JAARGANG 60 / APRIL 2017

4

2017

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Klinische blik versus beslisregel bij longembolie

COMMENTAAR

Vaccinatie tegen gordelroos

NASCHOLING

Plicht om te wijzen op leefstijlverandering

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

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

nhg

4

WETENSCHAP

152 ONDERZOEK Klinische blik versus beslisregel bij longembolie
Janneke Hendriksen, Wim Lucassen, Petra Erkens, et al.

155 COMMENTAAR Programmatische gordelroosvaccinatie: nu nog niet
Wim Opstelten

157 BESCHOUWING Patellofemoraal pijnsyndroom: onschuldig of niet?
Nienke Lankhorst

160 SLIMMER diabetes voorkomen in de eerste lijn
Geerke Duijzer, Annemien Haveman-Nies, Sophia Jansen, et al.

NHG-STANDAARD

164 NHG-Standaard Acne (derde herziening)

171 NHG-Standaard Het soaconsult: aanpassing medicamenteus beleid

KLINISCHE PRAKTIJK

172 NASCHOLING Plicht om te wijzen op leefstijlverandering
Yvonne Drewes

176 COMMENTAAR Leefstijl bespreken behoort tot kern huisartsgeneeskunde
Guy Rutten

177 Leefstijl en de huisarts, protocol versus generalist
Herman Suichies

178 KLINISCHE LES Lithium en lithiumintoxicatie
Pim Keurlings, Harm-Jan Minkema

184 Hand-voet-mondziekte
Boukje van Dijk-van Casteren, Floris van de Laar, Paul Giesen

187 (VER)STAND VAN ZAKEN Bekwaming aios in complexe ouderenzorg
Krista Koetsenruijter

188 CASUÏSTIEK Neonatale pustulosis cephalis
Joeri Cohen, Edwin Cuperus

190 IMPORT Het effect van *wearables* op overgewicht
Henk Schers

191 Geen antipsychotica meer in terminale fase
Bèr Pleumeekers

194 PEARLS Alopecia androgenetica bij vrouwen
Huug van Duijn

195 Vloeiende vrouwen minder anemisch door ijzer
Hèlen Woutersen-Koch

196 CATS Steunzolen bij aspecifieke lagerugpijn?
Ingrid Fokkema, Joke Koelewijn

197 Protonpompremmer bij clopidogrel: omeprazol of pantoprazol?
Judith Geuze, Hanneke Rijkels-Otters

147 JOURNAAL

182, 189 INTERVIEW

192 DISCUSSIE

193 KENNISTOETS

198 BOEKEN, ECG-CASUS

200 COLOFON H&W

13 HET NHG

En daar komt u nu mee

Hoe langer je elkaar kent, hoe hoger de drempel wordt om elkaar aan te spreken op gedrag. Durf je je collega na tien jaar samenwerken te zeggen dat de verhalen over haar kinderen te lang duren? Wie durft zijn partner na vijftien jaar alsnog te vragen om niet met volle mond te praten? Ook in de huisartsenpraktijk kunnen langdurige relaties ons in de weg zitten, ondanks alle voordelen van continuïteit. Zo werk ik met veel plezier al bijna veertien jaar in dezelfde, kleinschalige huisartsenpraktijk. Laatst vertelde een patiënt – de tijd is overigens rijp voor de term cliënt, of bezoeker – over zijn bezoek aan het ziekenhuis. De cardioloog had er niet omheen gedraaid: "U moet nu echt gaan bewegen en afvallen, anders hebben al die pillen ook geen zin." Hij had een stappenteller gekregen en ging vanaf nu elke maand met de verpleegkundige van het ziekenhuis overleggen over zijn bewegingsgedrag. De cardioloog had hem wakker geschud, stelde hij. Een zeurend insufficiëntiegevoel bekroop mij. Had ik dat niet moeten doen? Daar was toch genoeg tijd voor geweest? Aan de andere kant: iedereen weet toch dat bewegen goed is? En om nou iemand ineens aan te spreken op zijn gewicht, als je samen al zoveel hebt meegemaakt, en die ander zoveel andere problemen heeft? Tja.

In dit nummer bespreekt Yvonne Drewes de vraag: hebben artsen de plicht hebben om leefstijl te bespreken met hun patiënten? Zij gebruikt het voorbeeld van overgewicht. Lees hoe Guy Rutten voor, en Herman Suichies tegen deze plicht pleit. Onderzoek laat zien dat de meeste huisartsen overgewicht vanwege tijdgebrek niet aan de orde stellen, maar ook omdat ze het niet gepast vinden en hier niet goed in getraind zijn. Toch zijn er diverse redenen om het wel te doen. Onderzoeken uit de eerste lijn van de VS, waar overgewicht nog meer aan de orde van de dag is, laten zien dat de meeste patiënten het op prijs stellen wanneer hun arts ongevraagd over hun gewicht begint. Hierbij is het cruciaal dat de arts de juiste termen gebruikt. Zo werden de termen 'te zwaar' en 'dik' als krenkend ervaren en stelden patiënten de termen 'hoog BMI', 'hoog gewicht' en 'gewichtsprobleem' het meest op prijs. Ik vond dit een prachtig voorbeeld: *"Ms. Brown, your BMI is above the healthy range. Excess weight could increase your risk for some health problems. Would you mind if we talked about it?"* Zo mooi krijg je het in het Nederlands nooit, maar de toon is duidelijk.

Het is nog niet te laat. Ik heb besloten om het gewoon weer te gaan zeggen. Alsof we elkaar nog maar net kennen.

Lidewij Broekhuizen

Persoonlijk netwerk belangrijker dan 'de wijk'

Om de druk op dure professionele gezondheidszorg te verminderen, verbetert de overheid de structuur en cohesie in de wijk. Volgens een eerste onderzoek hiernaar lijkt dit gebaseerd op een luchtkasteel. Er wordt namelijk al veel informele hulp verleend. En het krijgen van hulp blijkt afhankelijker te zijn van het individu dan van de kracht van de wijk. Het is zorgelijk dat vooral mensen met ernstige beperkingen en zonder inwonende familie het minst profiteren van de hulp van omwonenden. Hiermee lijkt informele hulp geen veilig vangnet voor hulpbehoevenden.

In een slim opgezet onderzoek koppelden onderzoekers van het NIVEL de data van 2272 chronisch zieken aan enkele jaren eerder verzamelde gegevens van bijna 70.000 personen. Bij de chronisch zieken werden gegevens over hun individuele netwerk en zorgverleners verzameld, in de andere groep werden gegevens verzameld over het 'sociale kapitaal' in de wijk. Vervolgens werden deze aan elkaar gekoppeld en werd met multilevel-analyses gekeken of de zorg vooral werd bepaald door het individuele netwerk of door de sociale context in de buurt.

Informele hulp werd bij bijna de helft van de chronisch zieken gegeven. Er bleek een statistisch significante relatie te zijn tussen het eigen individuele netwerk van de patiënt en het ontvangen van niet-professionele hulp. Een relatie met de sociale kenmerken van de wijk werd niet gevonden. De meeste informele hulp kregen mensen met meerdere aandoeningen, matig ernstige lichamelijke beperkingen en mensen die met hun partner en/of kinderen samenwonen.

Dat de wijk een maatschappelijke goudmijn is voor informele goedkope zorg die alleen maar hoeft te worden aangeboord, vindt in dit recente onderzoek geen steun. Het persoonlijk netwerk is bepalender voor het ontvangen van informele zorg dan de wijk. ■

Sjoerd Hobma

Waverijn G, et al. Neighbourly support of people with chronic illness; is it related to neighbourhood social capital? Social Science & Medicine 2017;173:110-7.

Bewegen in groepen is leuker

Bewegen is gezond. In groepen met een lagere sociaaleconomische status wordt minder bewogen. Dit is een van de redenen dat er een gezondheidsverschil is tussen sociaaleconomische groepen. Het proefschrift van Herens laat zien dat mensen die deelnemen aan beweeggroepen niet meer gaan bewegen, maar wel meer plezier in bewegen krijgen.

Helder et al. deden onderzoek naar 268 deelnemers in negentien beweeggroepen in zeven gemeenten in Nederland. Zij concluderen dat het is gelukt om deelnemers te rekruteren met een lagere sociaaleconomische status. Verrassend genoeg bewoog deze groep vooraf niet minder dan de gemiddelde Nederlander. Het doel om deelnemers meer te laten bewegen, werd niet gehaald. Wel werd bereikt dat ze meer plezier hadden in bewegen. De deelnemers die tijdens het programma afhaakten, bleken na een jaar minder te bewegen en meer lichamelijke klachten te hebben. Ook hadden zij een hogere BMI.

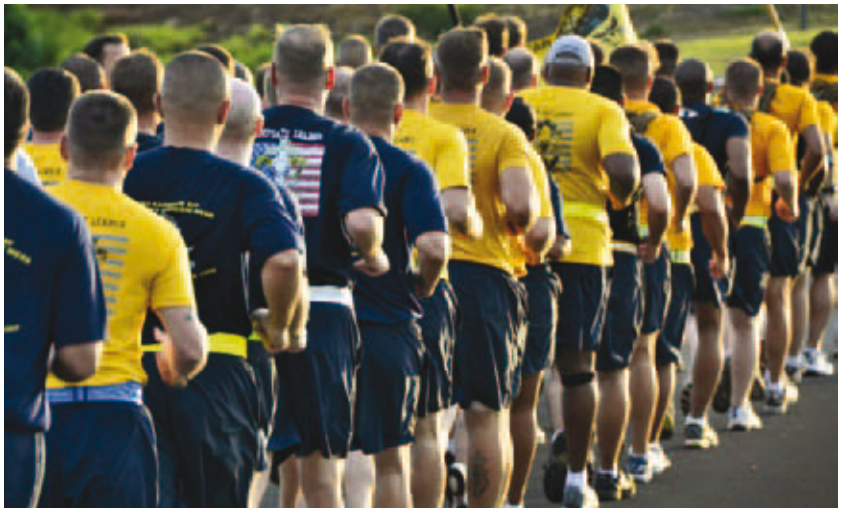
Opvallend was dat de deelnemers ondanks een lagere sociaaleconomische status een bijdrage overhebben voor een beweegprogramma. Het ervaren plezier in bewegen hing sterk af van hoe goed de begeleider met de groepsdynamiek kon omgaan.

