tussen de 40 en 60 jaar. Om suïcidepreventie in Nederland te verbeteren is in 2011 de richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag verschenen. Huisartsen hebben hierin een belangrijke taak en waren daarom nauw betrokken bij het opstellen van de richtlijn. De huisarts behoort bij patiënten met suïcidale gedachten, maar zonder concrete plannen, een psychiatrische anamnese af te nemen en naar depressieve symptomen te vragen. Patiënten mét concrete plannen dienen te worden doorverwezen naar een bevoegd en bekwaam hulpverlener. Wij vroegen huisartsen tussen 1983 en 2013 naar kenmerken van de patiënten die een suïcidepoging deden of overleden door suïcide [**kader**].

HERKENNEN VAN SUÏCIDALE DREIGING

Van 1983 tot 2013 waren er 1956 meldingen van suïcidale patiënten, 342 van suïcide (229 mannen, 112 vrouwen) en 1614 van een suïcidepoging (561 mannen, 1041 vrouwen). De helft van de suïcidale patiënten (46%; n = 902) heeft een maand voor de suïcide of de suïcidepoging contact gehad met de huisarts [**figuur 1**]. In 24% (n = 239) van de gevallen was er op dat moment voor de huisarts reden om dreigende suïcidaliteit te veronderstellen.

SUÏCIDALE GEDACHTEN EN DEPRESSIE

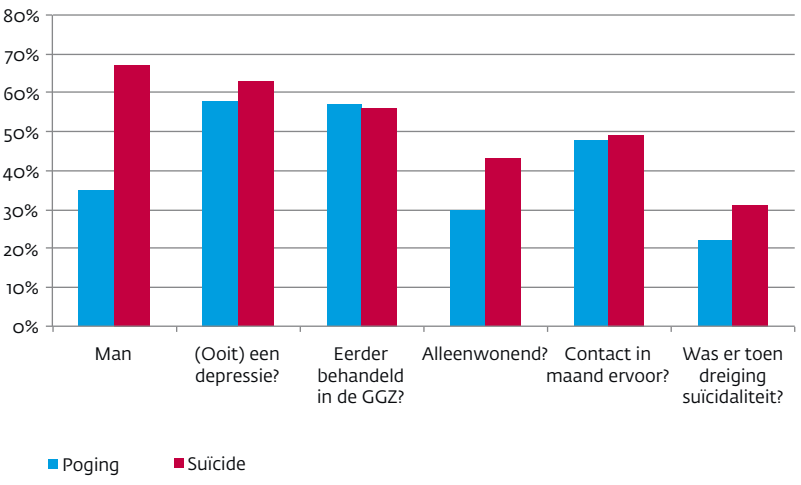
Retrospectief rapporteerden de huisartsen bij 59% (n = 1066) van de suïcidale patiënten een voorgeschiedenis van depressie. Betreffende die patiënten vroegen wij naar de belangrijkste symptomen van de depressie. Bij 12% (n = 23) van de patiënten die later door suïcide zouden overlijden en bij 14% (n = 93) van de patiënten die later een suïcidepoging zouden doen werden suïcidale gedachten een belangrijk symptoom van de depressie genoemd [**figuur 2**]. Dit betekent dat suïcidale gedachten bij patiënten die later suïcidaal gedrag vertonen niet altijd worden opgemerkt als een belangrijk symptoom van de depressie. Ook lijkt angst suïcidaliteit niet uit te sluiten.

TIPS VOOR SUÏCIDEPREVENTIE

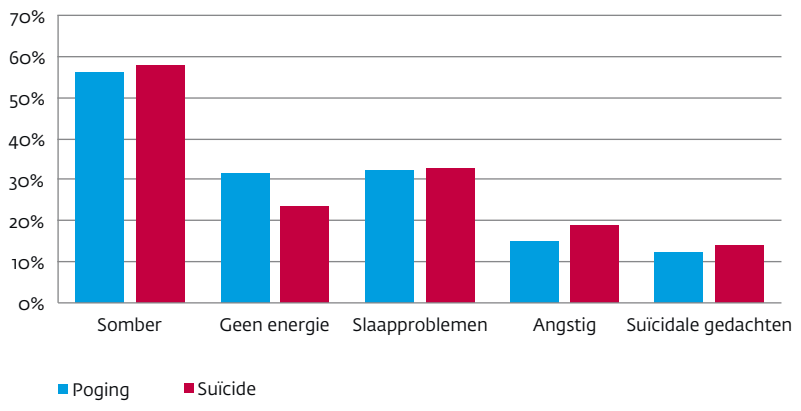
Op basis van deze en andere recente onderzoeken adviseren we huisartsen vooral bij alleenwonenden en mannen tussen de 40 en 60 jaar alert te zijn bij veranderingen in de werk- of privésfeer en proactief te vragen naar depressieve en suïcidale gedachten. De NHG-Standaard Depressie noemt suïcidaliteit als belangrijke reden om de ernst van de depressie te beoordelen. Vragen naar suïcideplannen en concretiseren daarvan bij depressieve patiënten is cruciaal voor suïcidepreventie. Een vierdimensionele klachtenlijst (4DKL) kan helpen bij het identificeren van depressie en suïciderisico. In Duitsland heeft het trainen van huisartsen in het herkennen van depressie en suicidaliteit geleid tot een structurele daling van suïcidaal gedrag en ook in Nederland zijn trainingen beschikbaar via het NHG en 113online. ■

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met behulp van gegevens die vanaf 1979 werden verzameld door huisartsen die participeren in de peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit zijn ongeveer 40 huisartsenpraktijken, die 0,7% van de Nederlandse patiëntenpopulatie representeren. De samenstelling is landelijk representatief wat betreft geografische spreiding en bevolkingsdichtheid. Op een aanvullend vragenformulier bij patiënten met een suïcide of suïcidepoging wordt vermeld of de poging tot suïcide leidde, op welke wijze deze is uitgevoerd en welke contacten met de medische sector er voorafgaand waren. Voor dit onderzoek werden de gegevens van 1983 tot en met 2013 geanalyseerd.

Figuur 1 Kenmerken van suïcidale patiënten zoals aangegeven door de huisarts; percentages van de patiënten voor wie de huisarts 'ja' aangeeft



Figuur 2 Percentage patiënten bij wie het beschreven symptoom werd genoemd als belangrijk onderdeel van de depressie die nadien leidde tot suïcide (n = 165) of een poging daartoe (n = 757)



Joop Dopper

NASCHOLING

In gesprek met een suïcidale patiënt

INLEIDING

In zijn boek *Door eigen hand*, dat over zelfmoord en de nabestaanden gaat, wijst schrijver Joost Zwagerman op een onderzoek van klinisch psychologe Ella Arens onder mensen die een niet-gelukte suïcidepoging hadden gedaan. Het bleek dat 80% van hen na een jaar verheugd was dat de poging was mislukt.[1] Deze bevinding zou huisartsen moeten sterken in de gedachte dat het goed is om het gesprek over suïcidale gedachten met patiënten aan te gaan. Want dit gebeurt minder vaak dan zou kunnen, zo bleek uit een bijdrage van Richard Marquet en Gé Donker in *Huisarts en Wetenschap* uit 2009.[2] Zij schreven dat in de maand voorafgaand aan een suïcide of suïcidepoging de helft van deze patiënten nog contact heeft gehad met de huisarts en 40% zelfs in de week ervoor. En dat depressieve suïcidale patiënten vaak op het spreekuur komen met een aantal klachten en problemen, zoals slapeloosheid, apathie, relatieproblemen, suïcidale gedachten, een eerdere suïcidepoging, verwaarlozing en verslaving aan alcohol of drugs. Opmerkelijk was dat de betrokken huisartsen terugblikkend meldden dat de suïcide of suïcidepoging in ongeveer een kwart van de gevallen te verwachten was, maar dat slechts met 7% van de patiënten die suïcide pleegden een gesprek over suïcidale gedachten had plaatsgevonden.

Blijkbaar vinden huisartsen het lastig om dit gevoelige onderwerp te bespreken. Dat kan te maken hebben met onzekerheid over de wijze waarop ze zo'n gesprek het best kunnen initiëren en voeren. Ook als de patiënt zich expliciet uit over suïcidale gedachten, blijkt het gesprek niet altijd gemakkelijk te verlopen. Vaak is er sprake van misverstanden tussen patiënt en hulpverlener.[3]

Omdat suïcide veel leed kan veroorzaken, beschouwen velen preventie van suïcide als een belangrijk doel van de ggz. Huisartsen kunnen bij die preventie een belangrijke rol spelen. Met dit artikel wil ik huisartsen motiveren om het gesprek over suïcide in de daarvoor geëigende situaties aan te gaan, en overwegingen en adviezen presenteren die kunnen helpen bij het voeren van het gesprek over (potentieel) suïcidaal gedrag.

Samenvatting

Dopper J. In gesprek met een suïcidale patiënt. Huisarts Wet 2016;59(2):70-3.

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij het bespreekbaar maken van suïcidegedrag van potentiële plegers van suïcide. Dergelijke gesprekken kunnen op de huisartsenpost en in de eigen praktijk plaatsvinden. Daarbij is het van belang dat huisartsen verschillende valkuilen proberen te vermijden. In de eigen praktijk toont de patiënt zijn suïcidaliteit niet altijd rechtstreeks. Daarom moeten huisartsen doorvragen naar mogelijke suïcidegedachten, rekening houdend met de actuele situatie. Huisartsen dienen op de hoogte te zijn van de kenmerken en risicofactoren van suïcide, maar ook van gespreksvoeringstechnieken die aansluiten bij de patiënt. Als de huisarts het gesprek goed opbouwt en de gesprekstechnieken systematisch inzet, kan dat helpen om de risico's in te schatten en een vruchtbare samenwerkingsrelatie met de patiënt tot stand te brengen. Daardoor wordt de kans groter dat de patiënt de hulp krijgt die hij nodig heeft. Hoe eerder die hulp wordt geboden, des te groter de kans is op een goed resultaat.

DE FEITEN

Suïcide is een belangrijke doodsoorzaak. Sinds 2007 is het aantal geslaagde suïcides aan het stijgen. In 2013 nam het aantal in Nederland met 100 toe tot 1850 per jaar.[4] In vergelijking met het aantal van 700 verkeersdoden is dat een fors aantal. Per jaar zijn er 410.000 volwassenen met suïcidegedachten, 94.000 volwassenen die een suïcidepoging doen en 14.000 patiënten die het ziekenhuis bezoeken als gevolg van een suïcidepoging.[5] Van de patiënten die suïcide pleegden of een poging daartoe deden, was volgens de continue morbiditeitsregistratie 60% bij de huisarts onder behandeling wegens depressie. In de literatuur beschouwt men risico-inschatting en preventie van suïcide als een taak van de huisarts.[6]

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDR) uit 2012 verwijst de term 'suïcidaal gedrag' naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.[7] De term 'gedrag' verwijst daarmee zowel naar handelingen als naar gedachten. Deze richtlijn is door een breed samengestelde werkgroep opgesteld en is bedoeld voor huisartsen, psychologen, psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen. Voor dit artikel is ruim gebruikgemaakt van deze richtlijn. Het is belangrijk dat de

De kern

- Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij suïcidepreventie.
- Huisartsen zouden vaker op eigen initiatief het gesprek over suïcide moeten beginnen.
- Suïcidale patiënten schamen zich vaak en zijn bang niet gehoord te worden.
- Het bespreken van de wanhoop kan beter voorafgaan aan de andere vragen.
- Het gebruiken van de CASE-benadering (Chronological Assessment of Suïcide Events) kan helpen de problematiek uit te diepen.
- Hoe eerder hulp wordt geboden, des te groter de kans op een goed resultaat.

Divisions of Family Practice, Markt 42, 3131 CR Vlaardingen: J. Dopper, huisarts, ggz kaderarts • Correspondentie: dopper@xs4all.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

huisarts alert is op situaties waarin sprake is van een verhoogd risico:

- een psychiatrische stoornis;
- eerdere suïcidepogingen;
- zelfdestructief gedrag in de voorgeschiedenis;
- suïcidale ideatie in de voorgeschiedenis;
- nabestaanden van suïcide;
- een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.[7]

Van de psychiatrische stoornissen spelen schizofrenie en depressie een belangrijke rol bij het risico op suïcide, en depressie nog sterker wanneer deze gepaard gaat met angst. Een van de diagnostische criteria van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) is suïcidaal gedrag. Driekwart van de patiënten met BPS doet een of meer poging(en); 10% van hen overlijdt door suïcide.[8]

DE GESPREKSOMSTANDIGHEDEN

Huisartsen kunnen te maken krijgen met patiënten die zich suïcidaal uiten, maar ook met patiënten bij wie het zinvol kan zijn vragen te stellen over suïcidegedachten. Sinds de intrede van de grootschalige huisartsendienstenstructuur, verder huisartsenpost genoemd, kunnen huisartsen ook daar met regelmaat te maken krijgen met patiënten die zich suïcidaal uiten. Juist op de huisartsenpost is het een kunst om de tijd en de rust te vinden die nodig zijn om het gesprek met de patiënt goed te laten verlopen. De patiënt is voor de huisarts immers vaak een onbekende, er is dikwijls een grote werkdruk en bij de patiënt is nogal eens sprake van persoonlijkheidproblematiek. Het is van belang om ondanks de soms moeilijke omstandigheden op de huisartsenpost juist bij suïcidale uitingen tijd en rust te scheppen om het gesprek effectief te laten verlopen. Tegenzin, haast of de patiënt af willen houden van verdere tijdrovende hulpverlening is vaak contraproductief en laat de patiënt (en de huisarts) achter met een ontevreden gevoel.

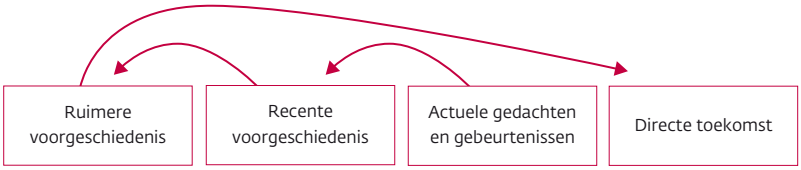
In de eigen praktijk spelen deze omstandigheden in mindere mate. Daar kan zich echter de situatie voordoen dat de suïcideproblematiek geen onderdeel is van de klacht of hulpvraag, maar er wel aanleiding kan zijn om naar suïcidaal gedrag te vragen. De al eerder genoemde drempel om het gesprek

Abstract

Dopper J. Conversation techniques for a suicidal patient. Huisarts Wet 2016;59(2):70-3.

General practitioners have an important role in making it possible to talk about the suicidal behaviour of patients at risk of suicide. These conversations can take place in the general practice or in out-of-hours services, but it is important to be aware that people seen in the practice might not openly express suicidal behaviour. For this reason, GPs should question the patient about possible suicidal thoughts, bearing in mind their current circumstances. GPs should know and recognize the characteristics of, and risk factors for, suicide and be familiar with patient-appropriate conversation techniques. A good, well-structured conversation can help the GP to assess the suicide risk and create an effective doctor–patient relationship. This increases the likelihood that the patient receives the care he or she needs. The earlier care is initiated, the greater the likelihood of a good outcome.