Uit dit onderzoek blijkt dat het motiveren van patiënten om meer te gaan bewegen in groepsverband er mede aan bij kan dragen dat hun gezondheidsachterstand niet toeneemt.

De huisarts die patiënten wil motiveren om meer te (blijven) bewegen doet er goed aan om te adviseren dit in een groep te doen. Doe dit onder kundige begeleiding, dan blijft het leuk! ■

Jurgen Damen

Herens MC. Promoting physical activity in socially vulnerable groups. A mixed method evaluation in multiple community-based physical activity programs [proefschrift]. Wageningen: WUR, 2016.



Altijd lichamelijk onderzoek bij pijnklachten heup

Lange tijd werd gedacht dat heuppijn veroorzaakt door heupartrose met name gelokaliseerd was in de lies. Uit dit onderzoek blijkt dat de pijnlokalisatie complexer is. Ook pijnklachten aan de buitenzijde van de heup en de rug zijn geassocieerd met heupartrose.

Poulsen et al. beschrijven in hun artikel de pijnlokalisatie bij patiënten met eenzijdige matige tot ernstige heupartrose. De diagnose artrose is zowel op klinische als radiologische kenmerken gebaseerd. De 108 patiënten zijn door huisartsen in Denemarken geselecteerd voor een onderzoek naar de behandeling van artrose.

Uit het onderzoek bleek dat de pijnverdeling bij mannen en vrouwen niet significant verschillend was. De plek waar het vaakst pijn ervaren werd, was rond de trochanter major (77%), gevolgd door de lies (53%), buiten- en voorzijde dij (42%) en de bil (38%).

Omdat de gemiddelde leeftijd (64,5) al vrij hoog was en er ook sprake was van radiologische artrose, is het niet ondenkbaar dat deze klachten niet de primaire presentatie zijn bij een bezoek aan de huisarts.

Op basis van de pijnlokalisatie alleen kan de huisarts heupartrose niet meer of minder waarschijnlijk maken. Bij klachten in de heupregio blijft het lichamelijk onderzoek van onder andere het heupgewricht daarom altijd obligaat. ■

Jurgen Damen

Poulsen E, et al. Pain distribution in primary care patients with hip osteoarthritis. Family Practice 2016;33:601-6.

Betreden op eigen risico

Niet al onze patiënten geven gevolg aan een verwijzing naar de specialist. Verbruik van het verplicht eigen risico kan hiervoor een van de redenen zijn. Onderzoek laat zien dat het aantal mensen dat gehoor gaf aan een verwijzing daalde in de jaren waarin het verplicht eigen risico meer dan verdubbelde. Een oorzakelijk verband is echter allerminst zeker.

In dit observationele, longitudinale onderzoek waren de NIVEL-zorgregistraties in de eerste lijn de bron waaruit de onderzoekers putten ter bepaling van het aantal verwijzingen door de huisarts. Het verplicht eigen risico steeg van € 150 in 2008 naar € 350 in 2013. Declaraties door de specialist lieten zien of de verwijzing al dan niet was opgevolgd. In de eerste drie jaren (2008-2010) was het percentage patiënten dat een verwijzing opvolgde ongeveer 80% per jaar. Daarna daalde het percentage opvolgers gestaag naar 73% in 2013. De leeftijdsgroep 25-39 jarigen verzilverde zijn verwijzingen het minst: slechts 69% in 2013. Er was geen verschil tussen mensen die wel of niet in een achterstandswijk woonden: 72% respectievelijk 73% in 2013.

Kijkend naar het verschil in opvolgingspercentage gedurende de jaren bleek de daling in het opvolgen van een verwijzing opvallend genoeg het grootst bij patiënten jonger dan 18 jaar, waarbij het eigen risico niet geldt. Ook bleek de daling in opvolging groter bij patiënten met multimorbiditeit. Opmerkelijk, omdat deze groep vaak al vroeg in het jaar het eigen risico opsoupeert. Hieruit blijkt dan ook direct de belangrijkste beperking van dit databaseonderzoek. Patiënten kon niet worden gevraagd waarom ze wel of niet een verwijzing hadden opgevolgd. De laatste twee bevindingen geven aan dat er zeker geen een-op-eenrelatie is tussen een hoger eigen risico en een daling in de opvolging van verwijzingen. ■

Victor van der Meer

Van Esch TE, et al. Increased cost sharing and changes in noncompliance with specialty referrals in The Netherlands. Health Policy 2017;121:180-8.

Antistolling na artroscopie en onderbeengips niet effectief

Er is al enige tijd twijfel over het effect van preventieve antistolling na artroscopie van de knie en onderbeengips. Uit onderzoek blijkt dat routinematige behandeling met preventief laag moleculair heparine (LMWH) niet effectief is in het voorkomen van trombo-embolische aandoeningen.

Van Adrichem et al. onderzochten in Nederland bij ruim 3000 patiënten het effect van antistolling bij een van de genoemde indicaties. Hiertoe werden patiënten gerandomiseerd in het krijgen van antistolling of geen antistolling, waarbij de patiënt op de hoogte was van zijn behandeling. De behandeling was volgens de algemeen aanvaarde richtlijn eenmalig LMWH na de artroscopische ingreep of acht dagen bij het krijgen van onderbeengips.

Na analyse bleek dat er geen verschil was in het optreden van trombo-embolische complicaties tussen beide behandel- en controlegroepen. Het relatief risico op trombo-embolische complicatie was 1,6 (95%-BI 0,4 tot 6,8) in de artroscopiegroep en 0,8 (95%-BI 0,3 tot 1,7) in de onderbeengipsgroep. In de behandelgroep na artroscopie werd een grote nabloeding gezien.

Foto: Shutterstock/waldru

Het optreden van trombo-embolische complicaties was ongeveer gelijk aan de incidentie in andere trials, waarbij bevestigd werd dat de behandeling waarschijnlijk niet tegen eventuele complicaties opweegt en niet kosteneffectief is. Het feit dat trombo-embolische complicaties eveneens optreden in de behandelgroep kan ook betekenen dat de dosering die op dit moment gegeven wordt niet voldoende is.

De belangrijkste implicatie van dit onderzoek voor de huisarts is dat er in de ontstolde groep patiënten ook trombo-embolische complicaties ontstaan. Klachten die op trombo-embolische complicaties wijzen dienen altijd verder onderzocht te worden bij zowel preventief ontstolde patiënten als patiënten zonder deze behandeling. ■

Jurgen Damen

Van Adrichem RA, et al. Thromboprophylaxis after knee arthroscopy and lower-leg casting. New Engl J Med 2017;376:515-25.

Shared decision making bij huisartsconsulten

Bij shared decision making (SDM) participeren patiënt en arts beiden in het besluitvormingsproces om gezamenlijk tot een behandeling te komen. Uit Utrechts onderzoek blijkt dat SDM-training effect heeft op de intakefase. Bij het nemen van het behandelingsbesluit zelf grijpen artsen terug op een paternalistische, richtlijngeoriënteerde attitude. De SDM-consulten duurden 20% langer.

Sanders et al. deden een clustergerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van SDM op het herstel van patiënten met lagerugpijn. Er werd onderzocht of huisartsen na een SDM-training meer SDM-gedrag lieten zien dan ongetrainde collegae. Middels video-opnamen werden 86 consultaties van 23 getrainde huisartsen vergeleken met 89 consultaties van 19 ongetrainde huisartsen. SDM-gedrag werd met het gevalideerde OPTION-instrument gemeten; positieve bekrachtiging werd door observatie vastgesteld.

Getrainde huisartsen lieten meer SDM en positieve bekrachtiging van de gekozen therapie zien. Maar de verschillen tussen beide groepen waren statistisch niet significant en scores voldeden niet aan de norm van 'best practice'. Wel scoorden getrainde huisartsen hoger op onderdelen als informatieverstrekking, autonomie en het bespreken van watchful waiting. Zij lieten minder paternalistisch gedrag zien, maar dit resulteerde niet in meer gezamenlijke besluitvorming over de behandelingskeuze. Vragen naar patiëntenvoorkeur over informatieverstrekking, kennis en zorgen werden zelden gesteld. Wel duurden hun consultaties drie minuten (20%) langer. Daarbij besteedden zij significant meer tijd aan de intake-, planning- en evaluatiefase en minder aan lichamelijk onderzoek.

Geconcludeerd wordt dat huisartsen meer bezig zijn met het voorbereiden van de besluitvorming dan met de behandelkeuze. Tijdens de training bleek dat huisartsen het onprofessioneel vinden een behandeling te accepteren die niet overeenkomt met de richtlijn. Op dat punt kunnen SDM en het volgen van richtlijnen met elkaar botsen. Het onderzoek roept ook vragen op over wat de consequenties van minder lichamelijk onderzoek en een langere consultduur zijn. ■

Marianne Dees

Sanders ARJ, et al. Does training general practitioners result in more shared decision making during consultations? Patient Educ Couns (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.002.

Overlevingskans na verwijdering melanoom in eerste lijn

Ierse onderzoekers keken naar het percentage melanomen dat in de eerste lijn werd verwijderd en naar verschillen in de overlevingskans met de tweede lijn. De meeste melanomen worden door de specialist verwijderd. De overlevingskans bij de in de eerste lijn verwijderde melanomen is echter niet slechter.

Uit een database waarin nieuwe gevallen van kanker worden geregistreerd (National Cancer Registry Ireland) zijn 7116 patiënten met een melanoom geselecteerd in de periode 2002-2011. Gegevens over onder andere leeftijd, geslacht, het jaar dat de diagnose 'melanoom' was gesteld, de locatie van excisie, het pathologisch stadium en doodsoorzaak werden verzameld.

De onderzoekers concluderen dat 8,5% van de melanomen werden verwijderd in de eerste lijn. 4,9% van de patiënten in de eerste lijn en 11,1% in de tweede lijn overleed vanwege een melanoom. Dit was, na correctie voor factoren die invloed hebben op de overleving, niet significant verschillend. In de eerste lijn werden meer afwijkingen van de romp en extremiteiten verwijderd. Daarnaast waren ze vaker in een vroeger stadium verwijderd.

De Nederlandse Richtlijn Melanoom (2012) adviseert huisartsen geen verdachte moedervlekken te verwijderen en patiënten binnen vijf werkdagen te verwijzen naar een dermatoloog. Het onderzoek laat echter zien dat huisartsen die deze zorg leveren laagdrempelig een behandeling aan patiënten kunnen bieden bij een verdachte huidafwijking, zónder dat dit een slechtere uitkomst geeft. ■

Adinda Mailuhu

Doherty SM et al., Comparing initial diagnostic excision biopsy of cutaneous malignant melanoma in primary versus secondary care: A study of Irish national data. Eur J Gen Pract 2016;16:1-7.

Meniscuslijden: opereren of oefenen?

Bij patiënten met meniscuslijden hanteren huisartsen volgens de NHG-Standaard een afwachtend beleid. Wanneer de klachten niet verbeteren, kunnen we verwijzen naar de orthopeed. Postoperatief wordt vaak geoefend met de fysiotherapeut. Een nieuwe systematische review en meta-analyse roepen de vraag op of het niet beter is eerst te gaan oefenen, en pas bij falen van deze therapie naar de orthopeed te verwijzen.

De auteurs hielden na hun search en selectie twaalf onderzoeken over die in aanmerking kwamen om het effect van oefentherapie bij meniscuslijden voor en na operatief ingrijpen te onderzoeken. De kwaliteit van de bewijsvoering was laag tot erg laag. De heterogeniteit van de onderzoeken was groot wat betreft de oorzaak van het meniscusletsel, de lokalisatie van het letsel, de duur van bestaan, de toegepaste therapieën en de uitkomstmaten (zoals functionele problemen of pijn).

Bij patiënten met meniscuslijden werd in de meta-analyse geen verschil gevonden tussen oefentherapie en chirurgisch ingrijpen. Na een operatie bleek het effect van oefentherapie op pijn en functie onduidelijk, met name op de korte termijn (< drie maanden). Geen van de onderzochte oefentherapieën leek superieur aan andere vormen van therapie. Er waren geen onderzoeken die oefentherapie vergeleken met een afwachtend beleid. Door de heterogeniteit en de kwaliteit van de onderzoeken is het nodig meer onderzoek te doen, met name naar het effect van oefentherapie in de eerste lijn.

Bij patiënten die wel hinder ondervinden van (mogelijk) meniscuslijden, maar geen haast hebben met herstel of opzien tegen een orthopedische ingreep, kan oefentherapie worden aanbevolen. Met de kanttekening dat dit niet gebaseerd is op overtuigend bewijs, maar juist omdat we het eigenlijk gewoon nog niet weten. ■

Sjoerd Hobma

Swart NM, et al. Effectiveness of exercise therapy for meniscal lesions in adults: A systematic review and meta-analysis. J Sci Med Sport 2016;19:990-8.

Senioren tevreden over hun huisarts

Senioren geven hun huisarts een 8,2 voor sociale vaardigheden en een 8 voor vakkennis. Ze vinden de huisarts van nu beter dan de huisarts van vroeger. Van de senioren zou 81% zijn huisarts aanraden aan anderen.

De huisarts vervult een belangrijke rol voor ouderen. Senioren bezoeken de huisarts vaker dan jongere mensen. De ouderenbond KBO-PCOB liet de relatie tussen senioren en hun artsen onderzoeken. Elfhonderd Nederlanders van gemiddeld 74 jaar oud vulden de enquête in. Er deden mensen met een laag, gemiddeld en hoog opleidingsniveau mee.

Uit het onderzoek blijkt dat senioren tevreden zijn over hun huisarts. Ze geven hoge cijfers op zowel sociaal als medisch-inhoudelijk vlak. In vergelijking met vijftig jaar geleden vindt men de huisarts positief veranderd. De huisarts van nu is minder afstandelijk, luistert beter, is gemakkelijker benaderbaar, vakkundiger en heeft betere sociale vaardigheden. Zesentwintig procent van de respondenten geeft aan dat de huisarts weleens iets aardigs heeft gedaan voor deze patiënt of diens familie. Voorbeelden hiervan zijn een onaangekondigd huisbezoek of extra aandacht in moeilijke tijden. Een kwart van de patiënten is ontevreden over de privacy aan de balie van de doktersassistente. Tevens zijn ze minder tevreden over het contact met en de bereikbaarheid van de huisartsenpost. De specialist scoorde even goed als de huisarts.

Het is fijn om te weten dat we hoog scoren bij onze frequentste bezoekers. Er zijn echter nog verbeterpunten, waaronder de privacy bij de balie. Wellicht is dit mooie compliment een motivatie om de puntjes op de i te zetten. ■

Nicole Verbiest

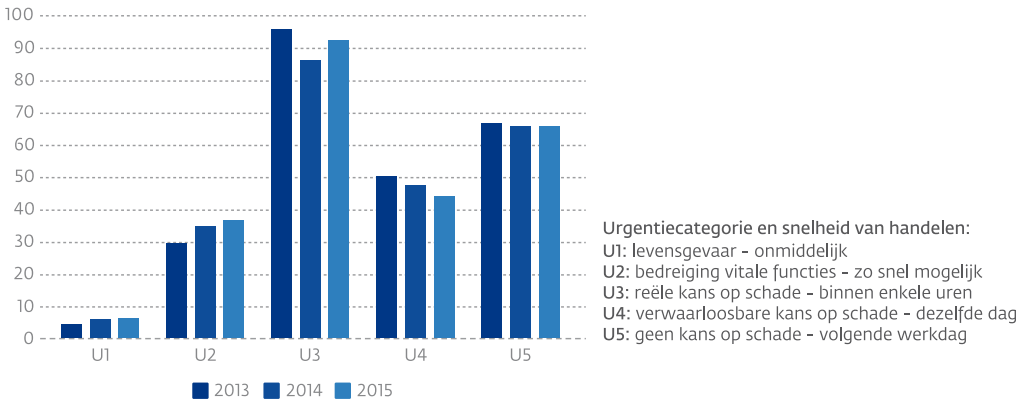
Seniorenorganisatie PCOB. Senioren tevreden over hun huisarts. PCOB, 17 januari 2017.

Meer contacten met hoge urgentie op huisartsenpost

Er zijn signalen dat de acute zorgketen overbelast dreigt te raken en er is veel media-aandacht voor de spoedzorg. In de periode 2013-2015 nam het aantal contacten op de huisartsenpost met een hoge urgentie toe, maar het totaal aantal contacten veranderde nauwelijks. Dit blijkt uit onderzoek op basis van gegevens van negentien huisartsendienstenstructuren die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Omdat ouderen steeds langer thuis blijven wonen en mensen met ggz-problemen vaker door de huisarts worden behandeld, werd door verschillende partijen een toename van het aantal contacten op de huisartsenpost verwacht.

Het onderzoek laat zien dat in de periode 2013-2015 geen toename te zien is in het aantal contacten voor ouderen en contacten voor psychosociale problemen. De toename in het aantal contacten met hoge urgentie vond plaats voor alle typen gezondheidsproblemen en voor alle leeftijdsgroepen. Wel zien we verschillen tussen de huisartsenposten: bij een aantal huisartsenposten is het aantal contacten gestegen, bij andere niet of zijn er juist minder contacten. Bij sommige huisartsenposten is er een sterkere toename van de werkdruk dan bij andere huisartsenposten.

Figuur Contacten met spoedurgentie op de huisartsenpost nemen toe, periode 2013-2015



De toename in het aantal contacten met een hoge urgentie was het grootst voor U2-consulten (zo snel mogelijk contact), met een toename van 34%. In 2013 bedroeg dit aantal 15,6 per 1000 inwoners, in 2015 waren dit er 20,9 per 1000 inwoners. Een toename van het aantal U2-contacten betekent dat huisartsen sneller zorg moeten leveren dan voor laagurgente zorgvragen. Ook was er een sterke toename van het aantal U1-contacten. Meestal worden U1-contacten telefonisch afgehandeld, omdat deze patiënten vooral worden doorgestuurd naar de ambulancedienst. Het probleem van hoge ervaren werkdruk op de huisartsenpost bleek ook uit de peiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Het is daarom belangrijk om de ontwikkelingen op de huisartsenpost te blijven monitoren. ■

Tessa Jansen

Voor meer informatie en achtergrond van het onderzoek kunt u het rapport raadplegen: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Ontwikkelingen_op_de_HAP.pdf.

ONDERZOEK

Klinische blik versus beslisregel bij longembolie

Samenvatting

Hendriksen JM, Lucassen WA, Erkens PM, Stoffers HE, Van Weert HC, Büller HR, Hoes AW, Moons KG, Geersing GJ. Klinische blik versus beslisregel bij longembolie. Huisarts Wet 2017;60(4):152-4.

ACHTERGROND Om de diagnose 'longembolie' uit te sluiten adviseert de NHG-Standaard een diagnostisch predictiemodel te gebruiken, zoals de Wells-beslisregel, in combinatie met een D-dimeerbepaling. Veel huisartsen gebruiken echter geregeld hun eigen impliciete kansschatting. Wij onderzochten of longembolie bij eerstelijnspatiënten met de klinische blik even veilig en efficiënt kan worden uitgesloten als met de Wells-beslisregel.

METHODE In een cohort van 598 patiënten met mogelijk een longembolie gaf de huisarts de eigen klinische inschatting aan op een schaal van 0-100%, met daarnaast de kans volgens de Wells-beslisregel. Alle patiënten werden vervolgens verwezen naar het ziekenhuis voor een referentietest. Wij deelden de patiënten in in laag- en hoogrisicogroepen op basis van beide strategieën. Als afkapwaarden kozen we een score < 20% voor de klinische blik respectievelijk een score ≤ 4 voor de Wells-beslisregel, beide in combinatie met een negatieve D-dimeerbepaling. Wij vergeleken de efficiëntie en de veiligheid van beide strategieën.

RESULTATEN Van de 598 deelnemers hadden er 73 (12%) een veneuze trombo-embolie. Op basis van klinische blik werden 152 patiënten als laag risico geclassificeerd (efficiëntie 25%; 95%-BI 22-29). Van deze 152 bleken er twee alsnog een longembolie te hebben (veiligheid 1,3%; 95%-BI 0,2-4,7). Met de Wells-beslisregel werden 272 patiënten als laag risico geclassificeerd (efficiëntie 45%; 95%-BI 41-50), van wie er vier alsnog een longembolie hadden (veiligheid 1,5%; 95%-BI 0,4-3,7).