Figuur De CASE-benadering



over suïcidaliteit aan te gaan kan voortkomen uit de angst dat daarmee juist suïcidaal gedrag zou worden uitgelokt. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat dit niet zo werkt.[9] Het niet bespreekbaar maken van suïcidegedachten ontneemt de hulpverlener daarentegen wel de kans om hulp te bieden. Als de huisarts naar suïcidale gedachten vraagt, kan dat heftige emoties oproepen, wat veel kan vergen van de gespreksvaardigheden van de hulpverlener. Voor de patiënt geeft de vraag naar suïcidegedachten vaak een opening die zich in diens dagelijks leven weinig voordoet. Daardoor kan de patiënt het gevoel krijgen dat de huisarts de nare toestand waarin hij of zij verkeert erkent en een zekere opluchting ervaren, omdat dit zware onderwerp bespreekbaar is. Anderzijds is de suïcidale patiënt vaak kritisch over hulppogingen. Hoe dichter de patiënt het besluit nadert om tot daadwerkelijke uitvoering van de suïcide over te gaan, hoe moeilijker het wordt daar nog invloed op uit te oefenen. Deze fase noemt men ook wel het presuïcidale syndroom.[10] Het is daarom belangrijk dat suïcidaal gedrag vroegtijdig wordt herkend.

ATTITUDE EN GESPREKSVOERING

Uit de MDR: 'Patiënten met suïcidaal gedrag schamen zich vaak, en zijn bang voor veroordeling, voor restrictieve maatregelen, om opgegeven te worden en niet gehoord te worden. Zij voelen zich vaak sociaal en emotioneel geïsoleerd. Het bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag vraagt om empathie en een sfeer van vertrouwen; goed contact kan van levensbelang zijn.'[7]

Uit *Suïcidepreventie in de praktijk*: '(...) vaak is er sprake van misverstanden tussen patiënt en hulpverlener (...). Opvallend is dat in wetenschappelijk onderzoek suïcidale patiënten vaak aangeven blij te zijn dat de ze eindelijk eens kunnen spreken met een onpartijdig interviewer, met iemand die wel kan luisteren.' 'Het maken van contact met de patiënt wordt gezien als het belangrijkste eerste middel om de hulpverlening aan de suïcidale patiënt te doen slagen. Dit dient vooraf te gaan aan de stappen om het suïciderisico te exploreren om te voorkomen dat de indruk wordt gewekt dat lijstjes worden afgewerkt die patiënten al eerder gehoord hebben in plaats van het laten zien van persoonlijke interesse. Het is beter de eerste vragen te richten op de wanhoop die de patiënt ervaart: "U moet wel heel wanhopig zijn dat u hierover bent gaan denken, klopt dat?"'[3]

Het gesprek kan ook invloed hebben op wat de patiënt met de hulpverlener wil delen. De patiënt kan bijvoorbeeld bang zijn om de regie kwijt te raken wanneer hij te veel over zijn plannen of gedachten prijsgeeft. Zijn grootste angst is vaak een gedwongen opname. Vragen naar aarzelingen en angsten kan bijdragen aan een veilige sfeer.

Uit de MDR: 'Wanneer bij aanvang van de beoordeling een positieve werkrelatie wordt opgebouwd neemt de validiteit van de verzamelde informatie toe en wordt de inschatting van de mate waarin de patiënt coöperatief is betrouwbaarder. Een positieve werkrelatie is een beschermende factor tegen suïcide.'[11]

Er zijn verschillende valkuilen waarmee huisartsen tijdens het gesprek met een suïcidale patiënt rekening moeten houden:

- de patiënt te weinig ruimte geven;
- quasi-empathie (beter is: bevestiging van de emoties van de patiënt, geloofwaardige empathie);
- niet luisteren, niet ingaan op antwoorden (beter is: bekrachtiging van positief gedrag, zoals kleine openingen naar een oplossing of suggesties daartoe);
- te veel afwijzingen in de vorm van ontkenning, tegenspraak of bagatellisering (beter is: geen strijd aangaan, geen oordeel geven);
- niet samen oplossingen zoeken (beter is: samenvattend stimuleren en samen met de patiënt naar alternatieven zoeken).

HET GESPREK

De MDR-werkgroep beschouwt het vragen naar suïcidegedachten en -gebeurtenissen als een basisvaardigheid van alle BIG-geregistreerde professionals die werkzaam zijn in de zorg. Ze beveelt aan gebruik te maken van een systematische interviewmethode. De CASE-benadering (Chronological Assessment of Suïcide Events) is een geschikte methode om in de klinische setting van de spoedeisende hulp de suïcidale toestand nader uit te diepen en op een efficiënte manier te vragen naar suïcidegedachten en gebeurtenissen [**figuur**]. De methode is nog niet gevalideerd door empirisch bewijs.[12] De keuze van de werkgroep betekent overigens niet dat andere methoden niet of minder geschikt zouden zijn. De hieronder opgenomen vragen bevatten aspecten waarop de huisarts zicht zou moeten krijgen, maar zijn niet bedoeld als een verplicht af te werken vragenlijst. De vragen volgen de indeling van de CASE-methode, maar zijn afkomstig uit de MDR.

De huisarts kan de volgende vragen over de actuele situatie stellen:

- Hebt u gedachten aan zelfmoord? Denkt u dat u dood beter af bent?
- Hebt u plannen om zelfmoord te plegen?
- Hoe zien die plannen eruit? Welke methoden hebt u overwogen?
- Welke voorbereidingen had u getroffen?
- Hoeveel haast hebt u om uw plannen uit te voeren?

Vragen met betrekking tot de recente voorgeschiedenis:

- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak had u deze gedachten? Hoe vaak per dag (tienmaal, honderdmaal? Meer nog?)

- Hebt u terugkerend kwellende gedachten? Wat denkt u op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen voor u om zo te denken?
- Hoeveel tijd bent u per dag bezig met deze gedachten? (4 uur? 8 uur? Meer nog?)
- Hebt u plannen gehad/gemaakt om uzelf iets aan te doen?
- Hebt u geprobeerd om een einde aan uw leven te maken?

Vragen met betrekking tot de ruimere voorgeschiedenis:
- Bent u wel eens eerder zo wanhopig geweest?
- Hebt u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten had? Wat was er toen aan de hand?
- Hebt u wel eens geprobeerd een einde aan uw leven te maken? Wat was er toen aan de hand?
- Wanneer was dat? Wat hebt u toen gedaan?

Vragen met betrekking tot de directe toekomst:
- Hoe is het nu voor u?
- Hoe ziet u de toekomst? Ziet u nog enige toekomst?
- Wat gaat u doen als u straks weer thuis bent? [of:] Wat gaat u doen als ik weg ben?

WEGING VAN HET RISICO

In grote lijnen is het van belang te weten te komen hoe ernstig (geïntendeerd) en concreet de suïcidegedachten zijn, hoe groot de wanhoop is, of de patiënt toekomstverwachtingen koestert, of deze eerdere pogingen heeft gedaan, hoe stabiel de patiënt is en of er sprake is van psychiatrische problematiek.

Een meetinstrument met voldoende voorspellend vermogen is niet voorhanden. De kans dat suïcidale uitingen ook echt gevolgd worden door suïcide laat zich niet onderzoeken, maar er zijn richtlijnen opgesteld die de actuele situatie, het gehele beeld en de toekomstverwachting van de patiënt aanwijzen als de belangrijkste risicofactoren.[13] Na het inventariseren van het suïcidale gedrag kan de huisarts een balans opmaken. Het is aan te raden om de conclusies goed met de patiënt te bespreken, zodat deze hierop kan reageren en begrijpt waarop de volgende stappen zijn gebaseerd, en bovendien in de regie kan delen.

Wanneer de huisarts zich niet gerust voelt is het verstandig om dat met de patiënt te bespreken en daarnaar te handelen, minimaal door een deskundiger hulpverlener om een beoordeling te vragen.

De MDR raadt het gebruik van een non-suïcideafspraak in acute situaties of bij onbekende patiënten sterk af. De bereidheid van de patiënt om een contract te accepteren of te weigeren mag men niet zien als aanwijzing voor verdere risico's. De richtlijn van de New Zealand Guideline Group stelt dat het gebruik van een non-suïcidecontract de veiligheid van de patiënt op geen enkele wijze garandeert en de kans op suïcide evenmin verkleint.[11] ■

Het NHG organiseert voor huisartsen (en POH's-ggz) een StiP-cursus Suïcidepreventie. Deze is mogelijk gemaakt vanuit het project 'Landelijk implementatieplan multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' dat door het Trimbos-instituut wordt uitgevoerd, met subsidie van ZonMw en het ministerie van Veiligheid en Justitie.
Nadere informatie: www.nhg.org/scholing/StiP-cursus-suïcidepreventie.

LITERATUUR

1 Kerkhof AJFM, Arensman E, Aardema A, Verkes R, Hengeveld MW. Korte en lange termijn risicofactoren voor recidiverend suïcidaal gedrag. Rapport uitgebracht aan het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid. Nijmegen: NFGV, 2000.
2 Marquet R, Donker G. Praten over suïcidegedachten. Huisarts Wet 2009;52:267.
3 Kerkhof AJ, Luyn B. Suïcidepreventie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2010.
4 Centraal Bureau voor de Statistiek. Webmagazine van 8 december 2014.
5 De Graaf R, Tuithof M, Van Dorsselaer S, Ten Have M. Rapport nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
6 Oud MJT, Mulder DJW, Schuling J. Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit? Huisarts Wet 2008;51:124-7.
7 Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, De Keijser J, Verwey B, Van Boven C, Hummelen JW, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
8 Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. Hawton K, Van Heeringen K (Eds.). The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.
9 Gould MS, Marocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff, K, Cote, J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:1635-43.
10 Kerkhof A. De psychologie van suïcide en suïcidepogingen. In Heeringen K. Handboek suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom, 2007.
11 New Zealand Guideline Group. The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington: New Zealand Guideline Group, 2003.
12 Shea SC. The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. J Clin Psychiatry 1998;59 Suppl 20:58-72.
13 Heeringen K, Kerkhof AJFM. Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit: behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

Ingrid de Voogd, Toine Lagro-Janssen

KLINISCHE LES

Onverwachte gevolgen van endometriumablatie

INLEIDING

Hevig menstrueel bloedverlies definieert men als cyclisch hevig en hinderlijk bloedverlies van meer dan 120 tot 150 milliliter per menstruatie. De beleving van vrouwen correleert slecht met de werkelijke hoeveelheid bloedverlies.[1] In de huisartsenpraktijk bedraagt de incidentie van hevig menstrueel bloedverlies 8,4 op de 1000 vrouwen in de leeftijd van 24 tot 44 jaar, en verdubbelt de incidentie tot de menopauze.[2] Ongeveer een op de vijf vrouwen kan op enig moment met dit probleem te maken krijgen. Myomen, poliepen of endometriumafwijkingen verklaren in ongeveer 40% van de gevallen het hevige bloedverlies. Bij meer dan de helft van de vrouwen vindt men geen oorzaak en spreekt men van essentieel hevig menstrueel bloedverlies.[1,3,4] Naast medicamenteuze behandeling bestaat de mogelijkheid om een hormoonhoudend spiraaltje (levonorgestrelhoudend intra-uterine device; LNG-IUD) te plaatsen, of kan de huisarts de patiënte verwijzen voor een endometriumablatie [**figuur**]. Van beide laatstgenoemde methoden is inmiddels gebleken dat ze effectiever zijn in het verminderen van de hoeveelheid bloedverlies dan orale therapie.[2] Het MIRA-onderzoek probeert antwoord te krijgen op de vraag welke van deze twee behandelingen het best werkt, gemeten aan de hand van bloedverlies, amenorroe, economische uitkomsten en patiënttevredenheid.[5] De follow-upperiode van de modernste endometriumablatiemethoden in de literatuur is niet langer dan 10 jaar.[6,7]

De ablatie heeft zich het afgelopen decennium ontwikkeld tot een snelle poliklinische ingreep. Meestal gaat het dan om de Novasure®, waarbij men het baarmoederslijmvlies door middel van radiofrequente energie in 90 seconden grotendeels vernietigt. Hieraan voorafgaand vindt een watercontrastecho plaats om intracavitaire afwijkingen uit te sluiten en neemt men een endometriumbiopt.[3,8] Inmiddels wint deze poliklinische behandeling aan populariteit en is 80 tot 90% van de patiënten tevreden met het resultaat van de ingreep.[7,9,10] Vrouwen zullen het spreekuur dus vaker bezoeken met vragen over deze behandeling. Het is daarom van belang dat huisartsen op de hoogte zijn van de (contra-)indicaties, succespercentages en bijwerkingen van de ablatiebehandeling.

Deze klinische les bespreekt drie ziektegeschiedenissen van vrouwen die een ablatie hebben ondergaan. Zij bezochten het spreekuur van hun huisarts geruime tijd na de ingreep met klachten en problemen die eraan gerelateerd bleken te zijn.

Samenvatting

De Voogd I, Lagro-Janssen ALM. Onverwachte gevolgen van endometriumablatie. Huisarts Wet 2016;59(2):74-7.

Endometriumablatie kan uitkomst bieden voor vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies bij wie medicamenteuze behandeling of een hormoonhoudend spiraaltje (LNG-IUD) onvoldoende effect oplevert. De nieuwste soort ablatiebehandeling, Novasure®, vindt plaats in 90% van de ziekenhuizen in Nederland. Bij hevig menstrueel bloedverlies is zowel Novasure® als het LNG-IUD in diverse opzichten succesvoller gebleken dan medicamenteuze behandeling. Het is van belang dat huisartsen vóór verwijzing voorlichting geven over (contra-)indicaties. Ook moeten ze hun patiënten erop wijzen dat buikpijnklachten of aanhoudend bloedverlies na de ingreep bij eenvijfde van de vrouwen een reablatie of een uterusextirpatie noodzakelijk maakt. Na ablatie is postmenopauzaal bloedverlies nog steeds een alarmsignaal voor een endometriumcarcinoom.

Casus A

Melanie is een veertigjarige, alleenstaande docente Frans. Ze kampt al lange tijd met hinderlijk menstrueel bloedverlies. Ze wil geen orale anticonceptie als behandeling, omdat ze meent dat ze hierdoor in eerdere gevallen met hoofdpijn en gewichtstoename te kampen had. Ze heeft korte tijd een LNG-IUD geprobeerd, maar deze gaf na een half jaar geen vermindering van het bloedverlies. Ze heeft bovendien geen anticonceptie 'nodig'. Haar huisarts verwijst Melanie naar de gynaecoloog, die een Novasure®-behandeling uitvoert. Helaas komt het hevig menstrueel bloedverlies na een jaar terug. Ze is hierover teleurgesteld en vraagt haar huisarts om een verwijzing voor een tweede ablatie om definitief van de klachten af te komen. De gynaecoloog vertelt haar dat herhaling van de Novasure® niet mogelijk is in verband met de kans op perforatie van de dunne restlaag van het endometrium. Melanie krijgt opnieuw een LNG-IUD voorgeschreven.

Casus B

Annie is 55 jaar, getrouwd en dagelijks werkzaam als oppas voor haar vier kleinkinderen. Ze heeft in verband met hevig menstrueel bloedverlies twee jaar geleden een endometriumablatie ondergaan. Sindsdien heeft ze geen last meer van bloedverlies, maar wel van hinderlijke recidiverende buikpijnklachten. Ze legt zelf een verband met de ablatiebehandeling en krijgt van haar huisarts opnieuw een verwijzing naar de gynaecoloog. Een vaginale echo tijdens het polikliniekbezoek laat geen afwijkingen zien. Bij een poging tot endometriumaspiratie lukt het de gynaecoloog niet voorbij het ostium te komen. Hij stelt als diagnose het syndroom van Asherman (verklevingen van de binnenwand van de uterus) en

De kern

- Het is van belang dat huisartsen vóór verwijzing voorlichting geven over (contra-)indicaties en het effect van een endometriumablatie. Dit geldt in het geval van zwangerschapswensen en bij anticonceptiegebruik.
- Huisartsen moeten ook op de hoogte zijn van mogelijke complicaties en klachten, zoals buikpijn die soms langere tijd na de ingreep ontstaan.

Huisartsenpraktijk De Voogd, Laan van Vollenhove 20A, 3706 AA Zeist: I. de Voogd, huisarts. Radboudumc, Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar en huisarts • Correspondentie: i.devoogd@ziggo.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

geeft Annie het advies om bij aanhoudende klachten over te gaan tot adhesiolyse of uterusextirpatie. Een operatie bleek echter niet nodig: de buikpijn verminderde na enkele maanden en is uiteindelijk verdwenen.

Casus C

Renée, werkzaam in de thuiszorg, heeft drie jongvolwassen dochters. Ze heeft onlangs op veertigjarige leeftijd een endometriumablatie ondergaan in verband met hevig bloedverlies. Deze behandeling heeft niet tot amenorroe geleid, maar het stemt haar tevreden dat het bloedverlies sterk is afgenomen. Kort na de behandeling heeft Renée een nieuwe partner ontmoet. Het stel wil graag nog een kind samen. Ze is twee maanden geleden met de pil gestopt en denkt zwanger te zijn. Haar huisarts vertelt haar dat zwangerschap na een ablatiebehandeling absoluut gecontra-indiceerd is in verband met een grote kans op vroeggeboorte en extrauteriene zwangerschap. Renée was daarvan niet op de hoogte, noch van de daaruit voortvloeiende noodzaak voor anticonceptie. Ze is erg teleurgesteld. Bij de eerste verwijzing speelde de wens om weer zwanger te worden nog niet. Deze ingrijpende wending lijkt haar te zijn overkomen. Zij is na het gesprek ongesteld geworden en heeft grote moeite om de anticonceptie te hervatten.

BESCHOUWING

Huisartsen kunnen na een endometriumablatie met verschillende klachten worden geconfronteerd. In casus A was er sprake van aanhoudend bloedverlies, waarover de patiënte haar huisarts om advies vroeg. Twee jaar na de ingreep blijkt amenorroe net iets vaker voor te komen (OR 0,64; 95%-BI 0,41 tot 0,99) bij de nieuwste ablatiebehandelingen, zoals Novasure®, dan bij de oudere, hysteroscopische ablatiemethoden, en is er vooral sprake van minder operatieve complicaties.[3,6]

Omdat het endometrium zelden totaal wordt weggenomen blijft de mogelijkheid op bloeden bestaan, zeker bij jongere vrouwen. Er treedt daarnaast nieuwe 'endometriumaangroei' op.[11,12] Niet amenorroe, maar vermindering van de hoeveelheid bloedverlies is daarom het behandeldoel van de ingreep. Vijf jaar na de behandeling ervaart 80% van de vrouwen minder bloedverlies. Ongeveer 40% van deze vrouwen heeft helemaal geen bloedverlies meer.[6] Jonge leeftijd, variërend van 40 tot 45 jaar verkleint de succeskans op amenorroe en/of vermindering van het bloeden.[11] Daarvan kan sprake zijn bij Melanie, die de ablatie op haar veertigste heeft ondergaan. Het percentage vrouwen dat een reablatie of postablatiehysterectomie moet ondergaan vanwege aanhoudend bloedverlies varieert van 6 tot 11% binnen 5 jaar, 20% na 2 jaar,[6] 13,4% na 5 jaar,[12] en 19 tot 25% na 8 tot 10 jaar.[11,15] Deze getallen gelden veelal voor alle ablatietechnieken samen en zullen wellicht gunstiger uitvallen bij gebruik van de nieuwste technieken. Er blijken meer voorspellende factoren te bestaan voor het falen van de ablatiebehandeling [**tabel**].[9,12,15] Volgens de fabrikant is een tweede ablatie door middel van een Novasure®-behandeling absoluut gecontra-indiceerd vanwege de kans op een uterusperforatie.[8] Mogelijk biedt een reablatie door middel van hysteroscopische endometriumresectie als minimaal invasieve chirurgie in de toekomst een goed alternatief voor uterusextirpatie. Onderzoek hiernaar moet nog plaatsvinden.[15]

Behalve aanhoudend bloedverlies kan de ingreep buikpijn tot gevolg hebben, zoals in het geval van Annie (casus B). Door de ablatie ontstaan littekens en verklevingen in de baarmoeder. Samen met het achtergebleven endometrium kan dit leiden tot een ophoping van bloed in het cavum uteri of de corni. Hematometrum kan men vaststellen door middel van MRI-onderzoeken tijdens pijnaanvallen en zou de oorzaak van cyclische postablatiepijn zijn. Echografisch is dit veel lastiger te beoordelen. Er zijn patiëntgebonden factoren die elk geassocieerd zijn met een vergrote kans op het ontwikkelen van deze postoperatieve pijnklachten. Een daarvan is een sterilisatie in de voorgeschiedenis. Door retrograde menstruatie naar een of twee afgesloten eileiders kan pijn ontstaan, meestal pas twee tot drie jaar na de ablatie. De incidentie van dit *post ablational tubal sterilisation syndrome* (PATSS) is 6 tot 8%.[10-12] Als risicofactoren voor pijn gelden ook roken, dysmenorroe en een leeftijd jonger dan veertig jaar. Een vrouw met alle vier genoemde risicofactoren heeft 53% kans op het ontwikkelen van pijnklachten en daarmee 28% kans op een uterusextirpatie wegens pijn na de ablatie.[12] Cyclisch optredende pijn, die minimaal zes weken tot zelfs vijf jaar na de operatie is ontstaan, zou volgens diverse onderzoeken voorkomen in percentages variërend van 5 tot 28%.[12,13] Annie had overigens geen van de genoemde risicofactoren.

Zwangerschap en daarmee uiteraard ook een zwangerschapswens zijn absolute contra-indicaties voor behandeling met Novasure® in verband met een verhoogde kans op extrauteriene graviditeit en vroeggeboorte.[11] Incidenteel zijn zwangerschappen door onvoldoende anticonceptie beschreven.[11,15] De huisarts en gynaecoloog hadden dit Renée helaas niet voldoende uitgelegd. Ablatie is geen vorm van anticonceptie, ook niet bij langdurige of blijvende amenorroe. De literatuur noemt hysteroscopische sterilisatie direct na een ablatie als mogelijkheid.[10,16]

ENDOMETRIUMCARCINOOM

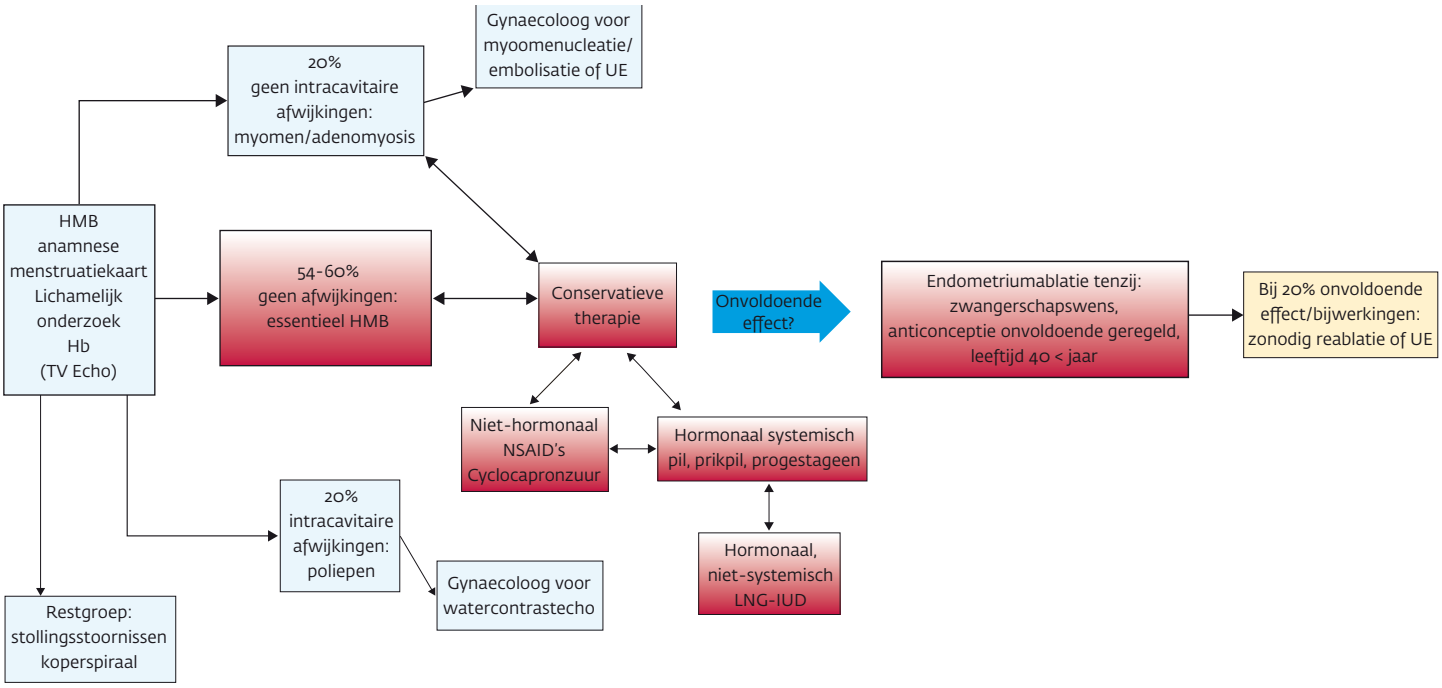
Wanneer bij het preoperatieve onderzoek sprake blijkt van endometriumhyperplasie is dat een contra-indicatie voor Novasure®-behandeling.[7] Ablatie, ongeacht de toegepaste methode, geeft geen verhoogde kans op het optreden van een endometriumcarcinoom.[5] Ook na ablatie moet men bij het

Abstract

De Voogd I, Lagro-Janssen ALM. Unexpected consequences of endometrial ablation. Huisarts Wet 2016;59(2):74-7.

Endometrial ablation is performed when excessive menstrual bleeding is not relieved by drug therapy or a levonorgestrel intrauterine device (LNG-IUD). The newest procedure for endometrial ablation, NovaSure®, is now performed in 90% of Dutch hospitals. Both Novasure® and LNG-IUD have proven more successful than drug therapy in the treatment of excessive menstrual bleeding. It is important that general practitioners tell patients about indications and contraindications before referring them to a gynaecologist. Patients also should be told that abdominal discomfort or persistent blood loss after the intervention can necessitate re-ablation or hysterectomy in about 20% of women. Blood loss after ablation in postmenopausal women remains an alarm signal for endometrial carcinoma.

Figuur Flowchart hevig menstrueel bloedverlies bij premenopauzale vrouwen (op basis van de flowchart van de NVOG)[1,3,4,10]



HMB = hevig menstrueel bloedverlies; TV Echo = transvaginale echo; UE = uterus extirpatie; LNG-IUD = hormoonhoudend spiraaltje.

alarmsymptoom postmenopauzaal bloedverlies een endometriumcarcinoom uitsluiten.[6,7,9] Na Novasure®-behandeling blijkt het bij 14 tot 23% van de vrouwen niet mogelijk om goede endometriumbiopten af te nemen.[15] Bij de meeste vrouwen bij wie men naar aanleiding van postmenopauzaal bloedverlies en pijn na een ablatie een endometriumcarcinoom heeft gevonden, bleek er sprake te zijn van een stadium I.[7] Langetermijnonderzoek ontbreekt echter. Het toepassen van Novasure® is niet onderzocht bij vrouwen met een verhoogd risico op endometriumcarcinoom, zoals bij nullipara, vrouwen met overgewicht of vrouwen bij wie sprake is van chronische anovulatie, of bij tamoxifen-gebruik.[11]

CONCLUSIE

Endometriumablatie is een veelal poliklinische ingreep, die in verreweg de meeste gevallen tot een grote patiënttevredenheid leidt wanneer conservatieve behandeling onvoldoende heeft geholpen. Ablatie is echter niet altijd een definitieve oplossing voor vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies. Ongeveer eenvijfde van de vrouwen ondergaat na deze behandeling een vervolgbehandeling vanwege bloedverlies, pijn of beide: een reablatie of uterusextirpatie.[6,15,16] Het is daarom van belang dat huisartsen op de hoogte zijn van mogelijke complicaties, zodat ze patiënten zo goed mogelijk kunnen voorlichten over (contra-)indicaties en bijwerkingen op de langere termijn, om zo teleurstelling te voorkomen. Afspraken over leeftijdsgrenzen, zwangerschapswensen en anticonceptie zijn noodzakelijk. Dit geldt des te meer, omdat de dagelijkse

Tabel Klachten, risicofactoren en contra-indicaties met betrekking tot endometriumablatie[11,12,15]

Problemen/klachten na endometriumablatie	Risicokenmerken voor het falen van endometriumablatie	Contra-indicaties voor endometriumablatie/Novasure®
Aanhoudend bloedverlies	Roken	Metrorragie, postmenopauzaal bloedverlies
Pijnklachten: hematometrum/PATSS	Jonge leeftijd 40-45 jaar	Leeftijd < 40 jaar
Bloedverlies én pijn	Pariteit > 5	Zwangerschapswens
Zwangerschapswens	Endometriose interna	Slechte therapietrouw rond anticonceptie
Zwangerschap	Sterilisatie in de voorgeschiedenis	Eerdere Novasure®-behandeling
Bemoeilijkte diagnostiek bij vermoeden van endometriumcarcinoom	Dysmenorroe	Intracavitaire afwijkingen
Infectie, koorts, bloedingen, perforatie als peri-/postoperatieve complicaties	Chronische buikpijn	Uteruslengte > 10 cm

praktijk lijkt voor te lopen op definitieve en langetermijnresultaten van onderzoek. ■