CONCLUSIE Om een longembolie veilig uit te sluiten, is de Wells-beslisregel even veilig als de klinische blik van de huisarts, en aanzienlijk efficiënter.

INTRODUCTIE

Een longembolie kan leiden tot allerlei aspecifieke klachten, zoals kortademigheid, hoest of pijn bij het inademen. Slechts 10-30% van de patiënten bij wie de huisarts de diagnose overweegt, heeft daadwerkelijk een longembolie.[1] Erg vaak blijkt het aanvullend onderzoek achteraf overbodig te zijn geweest; richtlijnen voor huisartsen adviseren dan ook een vorm van risicostratificatie toe te passen om te bepalen bij welke patiënten het risico op een longembolie zodanig laag is dat verwijzing en aanvullend onderzoek veilig achterwege kunnen blijven.[2,3]

Er bestaan formele diagnostische predictiemodellen, zoals de Wells-beslisregel in combinatie met een kwalitatieve sneltest om de aanwezigheid van D-dimeer vast te stellen, maar de huisarts kan ook uitgaan van de eigen 'klinische blik'.[4-8] In het algemeen beschouwt men beslisregels als accurater, omdat zij gebaseerd zijn op verschillende vooraf vastgestelde factoren en omdat de resultaten minder afhankelijk zijn van de individuele ervaring van de arts. Toch is er ook kritiek: een beslisregel is een standaardformule die de specifieke context van de patiënt nooit helemaal dekt zoals de klinische blik dat wél kan.[9]

In de eerste lijn is maar beperkt onderzoek gedaan naar de waarde van de klinische blik bij patiënten met een mogelijke longembolie.[10] In de tweede lijn is meer onderzoek gedaan, maar die resultaten kunnen niet zomaar worden vertaald naar de eerste lijn. Huisartsen zien veel minder vaak patiënten met een mogelijke longembolie dan longartsen. Die laatsten hebben bovendien laagdrempeliger toegang tot aanvullende diagnostiek (bloedgasanalyse, thoraxfoto's) en verwerken al deze informatie in hun klinische inschatting. Beide factoren maken de inschattingen van de huisarts hoogstwaarschijnlijk minder accuraat, maar aan de andere kant hebben juist huisartsen veel ervaring met het pluis/niet-pluisgevoel, geba-

Wat is bekend?

- De NHG-Standaard adviseert huisartsen een klinische beslisregel te gebruiken in combinatie met een *point-of-care* D-dimeerbepaling om een longembolie veilig uit te sluiten.
- Huisartsen gebruiken vaak hun klinische blik voor het inschatten van de kans op een longembolie en verwijzen patiënten op basis van die inschatting.
- Een Wells-score ≤ 4 in combinatie met een negatieve D-dimeerbepaling sluit bij ongeveer 40% van de patiënten een longembolie veilig uit.

Wat is nieuw?

- De Wells-beslisregel om een longembolie uit te sluiten is even veilig als de klinische blik van de huisarts.
- Op basis van hun klinische blik verwijzen huisartsen 75% van de patiënten met een mogelijke longembolie voor aanvullende diagnostiek, op basis van de Wells-beslisregel is dat 55%.
- Een beslisregel is niet veiliger of onveiliger dan de klinische blik, maar wel aanzienlijk efficiënter en kan daardoor overdiagnostiek, overbehandeling en onnodige zorgconsumptie beperken.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Afdeling Klinische Epidemiologie, Utrecht: dr. J.M.T. Hendriksen, huisarts in opleiding; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar Klinische epidemiologie; prof.dr. K.G.M. Moons, hoogleraar Klinische epidemiologie; dr. G.J. Geersing, huisarts en onderzoeker. Academisch Medisch Centrum Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde en afdeling Vasculaire geneeskunde: dr. W.A.M. Lucassen, huisarts en onderzoeker; prof.dr. H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. H.R. Büller, hoogleraar Vasculaire geneeskunde. Universitair Medisch Centrum Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. P.M.G. Erkens, klinisch epidemioloog; dr. H.E.J.H. Stoffers huisarts-epidemioloog • Correspondentie: j.m.t.hendriksen-9@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Hendriksen JM, Lucassen WA, Erkens PM, Stoffers HE, van Weert HC, Büller HR, Hoes AW, Moons KG, Geersing GJ. Ruling out pulmonary embolism in primary care: comparison of the diagnostic performance of 'Gestalt' and the Wells rule. Ann Fam Med 2016;14(3):227-34.

seerd op contextuele informatie uit een vaak langdurige behandelingsrelatie.[11]

Ons onderzoek had tot doel de efficiëntie en veiligheid van de klinische blik te vergelijken met die van een klinische beslisregel bij de diagnostiek van longembolie in de eerste lijn.

METHODE

Wij gebruikten gegevens uit de Amsterdam, Maastricht, Utrecht Study on Thrombo-Embolism (AMUSE-2), een cohortonderzoek dat oorspronkelijk ontworpen was om de waarde te evalueren van de Wells-beslisregel, in combinatie met een D-dimeersneltest, voor de diagnostiek van longembolie in de eerste lijn. Geïncludeerd werden patiënten die bij de huisarts kwamen met symptomen passend bij een longembolie; de details over het cohort zijn elders beschreven.[7]

Bij elke deelnemer noteerde de huisarts de geschatte kans op aanwezigheid van een longembolie op een visuele analoge schaal (VAS) van 0-100%, de klinische blik. Daarnaast scoorde de huisarts bij iedere patiënt ook de zeven items van de Wells-beslisregel en voerde de Clearview Simplify® D-dimeersneltest uit. Patiënten werden vervolgens verwezen naar het ziekenhuis voor verdere diagnostiek.

Onze primaire uitkomst was de aan- of afwezigheid van veneuze trombo-embolie, zoals vastgesteld met een gecombineerde referentietest van alle diagnostiek in het ziekenhuis plus drie maanden follow-up in de eerste lijn.[7]

Statistische analyses

Wij verdeelden de deelnemers in groepen met een hoge dan wel een lage voorspelde kans op longembolie, zoals bepaald met de klinische blik dan wel met de Wells-beslisregel, beide in combinatie met de D-dimeersneltest.

Bij gebrek aan algemeen geldende afkappunten voor de klinische blik bepaalden wij de grenswaarde voor een laag risico in de klinische blik arbitrair op een VAS-score < 20% in combinatie met een negatieve D-dimeerbepaling. Dat is in lijn met ander onderzoek.[12,13] In onze sensitiviteitanalyses lieten wij de grenswaarden variëren tussen 10 en 30%. Voor de Wells-beslisregel gold als grenswaarde voor een laag risico een score ≤ 4 in combinatie met een negatieve D-dimeerbepaling.[1,5]

Van beide beslismethoden berekenden we de efficiëntie, dat wil zeggen het percentage deelnemers met een laag voorspeld risico in het totale cohort, en de veiligheid, dat wil zeggen het percentage laagrisicopatiënten dat toch een longembolie had. De uitkomstmaten vergeleken we met SPSS versie 20, de statistische significantie is tweezijdig getoetst ($p < 0,05$).

De Wells-beslisregel kan in combinatie met een D-dimeersneltest overdiagnostiek, overbehandeling en onnodige zorgconsumptie beperken.

RESULTATEN

Het cohort bestond uit 598 deelnemers, van wie er uiteindelijk 72 een longembolie bleken te hebben en één diepe veneuze trombose. Daarmee komt de totale prevalentie uit op 12%. Voor de aanvangsmetingen verwijzen wij naar onze originele publicatie.[14] [**Tabel 1**] toont de efficiëntie en de veiligheid van beide diagnostische benaderingen.

Volgens de klinische blik was de mediane VAS-score 33%, met uitersten van 0-95% en een interkwartielafstand van 40%. Het risico op longembolie werd laag ingeschat bij 152 van de 598 patiënten, waarmee de efficiëntie uitkwam op 25% (95%-BI 22 tot 29). Bij lagere grenswaarden nam de efficiëntie zeer snel af. De veiligheid van de klinische blik – het aantal ten onrechte als laagrisicopatiënt geclassificeerde deelnemers – kwam uit op 1,3% (95%-BI 0,2 tot 4,7).

Volgens de Wells-beslisregel hadden 272 patiënten een laag voorspeld risico (Wells-score ≤ 4 en negatieve D-dimeerbepaling), waarmee de efficiëntie uitkwam op 45% (95%-BI 42 tot 50%). De veiligheid van de Wells-beslisregel kwam uit op 1,5% (95%-BI 0,4 tot 3,7).

Tabel 1 **Efficiëntie en veiligheid van de klinische blik en de Wells-beslisregel voor het uitsluiten van longembolie in de huisartsenpraktijk, zoals bepaald bij 598 deelnemers aan het AMUSE-2-onderzoek**

	Wells-beslisregel*		Klinische blik†					
	score ≤ 4		score < 20%		score < 10%		score < 30%	
	n	% (95%-BI)	n	% (95%-BI)	n	% (95%-BI)	n	% (95%-BI)
Efficiëntie	272/598	45 (42-50)	152/598	25 (22-29)	44/598	7 (6-10)	219/598	37 (33-41)
Veiligheid	4/272	1,5 (0,6–3,7)	2/152	1,3 (0,4-4,7)	2/44	4,5 (1,3–15,1)	3/219	1,4 (0,5-3,9)

Efficiëntie is het percentage patiënten met een voorspeld laag risico. Veiligheid is het percentage patiënten met een ten onrechte voorspeld laag risico, bij wie dus uiteindelijk wel degelijk longembolie werd geconstateerd.

** Percentage patiënten met een laag risico op longembolie, gedefinieerd als een score ≤ 4 in combinatie met een negatieve uitslag van de Clearview Simplify® D-dimeersneltest.*

† Percentage patiënten met een laag risico op longembolie, gedefinieerd als score ≤ 10, 20 of 30 op een visuele analoge schaal van 0-100, in combinatie met een negatieve uitslag van de Clearview Simplify® D-dimeersneltest.