LITERATUUR

1 Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57:406-14.
2 Van den Brink M. Verstand van zaken. Hevig menstrueel bloedverlies. Huisarts Wet 2013;10:526.
3 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies (HMB) 2013. http://nvog-documenten.nl.
4 Van den Bosch T, Ameye L, Van Schoubroeck D, Bourne T, Timmerman D. Intra-cavitary uterine pathology in women abnormal uterine bleeding: a prospective study of 1200 women. Facts Views Vis Obgyn 2015;7:17-24.
5 Herman MC, Van den Brink M, Geomini PM, Van Meurs HS, Huirne JA, Eising HP, et al. Levonorgestrel releasing intra uterine system versus endometrial ablation in women with heavy menstrual bleeding: a multicentre randomised controlled trial. BMC Womens Health 2013;13:32-8.
6 Daniels JP. The long-term outcomes of endometrial ablation in the treatment of heavy menstrual bleeding. Curr Opin Obstet Gynecol 2013;25:320-6.
7 Gimpelson RJ. Ten-year literature of global endometrial ablation with the Novasure® device. Int J Womens Health 2014;6:269-80.
8 www.hologic.com/novasure-endometrium-ablation.
9 Ferguson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2013;11:CD000329.
10 Laberge P, Leylard N, Murji A, Fortin C, Martyn P, Vilos G. Endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding. J Obstet Gynaecol Can 2015;37:362-76.
11 Sharp HT. Endometrial ablation: postoperative complications. Am J Obstet Gynecol 2012;207:242-6.
12 Thomassee MS, Curlin H, Yunker A, Anderson TL. Predicting pelvic pain after endometrial ablation: which preoperative patient characteristics are associated? J Minim Invasive Gynecol 2013;20:643-7.
13 Daniels JP, Middleton LJ, Champaneria R, Khan KS, Cooper K, Mol BWJ, et al. Second generation endometrial ablation techniques for heavy menstrual bleeding: network meta-analysis. BMJ 2012;344:e2564.
14 Kroft J, Liu G. First- versus second-generation endometrial ablation devices for treatment of menorrhagia: a systematic review, meta-analysis and appraisal of economic evaluations. J Obstet Gynaecol Can 2013;35:1010-19.
15 Wortman M, Cholker IA, McCausland AM, McCausland VM. Late-onset endometrial ablation failure – etiology, treatment, and prevention. J Minim Invasive Gynecol 2015;22:323-31.
16 Mircea CN, Goojha C, Thiel JA. Concomitant Novasure endometrial ablation and Essure tubal sterilisation: a review of 100 cases. J Obstet Gynaecol Can 2011;33:361-6.

zeer matig ●
matig ● ●
redelijk ● ● ●
goed ● ● ● ●
uitstekend ● ● ● ● ●

BOEKBESPREKING

ACHTERGRONDEN DIABETES TYPE 2

Verhoeven S, Van Hateren KJJ, Bilo HJG, Verhoeven RP, Houweling ST, Kleefstra N. Diabetes mellitus type 2. De achtergronden. Apeldoorn: Langerhans School of Diabetes, 2015. Prijs € 54,95. ISBN 9789078380207.

Doelgroep Professionals in de diabeteszorg, zoals praktijkondersteuners en huisartsen.

Inhoud Het is een zeer fraai - in hard cover - uitgegeven boek met aansprekende kleurenfoto's en zeer duidelijke en informatieve illustraties in de vorm van tabellen, grafieken en flowcharts. Het boek bestaat uit elf hoofdstukken die weer zijn opgedeeld in overzichtelijke paragrafen. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal literatuurverwijzingen. De duidelijke structuur van het boek maakt het tot een zeer handzaam naslagwerk. Het taalgebruik is eenvoudig, waardoor het zeer toegankelijk is. Niet alleen voor artsen, maar ook voor andere professionals in de diabeteszorg.

Praktijkondersteuners en huisartsen werken met regionale protocollen vanuit de zorggroep en maken daarnaast vaak gebruik van het boek *Protocollaire diabeteszorg* en de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Dit boek biedt - zeer uitgebreid en compleet - aanvullende informatie op deze protocollen; achtergrondinformatie die noodzakelijk is om adequate en persoonlijke diabeteszorg op maat te leveren aan de individuele patiënt met diabetes type 2.

Het eerste hoofdstuk bespreekt onder andere de (patho)-fysiologie, epidemiologie en erfelijkheid van diabetes. Aansluitend komen diagnostiek, screening en het niet-medicamenteuze beleid aan de orde. Bij de medicamenteuze therapie wordt onderscheid gemaakt tussen de behandeling van hyperglykemie, dyslipidemie en hypertensie. Deze bespreking maakt het mogelijk om goed onderbouwd een behandelkeuze te kunnen maken; keuzes die steeds naadloos aansluiten bij de NHG-Standaarden Diabetes mellitus type 2 en Cardiovasculair risicomanagement. Vervolgens bespreken de auteurs niet alleen de ontstaanswijze van acute en chronische complicaties, maar reiken zij ook handvatten aan om adequaat te handelen als deze complicaties zich voordoen. Daarnaast komen bijzondere omstandigheden als sporten, reizen, beroep en intercurrente ziektes aan bod. Een afsluitend hoofdstuk over het leven met diabetes maakt de achtergronden compleet.

Oordeel Dit boek geeft een zeer compleet overzicht van de achtergronden van diabetes en biedt duidelijke handvatten voor de dagelijkse diabeteszorg. Het boek is zeer gebruiksvriendelijk en toegankelijk voor alle zorgprofessionals. Dit boek zou in iedere huisartsenpraktijk aanwezig moeten zijn. ■

Bertien Hart

Waardering: ● ● ● ●

Emancipatie van de huisdokter

Dit is deel 1 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Creboldder, dr. J.A.M van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijkers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.
De financiële middelen werden ter beschikking gesteld door de SBOH.

Een beschermde titel en een eigen opleiding, hoogleraren Huisartsgeneeskunde aan elke universiteit en wetenschappelijk onderzoek dat internationale topbladen haalt, meer dan honderd NHG-Standaarden die richting geven aan de diagnostiek en behandeling van huisartsgeneeskundige problemen, een eigen systeem van medische verslaglegging in SOEP-journaals, verplichte inschrijving op naam en toegang tot de tweede lijn na verwijzing door de huisarts. De omstandigheden waaronder de huisartsen in Nederland op dit moment werken, lijken vanzelfsprekend, tot je kennismaakt met de huisartsgeneeskunde in omliggende landen. De Nederlandse huisarts Botman, die naar Zweden emigreerde, vertelt in *Medisch Contact* over de positie van huisartsen daar:

> *'De Nederlandse huisarts heeft met zijn NHG-Standaarden echt een stevige positie in de zorg, met respect van collega's uit het ziekenhuis. De Nederlandse huisarts heeft een sterk besef van eigen identiteit, dat in Zweden nog in ontwikkeling is.'* [1]

Het is boeiend hoe deze verworvenheden, die nu zo vanzelfsprekend lijken, elk op hun eigen manier zijn ontstaan, werden bevochten of de beroepsgroep eenvoudigweg in de schoot zijn geworpen. In een reeks van tien artikelen blikt de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde terug op de ontwikkeling van de basisingrediënten van het Nederlandse huisartsenvak. Dat is zinvol, al was het maar om te laten zien dat discussies en twijfels over de taak en de aanpak van de huisarts hun wortels hebben in oude debatten en worstelingen. De basisprincipes van een continue, integrale en persoonlijke huisartsgeneeskunde werden al vroeg geformuleerd, maar zijn in de loop der jaren steeds opnieuw besproken en steeds werden er nieuwe betekenissen aan toegekend. Door kennis te nemen van die discussie kunnen nieuwe generaties huisartsen hun eigen plaats bepalen, wetende in wiens voetsporen ze treden – en natuurlijk ook van welke visie ze afscheid nemen.

In dit eerste artikel geven we een overzicht. Later volgen er verhalen over de relatie tussen de veranderingen in ziektebeelden en zorgvragen van patiënten, over de taak van de huisarts en de relatie tussen huisarts en patiënt, over de ontwikkelingen in de huisartsopleiding en het ontstaan van de huisartsgeneeskunde als eigen wetenschapsgebied, over samenwerking binnen de eerste en met de tweede lijn, over praktijkvoering, nascholing, en toetsing en preventie.

Daarbij helpt het overigens niet dat de geschiedschrijving van het huisartsenvak nog karig is. Belangrijke overzichtsartikelen zijn geschreven door hoofdrolspelers in de ontwikkeling van het vak, met een blik die was bepaald door hun eigen rol of visie.[2-4] Anderen schreven vooral over de achtergrond van één universitair instituut.[5] Over de maatschappelijke en financieel-economische context waarin deze ontwikkeling zich voltrok en over de rol die de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) daarin speelde, is nog weinig gepubliceerd. Het zou mooi zijn als deze artikelenreeks de aanzet zou geven tot breed en uitvoerig historisch onderzoek.

VOORGESCHIEDENIS

Een beschrijving van de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde kan haast niet anders dan beginnen bij de jaren waarin de huisartsgeneeskunde zich begon te organiseren als zelfstandige medische discipline – de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in 1956 – en haar uitgangspunten formuleerde tijdens de Woudschotenconferentie in 1959. Dit kantelpunt volgde niet op een periode van bloei, maar juist op een langdurige crisis binnen het huisartsenvak. Die crisis had verschillende oorzaken, waaronder de opkomst van de medisch specialismen, economische tegenspoed en een tekortschietende opleiding.

De opkomst van de medisch specialist

In de voorafgaande decennia waren de huisartsen achteropgeraakt bij de specialisten. Tot ver in de negentiende eeuw had Nederland medicinae, chirurgiae en artis obstetriciae doctores gekend, opgeleid aan de universiteiten van Utrecht, Leiden of Groningen, naast stads-, plattelands- en scheepsheelmeesters die een praktische opleiding hadden genoten aan één van de klinische scholen in Amsterdam, Rotterdam, Haarlem of Middelburg.[6] Halverwege de negentiende eeuw verenigden vooraanstaande artsen zich in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG, destijds nog niet Koninklijk), waarbij zich in latere decennia het merendeel van de artsen zou aansluiten. In 1865 bracht Thorbecke met een aantal wetten eenheid in de geneeskundeopleidingen en maakte deze wirwar plaats voor één beroep, dat van arts. Die arts was – in ieder geval vanaf de Wet op het hoger onderwijs van 1876 – universitair geschoold.[7] Deze eenheid van beroep werd echter al snel ingehaald door de technologische vooruitgang in de medische wetenschap. Die leidde aan het eind van de negentiende eeuw tot de opkomst van het ziekenhuiswezen en de ontwikkeling van de oude artsenberoepen tot specialismen, zoals interne geneeskunde, chirurgie, neurologie, psychiatrie, bacteriologie en radiologie.[6]

NHG-Werkgroep Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: E.C.M. van Osselen; R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf; dr. E.A.B. van Zalinge • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Aanvankelijk vormden de specialisten een kleine minderheid. In 1885 waren er in heel Nederland 37 en was het gros van de overige 2000 artsen 'algemeen practicus'. De algemeen practici werkten vanuit huis en legden vooral veel visites af – dagelijks 20 tot 50.[8,9] Pas tegen het eind van de negentiende eeuw hadden de meesten van hen een eigen wacht- en spreekkamer, waar vooral armere patiënten kwamen. De gegoede burgers verwachtten nog tot ver in de twintigste eeuw dat de dokter aan huis kwam.[6]

Wat betreft de ontwikkeling van specialistische medische kennis aan de universiteit konden – of wilden – deze algemeen practici hun academische collega's steeds minder bijhouden. Men heeft wel geopperd dat de artsen van de algemene praktijk van meet af aan bezwaren hadden tegen bepaalde aspecten van de technologische (ziekenhuis)geneeskunde, en dat deze 'haat-liefdeverhouding' de identiteit van de moderne huisartsgeneeskunde mede gevormd heeft.[6] In de eerste decennia van de twintigste eeuw groeide het aantal specialisten snel en ontstonden er 'grensconflicten', die zelfs tot twijfels leidden over het voortbestaan van de huisarts. In 1926 opende voorzitter L.C. Kersbergen het jaarcongres van de NMG met een rede over het bestaansrecht en de betekenis van de huisarts. Aan de ene kant hekelde hij specialisten die zich 'blindstaarden op het orgaan', of die juist als gezinsarts ook klachten behandelden buiten hun terrein. Maar daarnaast verweet hij huisartsen dat zij zich op het terrein van specialisten begaven en daarmee het vertrouwen van patiënten in het 'instituut der huisartsen' ondermijnden. Huisartsen voelden het als een devaluatie van hun beroep dat ze steeds meer verrichtingen aan de specialisten moesten overlaten, terwijl patiënten steeds vaker kwamen met in hun ogen onbeduidende klachten.[10,11]

Meer patiënten

Tot de Tweede Wereldoorlog leek er een machtsevenwicht te zijn tussen specialisten en huisartsen. Die laatsten voelden zich gesteund door patiënten die het ziekenhuis wantrouwden en beducht waren voor de kosten. Tijdens de oorlog verschoof dat evenwicht echter relatief snel. Met het Ziekenfondsenbesluit van 1941 voerde de Duitse bezetter de verplichte ziekenfondsverzekering in, waardoor de gezondheidszorg in één klap veel toegankelijker werd. Op het eerste gezicht was dit een steun in de rug voor de huisartsen. Voor alle ziekenfondsverzekerden gold een abonnementstarief, patiënten werden verplicht op naam ingeschreven en de specialistische geneeskunde werd alleen toegankelijk met toestemming van de huisarts, poortwachter avant la lettre.[12]

Het Ziekenfondsenbesluit – en de beleidskeuzen die eruit voortvloeiden – leidden tot een toestroom van patiënten, maar ook tot grote grieven bij de huisartsen en tot een conflict dat ruim twintig jaar aanhield. Ten eerste waren de artsen die vóór de oorlog vaak lid waren geweest van ziekenfondsbesturen, door het besluit buitenspel gezet. Ten tweede breidden de Duitsers, en later het kabinet Drees, het aantal verzekerden in enkele stappen uit zonder de huisartsen te raadplegen. Daarbij lagen de ziekenfondstarieven nog op het peil van 1939 en waren ze sterk achtergebleven bij de inflatie en de gestegen praktijkkosten.

Eerste pagina van het Ziekenfondsenbesluit, verschenen in het *Verordeningenblad voor het bezette Nederlandsche gebied* (*Staatsblad* nr. 804, 1 augustus 1941).

VERORDNUNG

BESLUIT

Geen geld, geen waardering

In de jaren na de oorlog kregen 'hevige emoties huisartsen in hun greep' toen de loongrens werd verhoogd,[13] waardoor het aantal ziekenfondsverzekerden steeg. De LHV werd in 1946 opgericht om de uitgangspunten van die wet- en regelgeving te vertalen in een deugdelijke financiële basis. Het kostte de vereniging negen taaie jaren van onderhandelen voordat er in 1955 een *gentlemen's agreement* lag waarin de tarieven flink verhoogd werden. Het conflict was daarmee nog niet beslecht: pas in 1966 kwam er, na een huisartsenstaking, een goede regeling met een aparte vergoeding voor de praktijkvoering, een forse tariefsverhoging en een pensioenvoorziening. De staking draaide om het principe van 'inschrijven op naam': als dat de regel was, moest ook de praktijkvoering worden betaald en niet alleen de uitgevoerde verrichtingen.

Zover was het in de jaren vijftig nog niet. De hoge werkdruk en de magere betaling droegen bij aan de crisis van het vak. Onder artsen én onder pa-

Just Buma hield in 1947 een jaar lang een morbiditeitsregistratie bij in zijn praktijk in Ridderkerk. Zijn in 1950 verschenen proefschrift was zeer invloedrijk. Hij pleitte ervoor dat huisartsen zich zouden verdiepen in de psychische en maatschappelijke oorzaken van klachten, naast de somatische.

tiënten groeide het beeld dat huisartsen weinig te bieden hadden. De Amsterdamse hoogleraar Heringa vatte de situatie als volgt samen:

> *'In een crisis van twijfelzucht (dreigt) een groot deel der artsen de bezieling in hun werk te verliezen; erger nog: ligt reeds merkbaar op de studenten, de aanstaande artsen, de druk van een geringschattend oordeel over de betekenis en de taak van de huisarts.'* [14]

Overigens stond de Nederlandse huisarts daarin niet alleen. Ook in Engeland lag de huisarts onder vuur; ook daar heerste het negentiende-eeuwse beeld van *family doctoring*, van de huisarts die met gesteven boord aan de rand van het bed zit te wachten tot de pneumonie vanzelf resorbeert.[15]

Tekortschietende opleiding

Een andere oorzaak voor de crisis was het tekortschieten van de medische opleiding, die geheel door specialisten werd verzorgd. Beginnende huisartsen waren niet voorbereid op de klachten en vragen waarmee ze in hun huisartsenpraktijk geconfronteerd werden, 'hetgeen een crisis tot gevolg had wanneer men in de huisartsenpraktijk belandde', zoals Frans Huygen, huisarts in Lent, schreef.[16]

DE HUISARTS EN ZIJN PATIËNT

In Nederland waren het uiteindelijk de huisartsen zelf die de problemen analyseerden en die ook doordachten wat ze te bieden hadden dat de specialisten niet konden leveren. Inspiratie voor dat laatste leverde het proefschrift van Just Buma, *De huisarts en zijn patiënt*, verschenen in 1950.[17] Buma vergeleek de specialistische geneeskunde met een horlogefabriek waar gespecialiseerde werknemers steeds perfectere onderdelen afleveren, maar geen werkend uurwerk:

> *'Echter, de koper van een uurwerk komt bedrogen uit. Wanneer hij met het gekochte de tijd wil meten blijkt hem, dat de onderdelen niet zo in elkaar passen, dat zij tezamen daartoe in staat stellen.'*

Artsen moeten, in Buma's visie, oog hebben voor heel de mens:

> *'Welke ook de aard van het probleem moge zijn (...) steeds is het de mens die het als totaliteit ondergaat, die ook als totaliteit lijdt en hulp zoekt.'*

Buma betoogde dat de huisarts de patiënt van mens tot mens moet benaderen, al was het maar omdat bij bijna eenderde van de klachten geen somatische oorzaak wordt gevonden. Alleen was geen arts daarvoor opgeleid. Sterker nog: psychische en sociale aspecten van ziekte werden nauwelijks bestudeerd.

Buste van Hein Hogerzeil, een van de oprichters van het NHG en de eerste voorzitter, van 1956 tot 1960. Deze buste en die van Frans Huygen, de tweede NHG-voorzitter, staan op het NHG-bureau.

Buma inspireerde veel huisartsen, onder wie de oprichters van het NHG, met het onderzoek dat hij uitgevoerd had onder zijn patiënten in Ridderkerk. In 1955 besloot een aantal gelijkgestemde huisartsen tot actie over te gaan en in oktober 1956 kondigde Frans Huygen tijdens een KNMG-congres de oprichting van een wetenschappelijke vereniging voor huisartsen aan.[10] Zo kon het niet langer: huisartsen moesten hun eigen taak en ook hun eigen wetenschapsgebied afbakenen. Eind december was het Nederlands Huisartsen Genootschap een feit.[16,18]

PROGRAMMA EN SPEERPUNTEN

De oprichters verschilden van mening over de taak van het NHG, en vonden dat er eerst een antwoord moest komen op de vraag wat huisartsgeneeskunde is. Daartoe belegde het genootschap in 1959 een bijeenkomst in conferentiecentrum Woudschoten te Zeist, voor een select gezelschap. Tot de 42 deelnemers behoorden de oprichters, leden van NHG-werkgroepen en wijze mannen van buiten. Na twee dagen werd men het eens over de volgende definitie van huisartsgeneeskunde, die ook wel de 'geloofsbelijdenis van Woudschoten' is gaan heten:

> *'Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.'* [15,19]

Onder gezondheid verstond de Woudschotenconferentie niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek, maar het bredere, idealistische begrip dat in 1948 door de WHO was geformuleerd:

> *'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn.'* [15,20]

In de eerste decennia van zijn bestaan richtte het NHG zich op vier speerpunten: de arts-patiëntrelatie, de praktijkvoering, onderzoek en opleiding.

Arts-patiëntrelatie

Het eerste speerpunt betrof manieren om 'heel de mens' te behandelen, dat wil zeggen: hoe om te gaan met de psychische en sociale factoren. Hiermee hielden vooral de Commissie Nascholing en de Subcommissie Medische Psychologie zich bezig. Hun zoektocht leidde onder andere langs de psychosomatiek van de Amsterdamse hoogleraar-internist Groen, die betoogde dat de oorzaak van ziekten, zoals astma en colitis ulcerosa, maar ook kanker en hartinfarct, in de psyche gezocht moest worden.[21] Ook vestigden zij, in het spoor van de Hongaars-Britse psychiater M. Balint,

de aandacht op de rol van de dokter zelf. Balint won de harten van een halve generatie huisartsen met de uitspraak:

> *'By far the most frequently used drug in general practice is the doctor himself.'*

Binnen het NHG werden Balint-groepen opgericht – in de taal van nu: intervisiegroepen – waarin moeilijkheden en mogelijkheden in de relatie tussen arts en patiënt werden besproken.[5,22] Later verschoof de aandacht naar de gespreksvoering en – mede onder invloed van publicaties van Querido (*Inleiding tot een integrale geneeskunde*, dat ook grote invloed had op de Woudschotenconferentie),[23,24] Van Lidth de Jeude (*De huisarts in de maalstroom der emoties*)[25] en Huygen (*Family medicine*)[26] – naar sociale en gezinsomstandigheden. Al deze ontwikkelingen werden vanzelfsprekend niet kritiekloos aanvaard. Het verwijt klonk dat het NHG een psychosomatisch clubje was.[10]

Praktijkvoering

Het tweede speerpunt was de praktijkvoering – ook hiervoor werd een commissie opgericht. Een van de eerste wapenfeiten was de groene kaart van het NHG, een hulpmiddel om het medisch dossier te structureren en de voorloper van het elektronisch medisch dossier. Latere inspanningen richtten zich op een efficiënte organisatie, het samenwerken in groepspraktijken, de organisatie van het huisartsenlaboratorium, de inhoud van de visitetas, het ijken van instrumenten en het inschakelen van doktersassistentes, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen.[27]

22 april 1965: NHG-voorzitter Frans Huygen begeleidt prinses Beatrix. Zij zal die dag de officiële opening verrichten van de nieuwe, gezamenlijke huisvesting van het NHG en het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht.

Onderzoek

Als derde speerpunt richtte het NHG zich op onderzoek. Wetenschappelijk onderzoek werd geëntameerd en gepubliceerd door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en door de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap*. Aanvankelijk ging het voornamelijk om huisartsen die in hun eigen praktijk morbiditeitsonderzoek deden en in kaart brachten met welke problemen en klachten de huisarts te maken kreeg – zoals ook Buma gedaan had.[10] Aan het einde van de jaren zeventig ontstond een stevige polemiek over de kwaliteit van dit onderzoek, met name vanuit de sociaal-wetenschappelijke hoek.[5] Die discussie ging ook om de vraag of het eigene van de huisartsgeneeskunde zich überhaupt wel liet vertalen naar wetenschappelijk onderzoek. Mede dankzij de bloei van de klinische epidemiologie kwam het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek in de jaren tachtig uiteindelijk toch tot wasdom. Dit onderzoek werd welbewust gekoppeld aan de dagelijkse praktijk: in 1989 verscheen de NHG-Standaard Diabetes mellitus type II, de eerste in een lange rij.

Opleiding

De eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde – al mocht dat de eerste jaren niet zo heten – trad aan in 1966 in Utrecht, waar Jan van Es aan de Rijksuniversiteit werd benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de Geneeskunde van de Huisarts.[18] In de jaren die volgden, benoemden ook de andere Nederlandse universiteiten hoogleraren Huisartsgeneeskunde en werd veel tijd en energie besteed aan het bevechten van een plaats voor het huisartsgeneeskundig onderwijs in het curriculum en het opzetten van coschappen in huisartsenpraktijken.[5] De eerste huisartsopleiding was, opnieuw, in Utrecht, waar de

Huisarts en Wetenschap **werd opgericht op 1 september 1957, als wetenschappelijk vakblad voor de Nederlandse huisarts. Een eigen tijdschrift zagen de oprichters van het NHG als een belangrijk middel voor *Het bevorderen van de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunde door huisartsen*, de hoofddoelstelling van het genootschap.**

universiteit in 1971 het zevende jaar van de artsopleiding als beroepsopleiding invulde. Aanvankelijk duurde deze opleiding één jaar, later werd dat drie jaar. Vanaf 1973 was een beroepsopleiding verplicht om zich als huisarts te kunnen inschrijven bij de Huisarts Registratie Commissie (HRC).[5]

TOT SLOT

Nu, in de eenentwintigste eeuw, discussiëren huisartsen nog steeds over hun positie ten opzichte van de specialistische tweedelijnsgeneeskunde, over de arts-patiëntrelatie, over hoe en in hoeverre psychische en sociale factoren aandacht moeten krijgen, over de rol van wetenschappelijk onderzoek en over de inhoud van de opleiding. In de komende afleveringen zullen we inzoomen op deze en andere aspecten van het verhaal van de huisartsgeneeskunde.

Esther van Osselen, Ron Helsloot, Ger van der Werf, Emma van Zalinge

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.

Marja Slettenhaar, Arie Knuistingh Neven

CASUÏSTIEK

Gebitsprothesen bij dementerenden

Casus

Een demente patiënte van 95 jaar, die nog alleen thuis woont, is haar ondergebit kwijt. Zij vertelt dat het stukgevallen is en dat ze het weggegooid heeft. De tandarts is bereid een volledig gebit aan te meten, hoewel haar onderkaak weinig houvast biedt. Er is geen garantie dat de patiënte aan een nieuwe gebitsprothese zal wennen. In overleg met de mantelzorger wordt besloten geen nieuwe prothese te maken.

Het eten lijkt aanvankelijk redelijk te gaan, maar na enkele weken blijkt dat zij afvalt en minder goed eet. Haar conditie gaat achteruit. Na een opname in het ziekenhuis in verband met een longontsteking kan zij niet meer naar huis. Ze wordt opgenomen op de PG-afdeling van een verpleeghuis. Het eten van vast voedsel gaat steeds moeilijker. Zij krijgt aangepaste voeding met aanvullende drinkvoeding. Zij heeft nu regelmatig ook het bovengebit niet in. Niet duidelijk is of dit komt doordat de verzorging het vergeet of omdat zij weigert het in te doen. Als de mantelzorger het bovengebit in doet, protesteert zij nooit. Zelf lukt het haar echter niet om het bovengebit in te doen.

OVERWEGINGEN

Bij kwetsbare ouderen moet meer rekening worden gehouden met de belasting versus belastbaarheid en met alle betrokkenen in hun omgeving bij het aanmeten van een nieuwe gebitsprothese.[1] Er is geen plaats voor een standaardbehandeling. Tijdens een behandeling moeten de technische mogelijkheden van de gebitsprothese volledig benut worden voor zover de belastbaarheid van de patiënt dit toelaat. Belangrijk is uit te vinden wie een probleem heeft: de omgeving of de patiënt. Het aanpassingsvermogen van ouderen wordt negatief beïnvloed door verminderde somatische, psychische en sociale conditie.[2,3]

Het is aangetoond dat de mondverzorging van ouderen in de Nederlandse verpleeghuizen vaak slecht is.[4] Bij toenemende zorgzwaarte wordt het steeds moeilijker passende mondzorg te verlenen. Dit was de aanleiding om in 2007 de richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen te ontwikkelen.[4,5] Mondzorg dient onderdeel te zijn van de dagelijkse zorg in verpleeghuizen en moet worden opgenomen in het zorgbehandelplan van de kwetsbare oudere. De evidence is echter zwak. Niet het gebrek aan tijd van de verzorgende, maar het ontbreken van deskundigheid en vaardigheden bij de verpleegkundigen en verzorgenden blijkt een probleem te zijn bij goede mondverzorging.

De ervaring van tandartsen is dat als een patiënt de gebitsprothese een dag niet in heeft, hij weer een paar dagen aan de prothese moet wennen. Daarom wordt wel geadviseerd de prothese dag en nacht in te houden. Bij dementerende ouderen is dit echter niet aan te bevelen.

De keuze om geen nieuwe gebitsprothese aan te laten meten past bij de terughoudendheid die in de literatuur geadviseerd wordt.[6] Het aanpassen van de oude prothese heeft de voorkeur. Het is belangrijk de mond en de gebitsprothese op de juiste manier te verzorgen.

Om problemen bij het dragen te voorkomen is het noodzakelijk dat de kwetsbare oudere de gebitsprothese elke dag draagt en daarbij door de verzorging geholpen wordt. Aanvullend onderzoek naar de gevolgen van tandeloosheid en gebitsprothesen is wenselijk, met specifieke aandacht voor zorgafhankelijke ouderen met multimorbiditeit, die verblijven in instellingen of thuis. ■

LITERATUUR

1 De Vries D, Zuidgeest TGM, De Baat C. Zorgverlening aan kwetsbare ouderen met volledige gebitsprothese. Geen plaats voor standaard behandelingen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2011;118:622-9.
2 De Baat C, et al. Het aanpassingsvermogen van ouderen aan een nieuwe (of verbeterde) gebitsprothese. Het gebruik van de BOP1-subschaal. Ned Tijdschr Tandheelkd 1992;99:32-4.
3 Gobbens RJJ, Van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. The Tilburg frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc 2010;11:344-55.
4 Deerenberg-Kessler W , Nieuwlands TCM, Vreeburg EM, Brevé MT, Hazen J, Koel EC, et al. Mondzorg & de rol van verzorgenden en verpleegkundigen. Utrecht: NVVA/Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, 2007.
5 Van der Putten GJ, De Visschere L, Vanobbergen J, Schols JMGA, De Baat C. De Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen, 2007: bittere noodzaak! Tijdschr Gerontol Geriatr 2008;23:202-7.
6 Mysore AR, Aras MA. Understanding the psychology of geriatric edentulous patients. Gerondontology 2012;29:23-7.

Zorggroep Almere, Gezondheidscentrum De Haak, Schoolstraat 32, 1354 HP Almere: M.J. Slettenhaar, huisarts, kaderarts ouderengeneeskunde. LUMC, afdeling Public health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: mslettenhaar@zorggroep-almere.nl

KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets zit in een nieuw jasje. Met ingang van dit nummer gaat de kennistoets niet meer over drie verschillende artikelen, maar over één artikel in H&W. Het artikel van de maand is: Koning AS, Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.

De kennistoets is opgebouwd volgens de leerfasen van Kolb: concreet ervaren, overdenken, verbinden en toepassen.