BESCHOUWING

We vergeleken de efficiëntie en de veiligheid van de klinische blik en de Wells-beslisregel voor het uitsluiten van longembolieën in de huisartsenpraktijk. In combinatie met een D-dimeersneltest kan de diagnose met beide methoden veilig worden uitgesloten. Als de huisarts echter de Wells-beslisregel gebruikt, worden substantieel minder patiënten naar het ziekenhuis verwezen voor verdere beeldvorming: 25% versus 45%.

Vergelijking met bestaand onderzoek

In 2011 is in een meta-analyse de waarde onderzocht van de klinische blik en diagnostische predictiemodellen voor de diagnose van longembolie.[10] De onderzoeken in deze meta-analyse waren uitgevoerd in de tweede en derde lijn, en de heterogeniteit was groot, maar de bevindingen komen grotendeels overeen met de onze. De klinische blik van huisartsen is zeer goed in staat een longembolie veilig uit te sluiten, maar de efficiëntie is laag.

In een kwalitatief onderzoek waarin Franse huisartsen werden geïnterviewd, gaven de geïnterviewden aan dat het diagnostisch proces hoofdzakelijk werd gedreven door intuïtieve factoren.[15] Dit onderstreept het belang van contextuele kennis in de eerste lijn, maar het onderzoek geeft door zijn kwalitatieve opzet geen informatie over welke strategie het geschiktst zou zijn.

Beperkingen van het onderzoek

Enkele aspecten van onze onderzoeksopzet kunnen de bevindingen hebben beïnvloed. Ten eerste werden zowel de klinische blik als de Wells-beslisregel ingevuld op hetzelfde rapportageformulier. Daardoor is er kans op contaminatie van beide schattingen: de klinische blik kan zijn beïnvloed door de reeds berekende Wells-score. Desondanks zagen wij per patient duidelijke verschillen tussen beide schattingen. De daadwerkelijke verschillen zijn waarschijnlijk alleen maar meer in het voordeel van de Wells-beslisregel.

Een tweede beperking is het gebrek aan consensus over het afkappunt voor een laag voorspeld risico op longembolie in de klinische blik. Welke grenswaarde men kiest, is van grote invloed op de resultaten en conclusies. Wij kozen een grenswaarde die in eerder tromboseonderzoek is gebruikt,[12] en analyseerden ook de sensitiviteit van de klinische blik bij andere grenswaardes. Uiteindelijk is het waarschijnlijk niet zozeer een absolute grenswaarde als wel een globale schatting van laag, intermediair of hoog risico die bepaalt of de patiënt wordt doorgestuurd.

Een derde beperking is dat de Wells-beslisregel een subjectief item bevat ('longembolie meest waarschijnlijke diagnose') met een relatief grote bijdrage aan de score.[16] Dit subjectieve item bevat voor een deel dezelfde informatie als die welke in de klinische blik gebruikt wordt. De uitkomsten van de Wells-beslisregel zijn mogelijk gunstiger doordat de regel deze informatie combineert met andere diagnostische variabelen.

Een vierde beperking is dat de klinische blik wordt beïnvloed door de ervaring en de persoonlijke stijl van de huisarts. Men zou verwachten dat ervaren huisartsen zich zekerder voelen in het toekennen van een laag risico, anderzijds kunnen zij zich juist onzekerder voelen als zij ooit een diagnose gemist hebben.[15] Helaas kunnen wij in onze dataset niet nagaan of ervaring van invloed is op de klinische blik.

Klinische implicaties

De NHG-Standaard adviseert huisartsen een gestructureerd predictiemodel te gebruiken om een longembolie uit te sluiten.[17] Onze bevindingen onderstrepen het belang van zo'n predictiemodel, niet omdat de klinische blik van huisartsen onveilig zou zijn – die kan het risico op longembolie beslist veilig uitsluiten –, maar omdat die klinische blik structureel leidt tot overschatting van het risico. Dit fenomeen is eerder aangetoond in psychologisch onderzoek.[18] Als er ook maar enige twijfel is, en vooral als er sprake kan zijn van een ernstige ziekte, stellen artsen zich voorzichtig op. Het gevolg is overdiagnostiek, overbehandeling en onnodige zorgconsumptie.[18,19] Het gebruik van de Wells-beslisregel in combinatie met een D-dimeersneltest kan onnodige verwijzing naar de tweede lijn voorkomen. We onderschrijven dus het advies van de NHG-Standaard om een beslisregel te gebruiken in de spreekkamer.

CONCLUSIES

Om een longembolie veilig uit te sluiten, kunnen huisartsen in combinatie met een D-dimeersneltest zowel hun klinische blik als de Wells-beslisregel gebruiken. De Wells-beslisregel is echter aanzienlijk efficiënter en kan daardoor overdiagnostiek, overbehandeling en onnodige zorgconsumptie beperken. ■

LITERATUUR

1 PIOPED Investigators. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism: Results of the prospective investigation of pulmonary embolism diagnosis (PIOPED). JAMA 1990;263:2753-9.

2 Bates S, Jaeschke R, Stevens SM, Goodacre S, Wells P, Stevenson M, et al. Diagnosis of DVT antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012;141:e351S-418S.

3 Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galie N, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J 2014;35:3033-80.

De rest van de literatuurlijst staat bij het artikel op www.henw.org.

Wim Opstelten

Effectiviteit huidige gordelroosvaccin te beperkt en te kortdurend

Programmatische gordelroosvaccinatie: nu nog niet

Juni 2016 adviseerde de Gezondheidsraad om het gordelroosvaccin niet op te nemen in het publieke vaccinatieprogramma.[1] Een verstandig besluit aangezien de effectiviteit van het huidige vaccin te beperkt en te kortdurend is. Bovendien kunnen we op dit moment ons publieke geld beter besteden. Over een aantal jaren gelden mogelijk andere afwegingen.

GORDELROOS EN ONS AFWEERSYSTEEM

In Nederland krijgt ongeveer een op de vijf personen ooit gordelroos. Deze aandoening is een uiting van een reactivatie van het varicellazostervirus, dat in de kinderjaren waterpokken veroorzaakt. Hierna trekt het virus zich terug in de sensibele ganglia, waar het in bedwang wordt gehouden door ons afweersysteem. Deze gewapende vrede kan een mensenleven duren. Bij het ouder worden neemt de kwaliteit van ons afweersysteem echter geleidelijk af waardoor het virus door de verdediging heen kan breken, zijn weg terug naar de huid vindt en een branderige uitslag met blaasjes veroorzaakt. Doordat onze samenleving veroudert en steeds meer weerstand onderdrukkende behandelingen worden gegeven, is de verwachting dat gordelroos in de toekomst steeds meer voor zal komen.

Meestal verloopt gordelroos mild: enkele weken wat branderige pijn en jeuk. Soms, vooral bij ouderen, kan de pijn veel langer (soms jaren) aanhouden en is deze moeilijk te behandelen. Middelen om deze zogenoemde postherpetische neuralgie (meestal gedefinieerd als aanmerkelijke pijn die ten minste drie maanden na het ontstaan van de huiduitslag nog aanwezig is) te voorkomen, zijn er niet. Daarnaast kan gordelroos in het aangezicht ernstige complicaties geven met blijvende schade. Het begin deze eeuw ontwikkelde gordelroosvaccin leek dan ook veelbelovend.

Het recent ontwikkelde subunit vaccin tegen gordelroos lijkt effectiever.

EFFECTIVITEIT VACCIN

Het huidige gordelroosvaccin bevat een verzwakt levend virus en is geïndiceerd voor personen vanaf 50 jaar.[2] Het is zeker effectief: in het eerste jaar na vaccinatie is twee derde van de gevaccineerden beschermd. Maar de effectiviteit vermindert geleidelijk: na acht jaar is het vaccin vrijwel uitgewerkt. Het is nog onduidelijk of hervaccinatie zinvol is. Bovendien vermindert de absolute kans op gordelroos maar weinig. De Gezondheidsraad berekende dat de kans voor iemand van 70 jaar om gordelroos te krijgen door eenmalige vaccinatie vermindert van 11,8 naar 9,8% en de kans op postherpetische neuralgie van 2,5 naar 2,2%. Veel mensen moeten dus gevaccineerd worden om een extra geval van gordelroos of postherpetische neuralgie te voorkomen (respectievelijk 50 en ruim 300).

> *Het vaccin is veilig, maar niet voor personen die het grootste risico lopen op gordelroos.*

Het vaccin is veilig, maar niet voor personen die het grootste risico lopen op gordelroos: patiënten met een, door ziekte of medicatie, verminderde weerstand. Bij hen zou het in het vaccin aanwezige verzwakte virus zich ongebreideld kunnen vermenigvuldigen met alle gevolgen van dien. Kortom: het momenteel beschikbare gordelroosvaccin is relatief weinig effectief bij personen met een intacte weerstand en mag niet gegeven worden aan personen met verminderde weerstand, terwijl juist die laatste groep er het meeste bij gebaat zou zijn. Daarmee is ook de doelmatigheid van het vaccin beperkt: tegenover een gewonnen levensjaar in goede gezondheid (QALY) staat een geschat bedrag van tussen de € 20.000 en € 40.000. Dit ligt boven de algemeen in Nederland geaccepteerde grens van € 20.000.

AFWEGING VAN BELANGEN

Een mogelijk individueel belang van vaccinatie valt niet te ontkennen. Zo kunnen mensen om hen moverende redenen een hoge prioriteit geven aan het voorkomen van gordelroos, hoe klein het te verwachten effect ook mag zijn. Desondanks ontbreken volgens de Gezondheidsraad de redenen om het vaccin op te nemen in een publiek vaccinatieprogramma. Er is immers geen publiek belang, omdat gordelroos vrijwel niet besmettelijk is en nooit zal optreden in epidemieën die het maatschappelijk leven ernstig kunnen ontwrichten. Evenmin kan het vaccin worden aangemerkt als essentiële zorg. Daarvan zou sprake zijn als het vaccin in belangrijke mate be-

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. W. Opstelten, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts • Correspondentie: w.opstelten@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

scherming biedt voor de doelgroep. Maar volgens een ruime meerderheid van de commissie die het advies opstelde is daarvan geen sprake: de effectiviteit van het vaccin is daarvoor te beperkt en te kortdurend.