1. Statines verminderen het risico op hart- en vaatziekten. Ze worden bij 80-plussers anders toegepast dan bij jongere patiënten. Voor welke vorm van preventie zijn statines bij 80-plussers geïndiceerd?

a. Alleen voor primaire preventie.
b. Alleen voor secundaire preventie.
c. Voor primaire preventie en voor secundaire preventie.

2. Het artikel van Koning geeft argumenten om bij 80-plussers terughoudend te zijn in het voorschrijven van statines. Een van de volgende argumenten is volgens de auteur bij de meeste 80-plussers echter geen goede reden om terughoudend te zijn. Welk argument is dat?

a. Te korte tijd voor het medicijn om zijn werk te doen (*time to benefit*).
b. Te veel andere medicatie (polyfarmacie).
c. Te veel andere ziekten (comorbiditeit).
d. Te kwetsbare oudere.

3. De meestvoorkomende bijwerkingen van statines zijn klachten van de spieren. Wat is het aangewezen beleid bij spierklachten door statinegebruik?

a. Medicament uit een andere groep lipidenverlagende middelen kiezen.
b. Doorgaan met de statine, uitleggen dat de spierklachten onschuldig en tijdelijk zijn.
c. Tijdelijk stoppen met de statine, herstarten na enkele weken.

4. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement gebruikt de gegevens uit het risicoprofiel om voor de komende 10 jaar het risico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten in te schatten bij patiënten zonder hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of reumatoïde artritis. Tot en met welke leeftijd loopt de risicotabel in de NHG-Standaard CVRM?

a. 65 jaar
b. 70 jaar
c. 75 jaar
d. 80 jaar

5. Risicofactoren voor hart- en vaatziekten kunnen op hoge leeftijd (80+) anders geassocieerd zijn met ziekte dan op jongere leeftijd. Soms blijkt een risicofactor op hoge leeftijd zelfs beschermend te werken. Van welke risicofactor(en) is op hoge leeftijd een beschermende werking in onderzoeken beschreven?

a. Cholesterol.
b. Hypertensie.
c. BMI.
d. Alle drie de risicofactoren.

6. Vanwege de fysiologische achteruitgang van orgaanfuncties bij het ouder worden, hanteren NHG-Standaarden op hogere leeftijd soms hogere grenswaarden. Beleid is dan ook pas bij hogere laboratoriumwaarden aangewezen. Van welke van de volgende parameters worden in de NHG-Standaarden hogere grenswaarden geaccepteerd bij hogere leeftijd?

a. GFR en HbA1c.
b. LDL-cholesterol en BNP.
c. BNP en GFR.
d. HbA1C en BNP.

7. De heer Versluis, 82 jaar, gebruikt in verband met een doorgemaakt myocardinfarct acetylsalicylzuur en simvastatine. Hij is matig therapietrouw. Hij rookt niet, zijn bloeddruk is 135/85 mmHg en het LDL is 2,7 mmol/l. De huisarts vraagt zich af of simvastatine op deze leeftijd nog wel nodig is. Welk beleid is aangewezen?

a. Statine kan gestopt worden.
b. Beleid is afhankelijk van de score uit de CVRM-risicotabel.
c. Statine dient te worden gecontinueerd.

8. De huisarts beoordeelt de medicatie van mevrouw Visser, 81 jaar. Zij heeft osteoporose, waarvoor ze alendronezuur gebruikt. Verder is de voorgeschiedenis blanco. De huisarts ziet in haar dossier dat een half jaar geleden bloedonderzoek is verricht, de LDL-waarde was toen 3,8 mmol/l. Volgens de CVRM-tabel is haar tienjaarsrisico op hart- en vaatziekten > 20%. De huisarts vraagt zich af of hij bij mevrouw Visser moet starten met een statine. Welk beleid is aangewezen?

a. Statine niet opstarten.
b. Serumlipidenbepaling, opstarten afhankelijk van de uitslag.
c. Starten met een statine.

De toetsvragen zijn gebaseerd op één artikel in dit nummer van Huisarts en Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 88.

Max Rubens

IMPORT

Rodegistrijst als cholesterolverlager

INLEIDING

De HMG-CoA-reductaseremmers, beter bekend als statines, verlagen het serumcholesterol en verminderen hart- en vaatziekten en ook de sterfte daaraan. Dat zijn de feiten. Helaas gaan deze middelen soms gepaard met bijwerkingen, zoals spierpijn, moeheid en verhoging van de glucosespiegel. Vanwege deze bijwerkingen wordt er gezocht naar alternatieve methodes, waarbij Red Yeast Rice (RYR, rodegistrijst) vaak genoemd wordt. RYR wordt in China al eeuwen gebruikt als kruidenmedicijn en voedingssupplement. Het bevat onder andere monacolin K, een aan lovastatine verwante stof. Lovastatine was de eerste statine die op de markt kwam. Vraag is natuurlijk in hoeverre RYR effectief en veilig is. Een vraag die door Yinhua Li in een meta-analyse werd onderzocht.[1]

ONDERZOEK

Design Meta-analyse waarbij een zestal databases, waaronder Pubmed en The Cochrane Library, werden onderzocht op placebogecontroleerde RCT's met RYR. Primaire uitkomstmaten waren: totaal cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden en HDL-cholesterol. Secundaire uitkomstmaten waren: verhoogde spiegels van leverenzymen, kreatinine, CK en nuchter glucose. In een subanalyse werd onderscheid gemaakt naar onderzoeken uit Azië, Europa en Noord-Amerika.

Resultaten De onderzoekers vonden 13 trials die voldeden aan de inclusiecriteria, met in totaal 804 deelnemers. In de trials werden doses van 200 tot 3600 mg RYR gebruikt, met daarin 2 tot 11,4 mg lovastatin. Vergeleken met placebo werd bij de RYR-gebruikers een significante verlaging van het totaal cholesterol (0,97 mmol/l; 95%-BI −1,13 tot −0,80), het LDL-cholesterol (0,87 mmol/l; 95%-BI −1,03 tot −0,71) en triglyceriden (0,23 mmol/l; 95%-BI −0,31 tot −0,14) gevonden. In de sub-analyse gold dit voor alle drie de continenten. Het HDL-cholesterol vertoonde geen significant verschil in de beide onderzoeksgroepen, hoewel er in Europa een significant verschil gevonden kon worden (0,12 mmol/l; 95%-BI 0,03 tot 0,21). Leverenzymen (ALAT en ASAT) waren significant licht verhoogd in de RYR-groep, kreatinine, CK en nuchter bloedglucose lieten geen verschil zien.

Conclusie van de auteurs RYR is een effectieve en relatief veilige behandeling voor hypercholesterolemie en kan als alternatief dienen voor patiënten met bijwerkingen van statines bij primaire en secundaire preventie.

INTERPRETATIE

RYR lijkt inderdaad het totaal cholesterol, LDL-cholesterol en triglyceriden te verlagen. De meta-analyse van Gerards bevestigt dit resultaat.[2] Daarmee houdt eigenlijk het goede nieuws, wat dit onderzoek betreft, op. Of dit middel ook (cardiovasculaire) sterfte en cardiovasculaire events voorkomt, is niet onderzocht. En dat is uiteindelijk waar het om draait. De bewering dat het middel gebruikt kan worden voor primaire en secundaire preventie is nogal kort door de bocht omdat de meta-analyse geen melding maakt van de kenmerken van de geïncludeerde patiënten: hoog of laag risico. Bijwerkingen worden beoordeeld op afwijkingen van het bloedbeeld. Helaas zegt dit niets over het belangrijkste bezwaar van de statines: spierpijn. Hier is niet naar gekeken. In het onderzoek van Gerards blijkt dat een deel van de RYR-patiënten dezelfde bijwerkingen heeft als de statine-patiënten. Niet vreemd als je bedenkt dat lovastatine de werkzame stof is. Hier concluderen de onderzoekers echter dat de onderzoeken van te matige kwaliteit waren om een definitieve uitspraak te kunnen doen over de veiligheid en bijwerkingen. RYR is te koop bij de drogist als voedingssupplement in een potje met pillen. Belangrijk bezwaar bij het gebruik hiervan is dat het vaak onduidelijk is hoeveel van de werkzame stof monacolin K in het preparaat aanwezig is. Hier zijn geen wettelijke regels voor. Samenvattend: RYR verlaagt het cholesterol en lijkt geen ernstige bijwerkingen te geven. Of RYR minder bijwerkingen vertoont dan statines en of de rodegistrijst ook daadwerkelijk sterfte en events voorkomt, zoals statines doen, is door deze meta-analyse niet aangetoond. Daarnaast ontbreekt controle op een juiste dosering. Reden om terughoudend te zijn met het adviseren van RYR aan uw patiënten. ■

LITERATUUR

1 Li Y, Jiang L, Jia Z, Xin W, Yang S, Yang Q, et al. A meta-analysis of red yeast rice: an effective and relatively safe alternative approach for dyslipidemia. PLoS One 2014;9:e98611.
2 Gerards MC, Terlou RJ, Yu H, Koks CH, Gerdes VE. Traditional Chinese lipid-lowering agent red yeast rice results in significant LDL reduction but safety is uncertain - a systematic review and meta-analysis. Atherosclerosis 2015;240:415-23.

Poolster 40, 5482 SX Schijndel: M. Rubens, kaderhuisarts Hart- en vaatziekten • Correspondentie: m.rubens@home.nl

Eefje de Bont

Een beslisboom voor kinderen met infecties

INLEIDING

Het tijdig herkennen van ernstige infecties bij kinderen in de huisartsenpraktijk is lastig, mede doordat minder dan 1% van de kinderen die we zien een ernstige infectie heeft. Wanneer we deze missen, zijn de gevolgen echter groot. Dit maakt adequate herkenning en verwijzing van een ernstig ziek kind cruciaal. Bestaande beslisregels zijn voornamelijk gebaseerd op onderzoek in de tweede lijn en hebben tot op heden weinig nut bewezen in de eerste lijn. Belgische collega's ontwikkelden daarom een nieuwe beslisboom. Is deze beter toepasbaar voor de huisarts?

ONDERZOEK

Design Een eerder ontwikkelde beslisboom werd prospectief gevalideerd in de eerste en tweede lijn onder 7355 zieke kinderen van 1 maand tot 16 jaar, met 8664 ziekte-episodes in 92 huisartsenpraktijken, 6 kinderklinieken en 6 afdelingen SEH. De primaire uitkomstmaat was een ziekenhuisopname > 24 uur vanwege een serieuze infectie binnen 5 dagen na het eerste contact met een arts.[1] De inhoud van de beslisboom bestond uit: (1) niet-pluisgevoel, (2) dyspneu, (3) temperatuur ≥ 40 °C in de eerste lijn en (4) diarree bij kinderen van 1 tot 2,5 jaar.

Resultaten In totaal werden van de 8664 ziekte-episodes, 283 kinderen met een aantoonbare en serieuze infectie opgenomen in het ziekenhuis, met een prevalentie van 0,3% in de eerste lijn (slechts 11 kinderen). De sensitiviteit van de beslisboom in de eerste lijn was 100% (95%-BI 71,5 tot 100%), de specificiteit 83,6% (95%-BI 82,3 tot 84,9%), resulterend in een negatief voorspellende waarde van 100% en positief voorspellende waarde van 1,6%. De diagnostische waarden in de tweede lijn lagen beduidend lager, met een sensitiviteit < 92,0% en een specificiteit < 44,8%.

Conclusie van de auteurs De ontwikkelde beslisboom kan veilig worden gebruikt om ernstige infecties bij kinderen in de eerste lijn uit te sluiten, met een feilloze negatief voorspellende waarde van 100%. Wel is er risico op overdiagnostiek, waarvoor we afwachtend beleid of sneltests als aanvullend beleid moeten overwegen.

INTERPRETATIE

Het betreft een groot, prospectief, grondig uitgevoerd onderzoek, met veelbelovende resultaten. Het is de eerste beslisboom die specifiek voor de eerste lijn is ontwikkeld en daarbij ook nog nut lijkt te hebben. Zolang we de beslisboom gebruiken om uit te sluiten, lijkt hij zelfs bijna te mooi om waar te zijn.

Het probleem schuilt echter in het feit dat wie 'A' zegt, ook 'B' moet zeggen. Niet ieder kind zal immers negatief scoren op de beslisboom. Met behulp van de beslisboom classificeerden de huisartsen namelijk 17% van de kinderen in de eerste lijn als positief op een mogelijk ernstige infectie, waarvan 98% foutpositief bleek. In de praktijk zou gebruik van de beslisboom dus een groot risico op overdiagnostiek en (onnodige) verwijzing naar de tweede lijn opleveren, aangezien we op dit moment maar 5 tot 10% van de kinderen doorsturen. De vraag is of we het probleem daarmee niet verplaatsen naar de tweede lijn. Wanneer we meer kinderen verwijzen zal de prevalentie van ernstige infecties in de tweede lijn dalen en wordt het moeilijker om die ene naald in de hooiberg te vinden.

De auteurs concluderen mede daarom dat hier een rol ligt voor sneltests, waardoor de positief voorspellende waarde theoretisch kan verbeteren en overdiagnostiek kan verminderen. Voor kinderen met infecties is echter nog geen goede sneltest beschikbaar. Een andere optie is afwachten en een controleafspraak inplannen. Het is de vraag of dit haalbaar is, omdat we de meeste kinderen in Nederland, anders dan in België, op de huisartsenpost zien. Waar een huisarts het kind meestal niet zelf kan volgen, en daarom sneller voor een defensief beleid wordt gekozen.

De beslisboom bevat alarmsymptomen uit de NHG-Standaarden. Wanneer er alarmsymptomen zijn, kunnen we deze waarschijnlijk allen goed herkennen. Het probleem is echter dat alarmsymptomen slechts incidenteel voorkomen, getuige ook dit onderzoek.

Het meest onderscheidende onderdeel van de beslisboom was het niet-pluisgevoel van de arts of ouder. Dit roept de vraag op of de beslisboom heel anders is dan het huidige klinisch handelen van de huisarts. Concluderend laat ook dit onderzoek zien dat we het voorlopig nog steeds moeten hebben van een degelijke anamnese, lichamelijk onderzoek, en daarbij zeker zo belangrijk, ons niet-pluisgevoel. ■

LITERATUUR

1 Verbakel JY, Lemiengre MB, De Burghgraeve T, De Sutter A, Aertgeerts B, Bullens DM, et al. Validating a decision tree for serious infection: diagnostic accuracy in acutely ill children in ambulatory care. BMJ open 2015;5:e008657.

Universiteit Maastricht, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: E.G.P.M. de Bont, aiotho • Correspondentie: eefje.debont@maastrichtuniversity.nl

Just Dupuis, Antonette Smelt

CATS

Insulten couperen via neus of anus?