WATERPOKKEN DE WERELD UIT?

Wanneer vaccinatie tegen gordelroos onvoldoende doelmatig is, zou dan vaccinatie tegen waterpokken niet effectiever zijn?[3] Immers: zonder waterpokken geen gordelroos. Dat lijkt een aantrekkelijke optie, maar ook hier zijn enkele voetangels en klemmen. Ten eerste is het waterpokkenvaccin, dat overigens in Nederland niet programmatisch wordt toegediend, vrijwel identiek aan het gordelroosvaccin: het is minder sterk, maar bevat hetzelfde verzwakte levende virus. En net zoals het natuurlijke varicellazostervirus, zal dit virus zich nestelen in de sensibele ganglia. Van daaruit kan het reactiveren en gordelroos veroorzaken. Hoe vaak dat zal voorkomen is onbekend. De gegevens uit longitudinale onderzoeken naar dit vaccin, dat sinds de jaren 80 van de vorige eeuw op ruimere schaal wordt toegediend, zijn immers nog niet beschikbaar.

Volgens de Gezondheidsraad ontbreken de redenen om het vaccin op te nemen in een publiek vaccinatieprogramma.

Belangrijker is de veronderstelling dat contact met het in de bevolking circulerende varicellazostervirus een boost geeft aan de cellulaire immuniteit tegen het virus. Wanneer er door varicellavaccinatie minder kinderen met waterpokken zijn, circuleert het virus minder en zou de incidentie van gordelroos kunnen toenemen.[4] Uit observaties in landen waar sinds enkele decennia tegen waterpokken wordt gevaccineerd – doorgaans omdat in die landen de schattingen van kosteneffectiviteit van programmatische vaccinatie gunstiger uitvallen – is een dergelijke toename overigens niet eenduidig af te lezen.

EEN NIEUW VACCIN

Onlangs werden de resultaten gepubliceerd van een nieuw gordelroosvaccin: een subunit vaccin, waaraan een stof (adjuvans) is toegevoegd om de afweer te versterken. Het vaccin, dat dus geen levend virus bevat, moet tweemaal worden toegediend met een interval van twee maanden. In een grote RCT onder immuuncompetente 50-plussers met een follow-up van gemiddeld 3,2 jaar bleek de vaccineffectiviteit over gemiddeld over alle leeftijdsgroepen 97,2% (95%-BI 93,7 tot 99,0%).[5] In een dit jaar gepubliceerd onderzoek dat zich toespitste op de effectiviteit van dit vaccin onder 70-plussers, bleek dat het vaccin ongeveer 90% van de gevaccineerden beschermt, zowel tegen gordelroos als tegen postherpetische neuralgie.[6] Ook van dit vaccin moeten we de resultaten op de lange termijn nog afwachten. Belangrijk is echter dat dit subunit vaccin geen levend virus bevat en daarom ook gegeven mag worden aan patiënten die er het meeste baat bij zouden hebben: patiënten met een verminderde weerstand.

Gordelroos is vrijwel niet besmettelijk en zal nooit optreden in epidemieën die het maatschappelijk leven ernstig kunnen ontwrichten.

TOEKOMSTPERSPECTIEF

Met goede argumenten heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om het huidige gordelroosvaccin niet op te nemen in een publiek vaccinatieprogramma. De bescherming door dit vaccin is te gering en te kortdurend om programmatische vaccinatie tegen gordelroos aan te bevelen. Dat neemt niet weg dat individuen hun eigen afwegingen kunnen hebben om zich te laten vaccineren. Het recent ontwikkelde subunit vaccin biedt betere perspectieven: het lijkt effectiever en is in principe ook geschikt voor toediening aan patiënten met een verminderde weerstand. Wanneer de claims van dit nieuwe vaccin in nader onderzoek terecht blijken te zijn, zal de Gezondheidsraad zich moeten beraden of een herziening van het huidige advies noodzakelijk is. ■

LITERATUUR

1 Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen gordelroos (publicatienr. 2016/09). Den Haag: Gezondheidsraad, 2016.
2 Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med 2005;352:2271-84.
3 Hartwig NG, Rümke HC, Visser HKA. Vaccineren tegen waterpokken, gordelroos en rotavirus-infectie. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:A913.
4 Van Lier A, Lugnér A, Opstelten W, et al. Distribution of health effects and cost-effectiviness of varicella vaccination are shaped by the impact on herpes zoster. EBioMedicine 2015; 8;2:1494-9.
5 Lal H, Cunningham AC, Godeaux O, et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. N Engl J Med 2015;372:2087-96.
6 Cunningham AL, Lal H, Kovac M, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. N Engl J Med 2016;375:1019-32.

Nienke Lankhorst

Patellofemoraal pijnsyndroom: onschuldig of niet?

Samenvatting

Lankhorst NE. Patellofemoraal pijnsyndroom: onschuldig of niet? Huisarts Wet 2017;60(4):157-9.

Het patellofemoraal pijnsyndroom (PFPS) komt geregeld voor, maar etiologie, behandeling en prognose zijn nog onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd. In deze beschouwing presenteer ik de bevindingen uit mijn promotieonderzoek naar het beloop en de behandeling van PFPS. Daarnaast beschrijf ik de belangrijkste (risico)factoren voor PFPS. De resultaten van twee literatuuronderzoeken laten zien dat een verminderde kracht van de bovenbeenspieren een risicofactor is voor het krijgen van PFPS. Daarnaast blijkt dat patiënten met PFPS een verminderde kracht van de bovenbeen- en de heupspieren hebben in vergelijking met mensen zonder PFPS. Uit een literatuuronderzoek blijkt dat oefentherapie effectief is voor patiënten met PFPS. Onduidelijk blijft welke patiënt wat voor soort oefentherapie moet krijgen. Een cohortonderzoek heeft aangetoond dat PFPS niet bij iedereen vanzelf overgaat. Patiënten die ten tijde van het eerste spreekuurbezoek al langere tijd klachten hadden en mensen met een slechtere kniefunctie hebben een grotere kans op een ongunstig beloop.

INLEIDING

Het patellofemoraal pijnsyndroom (PFPS), vroeger ook wel chondropathie genoemd, is een klinisch syndroom met pijnklachten aan de voorzijde van de knie. De diagnose PFPS wordt gesteld bij adolescenten en jongvolwassenen (< 40 jaar) die pijn aangeven rondom de patella. De pijn treedt vaak op bij traplopen, squatten, fietsen of lang stilzitten met gebogen knieën. De diagnose is gebaseerd op consensus, want er is geen gouden standaard voor PFPS. Tevens is het een diagnose per exclusionem: men spreekt van PFPS als er sprake is van pijn op, achter of rond de patella bij mensen jonger dan veertig jaar, die uitgelokt wordt door verschillende momenten zoals hierboven beschreven, en wanneer de arts geen andere diagnose kan stellen (zoals Osgood-Schlatter, rennersknie, bursitis prepatellaris). PFPS komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen en wordt daarom ook wel 'meidenknie' genoemd.

Een huisarts met een gemiddelde praktijkgrootte ziet ongeveer elke maand één patiënt met knieklachten.[1] De oorzaken voor het ontstaan van PFPS zijn nog onduidelijk, maar lijken multifactorieel.[2,3] Veelvoorkomende oorzaken die in de literatuur en in de nieuwste NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten worden genoemd zijn overbelasting en trauma van de knie.[4-6] Het is belangrijk om een oorzaak van een aandoening te achterhalen, omdat die soms weggenomen kan worden (preventie) of juist kan worden behandeld. We hebben echter geen duidelijk overzicht van alle (risico)factoren die met PFPS samenhangen.

Foto: Shutterstock.

Het patellofemoraal pijnsyndroom is een klinisch syndroom met pijnklachten aan de voorzijde van de knie.

De kern

- Het patellofemoraal pijnsyndroom (PFPS) bestaat uit klachten op, achter en rondom de knieschijf die optreden bij traplopen, squatten, fietsen of lang stilzitten met gebogen knieën.
- Naast overbelasting hangen zwakkere bovenbeenspieren samen met het ontstaan van PFPS-klachten.
- Oefentherapie vermindert pijnklachten en verbetert de kniefunctie bij patiënten met PFPS, maar het is nog onduidelijk of dit voor alle patiënten geldt. Mogelijk hebben vrouwen en patiënten bij wie de klachten langer duren meer baat bij oefentherapie.
- PFPS lijkt niet bij iedereen vanzelf over te gaan en patiënten die ten tijde van het eerste spreekuur met PFPS al langere tijd klachten hebben en mensen met een slechtere kniefunctie hebben een grotere kans op een ongunstig beloop.
- Er zijn tot nu toe geen aanwijzingen dat PFPS op de langere termijn samenhangt met het krijgen van artrose in de knie.

Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. N.E. Lankhorst, huisarts-in-opleiding • Correspondentie: n.lankhorst@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur heeft financiële ondersteuning ontvangen van het Reumafonds en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Pijn treedt bij PFPS op aan de voorzijde van de knie, bijvoorbeeld bij traplopen.

(RISICO)FACTOREN DIE MET PFPS SAMENHANGEN

In het kader van twee literatuuronderzoeken hebben we in totaal 54 artikelen geïncludeerd, waarin 658 factoren werden onderzocht die mogelijk met PFPS samenhangen.[5,6] Zeven onderzoeken richtten zich op risicofactoren voor het krijgen van PFPS en de overige 47 onderzoeken keken naar factoren die aanwezig waren bij patiënten met PFPS en niet bij personen zonder klachten. Uit een meta-analyse van twee van de zeven onderzoeken naar risicofactoren bleek dat patiënten met een verminderde kracht van de bovenbeenspieren een hoger risico hebben op het krijgen van PFPS.[5] Tevens bleek dat patiënten die al met PFPS waren gediagnosticeerd ook een verminderde kracht van de bovenbeenspieren hadden. Daarnaast hadden ze een verminderde kracht van de heupspieren, vergeleken met mensen zonder klachten.[6]

De kracht van de bovenbeen- en heupspieren zou je kunnen verbeteren door patiënten met PFPS te verwijzen naar een fysiotherapeut voor oefentherapie.

OEFENTHERAPIE VOOR PFPS

Volgens de nieuwste NHG-Standaard kan men oefentherapie overwegen voor patiënten met PFPS.[4] Dit advies is gebaseerd op onze conclusies van een onlangs gepubliceerde Cochrane-review.[7] In deze review keken we naar het effect van oefentherapie bij PFPS-patiënten op het verminderen van de pijnklachten en het verbeteren van de functie. De conclusie was dat oefentherapie de pijn effectief lijkt te verminderen en de functie verbetert, maar dat het nog onduidelijk is welke vorm van oefentherapie de voorkeur verdient en welke patiënten baat hebben bij oefentherapie. Voor de huisarts zou het zinvol zijn om te kunnen bepalen welke patiënten meer baat hebben bij oefentherapie. Hierover doet de NHG-Standaard namelijk geen uitspraak.[4]

Om deze vraag te beantwoorden zijn er grote onderzoeken nodig met veel patiënten of moeten de karakteristieken van de patiënten uit verschillende onderzoeken worden samengevoegd. Op dit moment is dit nog lastig te doen, omdat onderzoekers verschillende methoden gebruiken. Omdat ik in mijn proefschrift toch graag wilde aangeven welke patiënten meer baat hebben bij oefentherapie, hebben we een exploratief onderzoek uitgevoerd. We hebben een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens van een gerandomiseerd onderzoek naar het effect van oefentherapie.[8] In dit eerdere onderzoek werden patiënten met PFPS at random over twee groepen verdeeld. De eerste groep kreeg de normale zorg, adviezen en uitleg van de huisarts, zoals rust houden en een uitleg over de onschuldige aard van de klachten. De andere groep kreeg naast de uitleg en adviezen gesuperviseerde oefentherapie. Uit dit onderzoek bleek dat oefentherapie bij patiënten met PFPS pijn vermindert en de functie verbetert.[8] Oefentherapie was echter niet voor alle patiënten effectief.

Om te onderzoeken welke patiënten baat hebben bij oefentherapie of de normale zorg onderzochten we de patiëntkarakteristieken van 131 PFPS-patiënten die mogelijk interacteren met de behandelingseffecten van oefentherapie. De uitkomstmaten waren functie en pijn bij activiteiten na drie maanden follow-up. Geen van de geteste variabelen had een interactie met de behandeling. We zagen wel een positieve trend voor vrouwen met PFPS: zij hadden een grotere kans op een betere uitkomst met oefentherapie dan met normale zorg, vergeleken met mannen met PFPS. We zagen ook een positieve trend bij patiënten bij wie de klachten langer dan zes maanden bestonden – deze hadden een grotere kans op hogere functiesco-

res (betere prestaties met squatten, hardlopen, traplopen) en minder pijn bij activiteiten met oefentherapie dan met normale standaardzorg, vergeleken met patiënten die gedurende een kortere periode klachten hadden.

We concludeerden dat twee factoren, geslacht en duur van de klachten, mogelijk een voorspellende waarde hebben voor de effectiviteit van oefentherapie na drie maanden follow-up. Er is echter meer onderzoek nodig om een definitieve uitspraak te doen over het effect van oefentherapie bij verschillende patiëntgroepen.[9]

HET BELOOP VAN PFPS

Naast behandeling met oefentherapie is het belangrijk om PFPS-patiënten goed voor te lichten over de prognose van hun aandoening. Van oudsher kregen patiënten te horen dat PFP-klachten vaak vanzelf overgaan. De nieuwste NHG-Standaard stelt dat patiënten langdurig klachten kunnen houden, maar vermeldt niet welke patiënten een hoger risico hebben op het ontstaan van langdurige klachten.[4] Dit hebben we onderzocht in een lange termijn vervolgonderzoek. Daarbij probeerden we antwoord te geven op de vraag hoeveel patiënten na vijf tot acht jaar nog steeds klachten hadden en welke patiënten een grotere kans hadden om niet te herstellen. Daarnaast keken we ook hoeveel procent van de patiënten tekenen van artrose had op röntgenfoto's van de knie. Alle patiënten die vijf tot acht jaar geleden waren geïncludeerd in een Nederlands (n = 131)[8] en een Australisch onderzoek (n = 179)[10] naar de effecten van oefentherapie bij PFPS hebben we verzocht om deel te nemen. We namen hen vragenlijsten af en lieten röntgenfoto's van de meest pijnlijke knie maken. Hoewel in het Australische onderzoek ook werd gekeken naar het effect van voetzooltjes, hebben we de resultaten voor het langetermijnvervolgonderzoek van het Nederlandse en Australische onderzoek samengevoegd. De reden hiervoor was dat de effecten van de verschillende behandelingen na een jaar follow-up niet meer van elkaar verschilden. In plaats van een interventieonderzoek ontstond zo een cohortonderzoek. Van de in totaal 310 patiënten op baseline (5-8 jaar geleden) vulden 60 patiënten de vragenlijsten na vijf tot acht jaar volledig in (45 vrouwen, gemiddelde leeftijd op baseline 26 jaar). We zagen geen verschillen op baseline en op uitkomst na een jaar follow-up tussen patiënten die wel en niet reageerden. Tevens waren er geen verschillen tussen de verdeling van de verkregen therapie tussen de patiënten die wel en niet reageerden. In totaal was bij 34 (57%) patiënten na vijf tot acht jaar sprake van een slecht herstel. Van de vijftig deelnemers die een röntgenfoto van de knie hadden laten maken vertoonden 49 (98%) geen tekenen van artrose op röntgenfoto's van de knie. Factoren die samenhingen met een ongunstig beloop waren langdurige klachten van PFPS op baseline en patiënten met een lagere functiescore, die we hebben gemeten met een speciale vragenlijst.

We concludeerden dat van de patiënten die reageerden een groot deel na vijf tot acht jaar nog steeds symptomen van PFPS had. Deze conclusie komt overeen met ander onderzoek uitgevoerd op onze afdeling, waarin ook een hoog percentage (42,1%) van de patiënten met niet-traumatische knieklachten na zes jaar nog steeds klachten hield. Daarnaast bleek de duur van klachten ook een factor die samenhangt met een ongunstig beloop.[11]

Hoewel een groot percentage van de PFPS-patiënten nog knieklachten had, vertoonde deze subgroep geen tekenen van artrose op de röntgenfoto's van de knie. Langdurige klachten van PFPS en een lagere functiescore op baseline zijn voorspellers voor een slechte prognose van PFPS (bij lange termijn follow-up).[12]

DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Wanneer een patiënt de praktijk bezoekt met klachten die passen bij het patellofemoraal pijnsyndroom is het belangrijk om te vragen hoelang deze klachten al bestaan. Patiënten die de klachten korte tijd hebben (enkele weken) kunnen gerustgesteld worden, omdat de klachten dan vaak vanzelf overgaan. Ze kunnen het advies krijgen om spierversterkende oefeningen van de quadriceps uit te voeren. Mocht de patiënt later terugkomen, dan kunt u een verwijzing naar de fysiotherapeut voor oefentherapie overwegen. Heeft een patiënt echter al langere tijd last van de klachten (enkele maanden), dan dient u uit te leggen dat de klachten soms langdurig aanwezig kunnen blijven, maar dat oefentherapie de pijn kan verminderen en de functie van de knie (traplopen, squatten, enzovoort) kan verbeteren. Tevens kunt u beide groepen patiënten (met zowel kortdurende als langdurige klachten) uitleggen dat er tot nu toe geen verband lijkt te bestaan tussen patellofemorale klachten op jongere leeftijd en artrose van de knie op oudere leeftijd. ■

LITERATUUR

1 Van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
2 Thomee R, Augustsson J, Karlsson J. Patellofemoral pain syndrome: a review of current issues. Sports Med 1999;28:245-62.
3 Davis IS, Powers CM. Patellofemoral pain syndrome: proximal, distal, and local factors, an international retreat: *April 30-May 2, 2009, Fells Point, Baltimore, MD.* J Orthop Sports Phys Ther 2010;40:A1-16.

De rest van de literatuurlijst staat onderaan het artikel op www.henw.org.

Geerke Duijzer, Annemien Haveman-Nies, Sophia Jansen, Josien ter Beek, Rykel van Bruggen, Martin Willink, et al.

SLIMMER diabetes voorkomen in de eerste lijn

Samenvatting

Duijzer G, Haveman-Nies A, Jansen SC, Ter Beek J, Van Bruggen R, Willink MGJ et al. SLIMMER diabetes voorkomen in de eerste lijn. Huisarts Wet 2017;60(4):160-3.

De prevalentie van diabetes is de afgelopen jaren flink gestegen. Onderzoek toont aan dat leefstijlverandering diabetes mellitus type 2 bij hoogrisicopatiënten kan uitstellen of voorkomen. De implementatie en effectiviteit van preventieprogramma's in de praktijk blijft echter een uitdaging vanwege de noodzakelijke aanpassing aan de lokale context en beperkte (financiële) middelen. Omdat in Nederland nog geen effectief diabetespreventieprogramma voor de eerste lijn bestond, is het SLIMMER-programma ontwikkeld. SLIMMER is een gecombineerde leefstijlinterventie waarbij mensen gedurende tien maanden begeleid worden om gezonder te gaan eten en meer te bewegen. In deze beschouwing bespreken we de effectiviteit van het SLIMMER-programma in de eerste lijn en vergelijken we die met de bevindingen van andere implementatieonderzoeken op dit terrein. We hebben de effectiviteit van het SLIMMER-programma onderzocht door middel van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. SLIMMER blijkt te leiden tot verbeteringen in klinische en metabole risicofactoren, voedinginname, beweging en kwaliteit van leven. Daarbij waren klinische effecten van ons programma groter dan die van de meeste andere preventieprogramma's. Dit kan komen door de gedegen voorbereiding, het intensieve programma, het onderhoudsprogramma en aansluiting bij de reguliere werkwijze van eerstelijnszorgverleners. De resultaten van dit onderzoek bieden waardevolle inzichten die kunnen bijdragen aan structurele verankering en financiering van effectieve diabetespreventieprogramma's in de Nederlandse eerste lijn.