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. J.A.H. Eekhof • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

Vraagstelling De eerste keuze bij behandeling van een insult of status epilepticus is vooralsnog diazepam middels rectiole (DZP-r). Een veel eleganter en praktischer methode lijkt midazolam middels neusspray (MDZ-n). De vraag is derhalve of MDZ-n net zo effectief en veilig is als DZP-r bij het couperen van een insult of status epilepticus.
Zoekstructuur Wij doorzochten PubMed en de Cochrane Library met de volgende zoektermen ('seizures' OR seizure* OR convulsion* OR 'epilepsy' OR epilep* AND ('midazolam' OR midazolam OR dormicum) AND ('diazepam' OR diazepam OR stesolid). We selecteerden op publicatiedatum (< 10 jaar) en achtereenvolgens op systematic reviews en RCT's.
Resultaten In Pubmed vonden wij 14 systematic reviews, waarvan één relevant was voor de vraagstelling. De Cochrane Library bevatte geen aanvullende reviews. In Pubmed vonden we geen RCT's van na de zoekdatum van de systematic review.

Brigo et al analyseerden vier RCT's, waarbij MDZ-n werd vergeleken met DZP-r.[1] In totaal werden 204 patiënten geïncludeerd. Eén RCT beschrijft een volwassen populatie, de andere drie een populatie van kinderen. De setting betrof in twee onderzoeken een spoedeisende hulp, eenmaal een centrum voor ernstige epilepsieproblematiek en eenmaal de reguliere woonsituatie. Uitkomstmaten waren effectiviteit (tijd tussen toedienen medicatie en het einde van de aanval) en veiligheid (aantal complicaties, zoals hypotensie of ademhalingsdepressie). In de systematic review werd geen gedetailleerde informatie gegeven over de grootte van het aangetoonde verschil in effectiviteit, bijwerkingen en tevredenheid. Er werden geen verschillen gevonden tussen MDZ-n en DZP-r wat betreft effectiviteit en veiligheid. In twee RCT's werd een groter gebruiksgemak aangetoond van MDZ-n.
Bespreking In de systematic review werden vier RCT's besproken die middels een zorgvuldig uitgevoerde zoekopdracht zijn gevonden. Opvallend is dat in twee RCT's per insult werd gerandomiseerd, in de andere twee per patiënt. Eén onderzoek betrof een cross-overonderzoek. Gegevens over blindering ontbraken in twee onderzoeken. De basiskarakteristieken verschilden in leeftijd, ernst van de epilepsie en setting. In één RCT betrof de setting een thuissituatie, waarbij de medische situatie beoordeeld werd door niet-medisch geschoolden. Er werden verschillende definities voor status epilepticus gebruikt: insult bij aankomst op de spoedeisende hulp, versus insult langer dan 5 minuten bestaand. Ook qua ernst van het ziektebeeld en type epilepsie verschilden de populaties. Zo waren in één van de onderzoeken 11 van de 21 patiënten ernstig cognitief beperkt en werden in één RCT alle insultvormen meegenomen. Derhalve kan de keuze om de data te poolen ter discussie worden gesteld.
Conclusie Er is geen significant verschil tussen MDZ-n en DZP-r aangetoond in effectiviteit en veiligheid. Wel levert MDZ-n een groter gebruiksgemak op. Een RCT met grotere aantallen kan wellicht een verschil in effectiviteit en kosten ten gunste van MDZ-n opleveren.
Betekenis MDZ-n lijkt een aantrekkelijk alternatief voor diazepam middels rectiole vanwege het gebruiksgemak. De houdbaarheid is echter slechts 3 maanden na eerste gebruik. Daarbij is de hygiëne in het gedrang als een flacon bij verschillende patiënten zou worden gebruikt. Ten slotte is de midazolam middels neusspray weliswaar per dosis goedkoper, maar wordt deze geleverd in flacons van 95 doses à € 35 per stuk. De diazepam middels rectiole kost € 0,80 per stuk. Voorlopig blijft diazepam middels rectiole op basis van kosten en houdbaarheid de beste keus voor de dokterstas. ■

LITERATUUR

1 Brigo F, Nardone R, Tezzon F, Trinka E. Nonintravenous midazolam versus intravenous or rectal diazepam for the treatment of early status epilepticus: A systematic review with meta-analysis. Epilepsy Behaviour 2015;49:325-36.
2 Noll CR, Verweij SL, Van der Hoeven RTM. Het effect van midazolam neusspray en diazepam rectiole op de kwaliteit van leven van epilepsiepatiënten. Pharm Weekbl Scientific Edition 2011;146:25-8.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postzone V-0-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: J.R.O. Dupuis, huisarts, destijds aios huisartsgeneeskunde; dr. A.F.H. Smelt, huisartsdocent en epidemioloog • Correspondentie: a.f.h.smelt@lumc.nl.

Noortje van Laanen

Effectieve behandelopties rosacea

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coordinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Rosacea is een veelvoorkomende chronische huidaandoening die gekenmerkt wordt door erytheem, papels, pustels en teleangiëctasieën. Er zijn vier subtypen: de erythemateuze vorm met vooral erytheem en teleangiëctasieën, de papulopustuleuze vorm met vooral ontstekingsverschijnselen als papels en pustels, de rhinophymateuze vorm met verdikking van de huid, meestal rond de neus (rhinophyma) en ten slotte de oculaire vorm met ontstekingen van ogen en oogleden. Circa de helft van de patiënten heeft (ook) deze oculaire vorm, maar waarschijnlijk wordt dit vaak niet als zodanig herkend. Er zijn voor rosacea verschillende topicale en systemische behandelingen mogelijk in de eerste lijn, maar het is onduidelijk welke het effectiefst is.

Klinische vraag Welke behandelingen zijn effectief bij rosacea?

Conclusie auteurs De auteurs includeerden 106 onderzoeken (n = 13.631; 30-100 per onderzoek). Van de topicale middelen blijken zowel metronidazol (3 onderzoeken; n = 334; RR 1,98; 95%-BI 1,29 tot 3,02) als azelaïnezuurcrème (4 onderzoeken; n = 1179; RR 1,46; 95%-BI 1,30 tot 1,63) binnen 3-6 weken afname van klachten te geven. Metronidazol lijkt minder bijwerkingen te geven dan azelaïnezuurcrème. Een aantal onderzoeken laat een gunstig effect zien van ivermectine 1% en brimonidinegel, waarbij brimonidinegel vooral effectief lijkt bij erytheem. Van de systemische middelen blijken doxycycline, tetracycline en isotretinoïne effectief. Doxycycline 40 mg is even effectief als 100 mg, met waarschijnlijk minder kans op bijwerkingen.

Beperkingen Tweeëndertig van de 106 onderzoeken hadden een looptijd korter dan 8 weken. Slechts 4 van de 106 onderzoeken gingen over de duur van een remissie, waardoor het effect op lange termijn onduidelijk blijft. Dit is juist erg belangrijk, aangezien rosacea een chronische aandoening is.

COMMENTAAR

De NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Rosacea adviseert goede uitleg te geven over het chronische, recidiverende karakter van rosacea. Daarnaast zijn er verschillende niet-medicamenteuze adviezen, zoals het vermijden van factoren die klachten uitlokken of verergeren. Bekende triggers zijn zonlicht, warmte, alcohol en gekruid voedsel. Daarnaast wordt het gebruik van irriterende en alcoholhoudende cosmetica ontraden. Wanneer zonlicht toename van klachten geeft, wordt een zonnebrandcrème met factor 30 of hoger geadviseerd. Bij de erythemateuze vorm worden in de NHG-richtlijn uitsluitend niet-medicamenteuze opties geadviseerd. Bij de papulopustuleuze vorm wordt bij onvoldoende effect van de niet-medicamenteuze adviezen gestart met medicamenteuze therapie. De eerste stap in de richtlijn is metronidazolcrème of azelaïnezuurcrème. Bij onvoldoende resultaat wordt geadviseerd te switchen naar het andere middel. De volgende (en laatste) stap is tetracycline per os. Deze review onderschrijft de werkzaamheid van deze middelen, net als het advies om de behandeling toe te spitsen op het type rosacea. Nieuw is de plaats voor medicamenteuze behandeling bij de erythemateuze vorm, waarbij vooral aanwijzingen werden gevonden voor een gunstig effect van het nieuwe middel brimonidinegel. Daarnaast geven de auteurs aan dat er vaak een combinatie van middelen voorgeschreven zal worden om het beste resultaat te verkrijgen. Dit komt in de huidige richtlijn minder duidelijk naar voren.

Zowel voor de onderzoekers als in de dagelijkse praktijk is het onderscheid tussen de erythemateuze en de papulopustuleuze vorm soms lastig. Vaak is er sprake van een mengbeeld waarbij de meest dominante kenmerken kunnen variëren in de tijd. Dit vormt een extra argument voor het belang van een combinatietherapie. Verder worden de niet-medicamenteuze behandelmogelijkheden hier helaas niet onderzocht, terwijl deze in de huisartsenpraktijk juist van groot belang zijn en zelfmanagement kunnen bevorderen. Ten slotte concluderen de auteurs dat er plaats lijkt te zijn voor verschillende andere middelen die in Nederland minder courant zijn. De belangrijkste zijn: doxycycline 40 mg, brimonidinegel en ivermectinecrème 1%. Ivermectine is in Nederland momenteel alleen als tablet beschikbaar en nog niet als crème. De crème is al wel geregistreerd in de Verenigde Staten en de auteurs geven aan dat registratie in Europa op korte termijn wordt verwacht. Brimonidinegel is een selectieve alfa 2-receptoragonist, die erytheem vermindert door directe cutane vasoconstrictie. Het middel kan eenmaal daags lokaal worden aangebracht ook in combinatie met andere middelen tegen rosacea en met cosmetica.

Samenvattend: de middelen uit de huidige richtlijn blijken alle effectief tegen rosacea. Daarnaast blijkt doxycycline 40 mg een goede optie te zijn en lijken de effecten van de nieuwe middelen brimonidinegel en ivermectinecrème gunstig. ■

LITERATUUR

1 Van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, Van der Linden MMD, Charland L. Interventions for rosacea. Cochrane Database Syst Rev 2015;4:CD003262.

Huisartsenpraktijk Thermion, Thermionpark 9, 6663 MM Lent: N. Van Laanen, waarnemend huisarts • Correspondentie: noortje.vanlaanen@thermion.nl

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 b

Koning AS. Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.

2 a

Koning AS. Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.

3 c

Koning AS. Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.

4 b

Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.

5 d

Koning AS. Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.
Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, et al. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010;53(11):609-25.
Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.

6 a

De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, Faber EF, Flikweert S, Gaillard CAJM, et al. Landelijke Transmurale Afspraak Chronische Nierschade. Huisarts Wet 2009;52(12):586-97.
Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.
Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen (tweede herziening). Huisarts Wet 2010;53(7):368-89.
Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(10):512-25.

7 c

Koning AS. Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.
NHG Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf.

8 a

Koning AS. Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken? Huisarts Wet 2016;59(2):50-3.
NHG Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers.De vragen zijn ter beoordeling voorgelegd aan Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorresponderd.

Huisarts en Wetenschap
wordt uitgegeven onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherptong-Engbers, Annet Sollie, Wim Verstappen, Hans van der Wouden.

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt.
De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.
Auteursinformatie: www.henw.org/vooraauteurs

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Marjolein Oosterom, Susan Umans, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, fax 030-2823501, redactie@nhg.org

Uitgever: Paul Dijkstra, Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Tel. 030-2823500, fax 030-2823501

Advertenties
Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030–6383603
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij: media.marketing@bsl.nl, Roos de Bie, tel. 030-6383874

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 231,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 138,60. Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.
Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten.
Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Voorwaarden
Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.
Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.
www.bsl.nl

© 2016
ISSN 0018-7070

VAN DE VOORZITTER

De patiënt kan u nu ontvangen

Al tweemaal gaf een van mijn patiënten aan op het wachtkamerscherm met Thuisarts.nl-teksten te hebben gelezen dat doktersbezoek eigenlijk niet nodig was. De een begon met: 'Ik weet al wat ik heb, spierspanningshoofdpijn!', en de ander maakte excuses omdat ze langer had kunnen afwachten met haar hoestklachten. Patiënten informeren zich steeds vaker voor hun komst naar de huisarts, al was het in deze gevallen op het laatste nippertje.

Met goede informatie, bijvoorbeeld via Thuisarts.nl, en triage via de doktersassistente of de *Moet ik naar de dokter*-app kunnen patiënten steeds beter inschatten wanneer zorg nodig is. Zaak is wel om hoge verwachtingen over besparingen te temperen, want een deel van de patiënten zal geen zelfzorg kunnen toepassen en heeft onze hulp hard nodig. Bovendien is het nog niet bewezen dat e-health een lagere zorgconsumptie geeft; er kunnen ook meer vragen over gezondheid en ziekte door ontstaan.

Toch ben ik er voorstander van dat de patiënt meer betrokken is bij alle fases van zijn zorgproces en zelf verantwoordelijkheid neemt als dat kan. Daarbij helpen een goede voorlichting, gezamenlijke besluitvorming, inzage in het dossier en een inzichtelijk en gedeeld zorgplan.

Zoals Eric Topol in zijn boek *The patient will see you now* aangeeft, is de tijd gekomen dat de patiënt bepaalt welke zorgverlener hij wanneer nodig heeft. Het past bij onze rol als huisarts om dan goed aan te sluiten bij de behoeften van iedere individuele patiënt.

Rob Dijkstra

NHG-Congres 2015 op herhaling:

NHG-Congres 'light': *Onder belicht. Urogynaecologie en seksuele gezondheid in de spotlights*

Wellicht heeft u al meegekregen dat het NHG-Congres 2015 'op herhaling' gaat. Er waren zó veel teleurgestelde huisartsen omdat het World Forum geheel was uitverkocht, dat is besloten om de hoogtepunten uit het programma te herhalen in een 'light'-versie van het congres. Dit vindt plaats op 8 maart in het Postillion Congrescentrum te Bunnik. Heeft u dus het congres gemist in 2015, of heeft u niet alle workshops kunnen volgen waarin u was geïnteresseerd, schrijf u dan nu in via www.nhg.org > evenementen.

CWO-weekend 2016: *Klinimetrie: zinvol meten*

Klinimetrie behoort tot de basis van onze wetenschappelijke beroepsuitoefening. Onbewust werken we dagelijks met variabelen, symptomen, meetwaarden en uitslagen, we vergelijken deze met eerdere waarnemingen en trekken op grond daarvan conclusies. Tijdens het jaarlijkse studieweekend van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van 2016 kunt u kennismaken met de beginselen van de klinimetrie en zo de waarde en het nut van dagelijks gebruikte (diagnostische) tests leren inschatten.

Meer informatie?
Deskundige docenten en enthousiaste huisartsen presenteren de verschillende thema's en daarnaast wordt veelvuldig in groepjes geoefend. Het weekend vindt plaats in de Kapellerput te Heeze van vrijdag 18 maart 12.00 uur tot zaterdag 19 maart 13.00 uur. Meer informatie over het weekend kunt u vinden op www.nhg.org > agenda.

&NHG

KNMG-Congres *Niet alles wat kan, hoeft*

Soms zijn medische behandelingen niet meer zinvol en ontstaat zorg die niet passend is. Waarom gaan we dan toch vaak door? En hoe kunnen we dit voorkomen?
Tijdens dit congres komen artsen, patiënten, verpleegkundigen en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties aan het woord. Ook vanuit het NHG zijn er presentaties:

- Een plenaire voordracht *Wensen van patiënten verhelderen en samenwerking inclusief overdracht verbeteren* (Marc Eyck, huisarts en hoofd NHG-afdeling Beleid);
- Een workshop (tweemaal gegeven) *Een tijdig gesprek over het levenseinde in de huisartsenpraktijk: de valkuilen/belemmeringen en de registratie/communicatie* (Lucas Koch, huisarts en ethicus, projectleider NHG-Scholing Advance Care Planning).

Meer informatie
Het congres vindt plaats op 19 februari in de Domus Medica te Utrecht. Het programma van de dag kunt u vinden op www.knmg.nl > agenda.

Suïcidepreventie: *De machteloosheid voorbij*

Suïcide is in Nederland een van de belangrijkste doodsoorzaken - zeker onder jongeren - en is de laatste zeven jaar met bijna een derde toegenomen. Vaak blijkt dat mensen met suïcidale gedachten een beroep hebben gedaan op de eerste lijn, maar dat daarop niet of niet adequaat is gereageerd. Hoe gaat u met deze mensen in gesprek? Elders in dit nummer van H&W kunt u een artikel lezen van de hand van Joop Dopper.[1] Hieronder leest u over het NHG-scholingsaanbod rond dit onderwerp.[2]

Het gevoel van de suïcidale patiënt
Het gevoel in de val te zitten en geen weg meer terug te zien, oftewel 'entrapment': de suïcidale patiënt raakt steeds meer beheerst door gedachten aan onoplosbare problemen en ondraaglijke pijn. Piekeren, vermoeidheid, steeds sterker wordende zelfmoordgedachten... om de regie over het eigen leven te behouden en het lijden te stoppen is er nog maar één oplossing: dit leven beëindigen.
U krijgt soms met deze patiënten te maken, in uw eigen praktijk of op de huisartsenpost. Hoe weet u of u de aankondiging er een einde aan te maken serieus moet nemen bij een borderline-patiënt die hier al vaker mee heeft gedreigd? Hoe gaat u het gesprek aan met de patiënt die zich in wanhoop tot u richt? Hoe maakt u samen met de patiënt en de eventuele direct betrokkenen een veiligheidsplan waarin iedereen zich kan vinden? Wanneer moet u overleggen met de GGZ om de ernst van de situatie te beoordelen? En hoe gaat u om met de patiënt als het eerste gevaar lijkt geweken?

Standaard-in-Praktijk-cursus Suïcidepreventie
In deze cursus kunt u zich oefenen in de professionele houding en adequate bejegening die de suïcidale patiënt van u vraagt. Het gaat hierbij om het u eigen maken van gesprekstechnieken die helpen om in relatief korte tijd de gedachten en plannen van de patiënt in kaart te brengen. U leert wat de afwegingen zijn die ten grondslag liggen aan het besluit om al dan niet de crisisdienst in te schakelen. Daartoe behoren het maken van een risico-inventarisatie en het opstellen van een veiligheidsplan (eventueel met een acute beoordeling door de GGZ-crisisdienst). De patiënt houdt hierbij de regie, waarbij hij zich gesteund weet door de huisarts en de poh-ggz.

Meer informatie?
Heeft u interesse in het volgen van de StiP-cursus Suïcidepreventie? U kunt meer informatie vinden op www.nhg.org > scholing > stip-cursus-suicidepreventie. Ook kunt u contact opnemen met een van de medewerkers van NHG-Scholing; voor inhoudelijke informatie: Esther Kersbergen, tel. 030 282 3643; voor organisatorische informatie: Tessa Vocke of Yvonne Klapdoor, tel. 030 282 3559.

1 Dopper J. In gesprek met een suïcidale patiënt. Huisarts Wet 2016;59(2):70-3.
2 Dit artikel is gebaseerd op het persoonlijk relaas van de ervaringen van Esther Kersbergen en Ellen Kerseboom *Suïcidepreventie: "De machteloosheid voorbij?!" Eerste hulp bij patiënten met suïcidaal gedrag.* Dit verslag is te vinden op www.nhgscholing.nl > suïcidepreventie.

Het vijfde Nederlands Triage Congres:

De triage draait door!

Omdat het gaat om een lustrumcongres wordt dit jaar extra uitgepakt. Er is een bijzonder voorprogramma met een inhoudelijk deel én een theatervoorstelling (*Bloed* door Joep Onderdelinde). Maar natuurlijk is ook het congresprogramma zelf extra feestelijk. Zo zal Matthijs van Nieuwkerk leiding geven aan een wervelend debat en ook Gerdi Verbeet en Hans Schoo geven *acte de présence*. En er is een professionele 'theatrale' afsluiting.

Meer weten?
Het congres vindt plaats op 7 april in het Figi Theater te Zeist. Als u de avond tevoren het voorprogramma bijwoont, krijgt u korting op een overnachting in het belendende Figi Hotel. In alle workshoprondes zijn er specifiek op de huisarts toegespitste onderwerpen.
Meer informatie over het programma en de kosten van deelname kunt u vinden op dokh.nl; u kunt zich hier ook inschrijven.

Organisatorische stappen op weg naar kortdurend verblijf:

De eerstelijnsbedden komen eraan!

Uw patiënt is uitbehandeld in het ziekenhuis, maar heeft nog een tijdje meer zorg nodig dan thuis te realiseren is. Vroeger kon hij dan terecht in een van de 'logeerbedden' van het verzorgingshuis, maar de invoering van de wet Langdurige Zorg heeft die mogelijkheid afgesneden. Vooruitlopend op de wetswijzigingen sloten vele verzorgingshuizen de poorten omdat de organisatie ervan niet langer kostendekkend was. Wat nu te doen met deze patiënt?

Foto: Shutterstock

Afbakening van de zorg

Volgens de nieuwe regelgeving moet kortdurende zorg onder de Zorgverzekeringswet komen te vallen. Dit jaar is nog een tijdelijke subsidieregeling van kracht voor kortdurend verblijf, hetgeen tijd geeft om te werken aan de vormgeving. Het Zorginstituut Nederland heeft de taak om te duiden welke zorg het precies betreft en hanteert de term 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' oftewel 'eerstelijnsverblijf'. Hierbij gaat het om kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is vanwege de behoefte aan geneeskundige zorg en dat is gericht op terugkeer in de eigen omgeving. Afbakening van het eerstelijnsverblijf ten opzichte van andere verblijfsvormen, zoals opname in het ziekenhuis en de geriatrische revalidatiezorg, is hierbij van belang.

Bekostiging en kwaliteit

Als het Zorginstituut Nederland heeft geduid om welke zorg het precies gaat, kan de Nederlandse Zorgautoriteit bepalen welke prestaties van zorgverleners voor vergoeding in aanmerking komen. Daartoe consulteren zij beroeps- en brancheverenigingen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Het NHG denkt mee vanuit de inhoud van de zorg en heeft hierbij de Landelijke adviesgroep eerstelijnsgeneeskunde voor ouderen betrokken. Samen met de LHV en InEen vertegenwoordigen deze partijen de belangen van de huisarts. Aandachtspunt is dat behalve passende bekostiging ook de kwaliteit van de verzorging moet zijn gewaarborgd.

Wie doet wat?

Maar wie is in de nieuwe regelgeving waarvoor verantwoordelijk? Het Zorginstituut Nederland noemt verschillende soorten organisaties die in principe het eerstelijnsverblijf moeten kunnen aanbieden: huisartsendienstenstructuren, huisartsgeneeskundige zorggroepen, instellingen voor medisch-specialistische zorg, organisaties die verpleging en verzorging bieden en woningbouwcorporaties. De zorgverzekeraars hebben op basis van hun zorgplicht de verantwoordelijkheid om voldoende bedden in te kopen, opdat de patiënt de zorg krijgt die hij nodig heeft, op tijd en op een redelijke afstand. De bevoegdheid voor het stellen van een indicatie voor kortdurend verblijf zal niet meer belegd zijn bij het Centrum Indicatiestelling Zorg. Deze taak komt te rusten bij de huisarts in samenwerking met de wijk- of transferverpleegkundige.

Ontwikkeling afwegingsinstrument

VWS wil de 'verkeerde bed problematiek' beperken en verzocht experts vanuit de beroepsgroep om een afwegingsinstrument te ontwikkelen. Dit is een handreiking voor professionals om na te gaan of een patiënt in aanmerking komt voor eerstelijnsverblijf en welke vorm daartoe het meest geschikt is. Het NHG zal u hierover binnenkort nader informeren.

Linda Tolsma, beleidsmedewerker NHG

Weefseldonatie: een precair onderwerp?

Er is een tekort aan donorweefsel, dat is alom bekend. Met grote regelmaat zijn er dan ook publiekscampagnes om het aantal donoren te doen groeien. Ook huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen, maar vaak staan die er niet bij stil dat donatie ook mogelijk is als een patiënt thuis overlijdt. Ze zien donatie als een ziekenhuisaangelegenheid en dat betekent gemiste kansen. Maar zelfs als de huisarts wel weet heeft van de mogelijkheden, hoe bespreek je die dan?

Antwoorden op al uw vragen

Het NHG heeft in samenwerking met de Nederlandse Transplantatie Stichting een internet-PIN ontwikkeld over weefseldonatie. Hierin vindt u alles wat u wilt weten over:

- waar u informatie kunt vinden over weefseldonatie;
- hoe u het Donorregister kunt raadplegen;
- hoe u het donatiegesprek kunt voeren;
- hoe u een donor kunt aanmelden;
- waar u met uw vragen terecht kunt.

Toegang voor niet-abonnees

Alle abonnees hebben natuurlijk al automatisch toegang tot deze internet-PIN, maar ook als niet-abonnee kunt u kennisnemen van de inhoud. U kunt de PIN dan bestellen via de webwinkel op www.nhg.org. De kosten bedragen € 36,- voor NHG-leden; niet-leden betalen € 47,-.

&NHG

Interview met Marjolein Berger:

‘Je wilt als huisarts weten waarom je op bepaalde vragen stuit’

Marjolein Berger is hoogleraar Huisartsgeneeskunde te Groningen en voorzitter van het IOH-R: de overlegstructuur waar de hoofden van de acht universitaire onderzoeksafdelingen driemaandelijks bij elkaar komen. In een interview vertelt ze onder meer over het belang van de ‘lacunebak’, een verzameling van de onderwerpen uit richtlijnen waarvoor niet voldoende wetenschappelijke onderbouwing is gevonden.

Hoe is de lacunebak ontstaan?
‘Het NHG zag dat er bij de richtlijnontwikkeling soms lacunes waren in de kennis over bepaalde onderwerpen. Soms is het zelfs niet mogelijk een aanbeveling te doen, omdat er niet genoeg onderzoek is verricht om een eenduidig antwoord te geven. Maar het kan wel gaan om dagelijkse kost voor de huisarts! Daarom zijn ze deze kennislacunes gaan verzamelen. Je kon daarnaar altijd al doorlinken bij de richtlijnen, maar nu zijn ze ook bijeengebracht op de NHG-website*.’

En wat is het doel van die lacuneverzameling?
‘Je wilt natuurlijk onze kennislacunes aanvullen teneinde onze zorgkwaliteit te verbeteren. Onderzoekers van de acht universiteiten raadplegen nu de lacunebak om te kijken of ze relevante vragen gaan beantwoorden. En nieuw is dat de acht afdelingen al hun onderzoeken beschrijven op de website, compleet met de onderzoeksvragen die ze willen beantwoorden. Zo kun je zien of we op enig moment alle lacunes zullen aanvullen en ook wordt inzichtelijk met welk onderzoek de afdelingen zich bezighouden. Er is hiermee dus een instrument verkregen dat aantoont of we verstandig omgaan met onze beperkte onderzoeksmiddelen. Tenslotte wil je graag relevant onderzoek doen waar huisartsen echt op zitten te wachten. Vooralsnog valt echter vooral op hoe weinig overeenstemming er nog is tussen de lacunes en het lopende onderzoek. Bovendien wordt zichtbaar dat er soms overlap is in onderzoeken; dat biedt dus mogelijkheden tot samenwerking.’

Kun je voorbeelden van die samenwerking geven?
‘Er komen heel veel veranderingen op de huisarts af, zoals bij de transitie van zorg. Kanker wordt bijvoorbeeld een chronische aandoening en huisartsen zullen overlevers van kanker gaan behandelen, maar we weten nog heel veel niet over die zorg. Wat betekent vermoeidheid bij een patiënte die tien jaar geleden chemotherapie kreeg voor borstkanker? Wat betekent leven met kanker voor de patiënt, de medicatie, de zorg? Het NHG bracht een mooi Standpunt uit en vrijwel alle afdelingen wilden meteen aan de slag met de daarin beschreven lacunes. We besloten om dat samen op te pakken. De onderzoekers overleggen nu met elkaar en op dit moment wordt al een groot onderzoek uitgevoerd binnen het eerstelijnsconsortium dat we hebben opgericht.’

Wat doet dat eerstelijnsconsortium precies?
‘In feite is dat een infrastructuur. Het is soms moeilijk om onderzoek uit te voeren binnen het huisartsennetwerk van de eigen universiteit, bijvoorbeeld omdat er te weinig patiënten zijn. Als we blijven bij het voorbeeld van kanker, dan is dat voor de huisarts met een à twee nieuwe patiënten per jaar toch een relatief zeldzame aandoening. Het is dan efficiënter om met andere universiteiten samen te werken, zodat je in korte tijd meer patiënten kunt includeren. Maar dat samenwerken gaat niet vanzelf; dat kost tijd, moeite en goede wil. Nu kun je dus terecht bij het consortium, die de samenwerking regelt. Door die infrastructuur kun je veel sneller vragen beantwoorden. Onderzoekers hebben weet van elkaars werk en kunnen dat gemakkelijker onderling linken. Bovendien ben je aantrekkelijker voor subsidiegevers, die zeker willen weten dat ze hun vragen beantwoord krijgen.’

Hoe moet de toekomst eruit gaan zien?
‘Eigenlijk moet je als beroepsgroep aangeven wat de belangrijkste vragen zijn die we in de komende tijd willen gaan oplossen en daar moeten onderzoekers zich dan op richten. Op dit moment heeft elke universiteit nog zijn eigen focus, ingegeven door het eigen UMC. Maar gezien de veranderingen die op de beroepsgroep afkomen en de beperkter wordende middelen voor onderzoek is een gezamenlijke focus nodig. Dat kan door de tegengestelde belangen heel ingewikkeld zijn en dan gaat die “goede wil” een rol spelen.’

Hebben ook ‘gewone’ huisartsen iets aan de lacunebak?
‘Jazeker, want een richtlijn is geen in beton gegoten wet en soms wijken huisartsen daar dus van af. Dan wil je als huisarts weten waar je beleid op is gebaseerd. Als je ziet dat er een kennislacune is, begrijp je waarom aanbevelingen ontbreken en hoe het komt dat je soms op bepaalde vragen stuit. In zo’n geval wil je toch verder kijken dan je samenvattingskaartjes, omdat je wilt weten waarom je de dingen doet zoals je ze doet en of er antwoorden op je vragen komen. Het is dus heel belangrijk dat huisartsen die lacunebak vaker gaan bekijken!’ (AS)

* Zie: www.nhg.org/lacunes

Redactie NHG-nieuws Colofon
Anke ter Brugge
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Contact
Ans Stalenhoef
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina's terug