INLEIDING

De prevalentie van diabetes is de afgelopen jaren flink gestegen en Nederland telt inmiddels één miljoen mensen met diabetes.[1] Naast een hoge ziektelast leidt diabetes ook tot hoge zorgkosten: in 2011 bedroegen de kosten bijna 1,7 miljard euro.[1] Een ongezonde leefstijl speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van diabetes mellitus type 2 (DM2). Onderzoek toont aan dat leefstijlverandering DM2 bij hoogrisicopatiënten kan uitstellen of voorkomen.[2] De implementatie en effectiviteit van preventieprogramma's in de praktijk blijft echter een uitdaging vanwege de noodzakelijke aanpassing aan de lokale context en de beperkte (financiële) middelen.[3] In Nederland bestond nog geen effectief diabetespreventieprogramma voor de eerste lijn, hoewel uit de Study on Lifestyle intervention and Impaired glucose tolerance Maastricht (SLIM), uitgevoerd in een klinische setting, bleek dat het risico op diabetes met 47% gereduceerd kon worden.[4] Daarom is het op SLIM gebaseerde SLIMMER-programma ontwikkeld binnen de Academische Werkplaats AGORA, een samenwerkingsverband van Wageningen Universiteit en GGD Noord- en Oost-Gelderland. SLIMMER is een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met een hoog risico op DM2. De eerste auteur heeft de implementatie en effectiviteit van dit programma onderzocht en beschreven in haar proefschrift.[5] In deze beschouwing bespreken we de (kosten)effectiviteit van het SLIMMER-programma in de eerste lijn en vergelijken we die met de bevindingen van andere implementatieonderzoeken op dit terrein.

EEN GEDEGEN VOORBEREIDING

Na formulering van de eisen voor een goede implementatie van leefstijlinterventies in de eerste lijn, begon het SLIMMER-project [**figuur 1**] in 2008 met de vorming van een lokale stuurgroep, waarin gemeente, GGD, ROS en eerstelijnszorgverleners samenwerkten.[6] Vervolgens is in 2009-2010 het SLIM-programma vertaald naar het SLIMMER-programma. Dit hebben SLIM-ontwikkelaars (onderzoekers) en zorgverleners (huisartsen, diëtisten en fysiotherapeuten) gedaan in

De kern

- Hoewel onderzoek aantoont dat leefstijlverandering diabetes mellitus type 2 kan uitstellen of voorkomen, bestond in Nederland nog geen effectief diabetespreventieprogramma voor de eerste lijn.
- Het SLIMMER-programma is een gecombineerde leefstijlinterventie (voeding en bewegen) voor patiënten met een hoog risico op diabetes mellitus type 2, uitgevoerd door huisartsen, praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten en sportverenigingen.
- Zowel na twaalf maanden als na achttien maanden leidde SLIMMER tot verbeteringen in klinische en metabole risicofactoren, voedinginname, beweging en kwaliteit van leven.
- De klinische effecten van SLIMMER waren groter dan die van de meeste andere vergelijkbare preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk, wat kan komen door de gedegen voorbereiding, het intensieve programma, het onderhoudsprogramma en de aansluiting van het programma bij de reguliere werkwijze van eerstelijnszorgverleners.

Wageningen Universiteit, Afdeling Humane Voeding, Academische Werkplaats AGORA: dr. G. Duijzer, onderzoeker; dr. A. Haveman-Nies, universitair hoofddocent; prof.dr. E.J.M. Feskens, hoogleraar voeding en gezondheid in de levenscyclus. GGD Noord- en Oost-Gelderland, Warnsveld: ir. S.C. Jansen, epidemioloog; ir. J. ter Beek, functionaris gezondheidsbevordering; dr. G. Duijzer, epidemioloog; dr. A. Haveman-Nies, epidemioloog. Huisartsenzorg Regio Apeldoorn, Apeldoorn: dr. R. van Bruggen, huisarts. BV Diabeteszorg Oude IJssel, Doetinchem: M.G.J. Willink, kaderhuisarts diabetes mellitus. Wageningen Universiteit, Strategische Communicatie Groep (Sub-departement Communication, Philosophy and Technology CPT-CID), Wageningen: prof.dr. G.J. Hiddink, hoogleraar voedingscommunicatie via intermediairen • Correspondentie: geerke.duijzer@wur.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw (87600048, 20400.7003) en het Diabetes Fonds (2011.15.1462).

Deze beschouwing is gebaseerd op: Duijzer G. Type 2 diabetes prevention from research to practice: the SLIMMER lifestyle intervention [proefschrift]. Wageningen: Wageningen Universiteit, 2016.

een gezamenlijk besluitvormingsproces.[7] Omdat aanpassingen aan het programma mogelijk gevolgen kunnen hebben voor de effectiviteit, is in 2010 in Apeldoorn vervolgens een pilotonderzoek van één jaar uitgevoerd, met 31 deelnemers. Dit onderzoek toonde aan dat het programma geschikt is voor toepassing in de eerste lijn en dat de effectiviteit waarschijnlijk behouden blijft. De onderzoekers hebben enkele verbeteringen in het programma aangebracht.[8] Ook hebben ze een onderhoudsprogramma ontwikkeld om deelnemers te helpen bij gedragsbehoud en om terugval te voorkomen.[9] Dit programma bestond onder andere uit het volgen van *sport clinics* bij lokale sportverenigingen en een terugkombijeenkomst met de diëtist en fysiotherapeut. Van 2011 tot 2014 is het SLIMMER-programma vervolgens op grotere schaal geïmplementeerd en onderzocht [**figuur 1**].

HET SLIMMER-ONDERZOEK

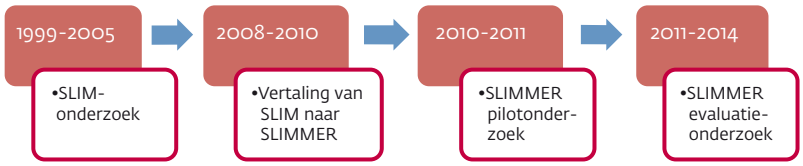
De effectiviteit van het SLIMMER-programma is onderzocht in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Het ontwerp en de methoden voor de proces-, effect- en economische evaluatie werden in 2014 in *BMC Public Health* gepubliceerd.[10] Het project werd uitgevoerd in Apeldoorn en Doetinchem door 25 huisartsenpraktijken, elf diëtisten, zestien fysiotherapeuten en vijftien sportverenigingen. Huisartsen en praktijkondersteuners vroegen patiënten in de leeftijd van 40 tot 70 jaar die een verhoogd risico hadden op DM2 (gestoord nuchtere glucose of een score ≥ 7 op de Diabetes Risico Test, maar nog zonder diabetes) om mee te doen aan het SLIMMER-programma. In totaal deden 316 deelnemers mee (een respons van 54%) [**figuur 2**]. Bij aanvang van het onderzoek ondergingen ze een orale glucosetolerantietest en een lichamelijk onderzoek, en vulden ze vragenlijsten in. Na deze baselinemeting verdeelden we de deelnemers over een interventie- en een controlegroep via een *block*-randomisatie op huisartsenpraktijkniveau en segmentatie naar geslacht. De interventiegroep volgde tien maanden lang het SLIMMER-programma, waarbij de deelnemers onder begeleiding van een poh, diëtist, fysiotherapeut en lokale sportverenigingen geholpen werden om gezonder te eten en meer te bewegen. De controlegroep kreeg reguliere zorg op grond van de NHG-Standaard.[11] Na twaalf maanden (direct na afloop van het programma) en na achttien maanden (zes maanden na afloop van het programma) werden dezelfde metingen als bij aanvang van het onderzoek nogmaals gedaan.

RESULTATEN NA TWAALF EN ACHTTIEN MAANDEN

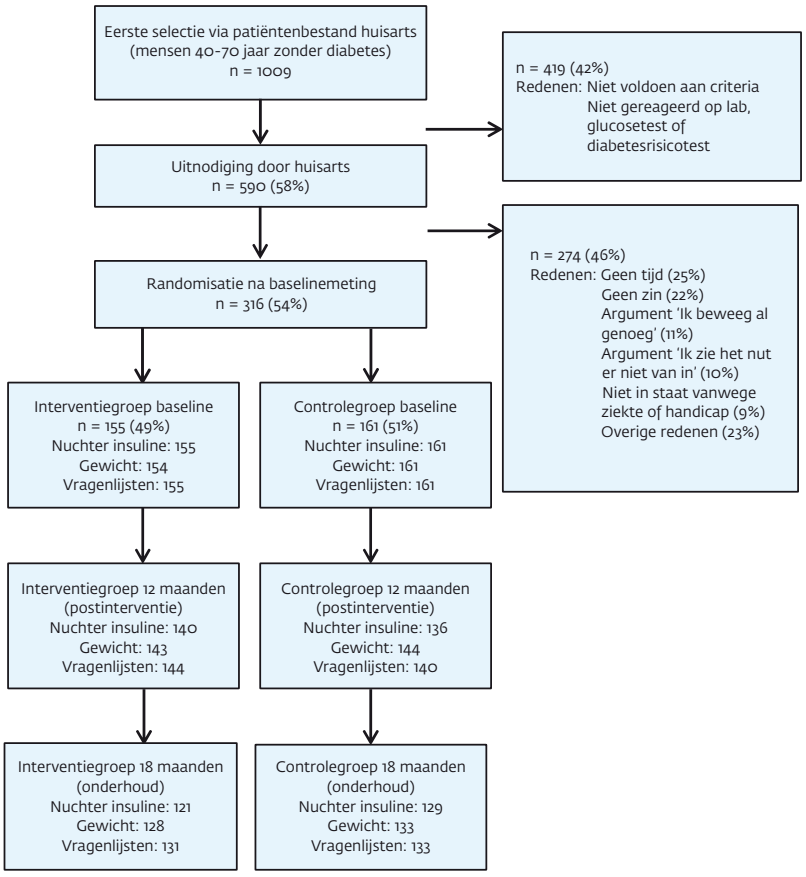
SLIMMER leidde tot positieve veranderingen in de interventiegroep.[5] Na twaalf maanden was de gemiddelde gewichtsreductie 3,4% in de interventiegroep en 0,3% in de controlegroep ($p < 0{,}001$), een verschil van 2,7 kg. Verder was de afname in middelomtrek groter in de interventiegroep, een verschil van 3,2 cm bij de mannen en 4,4 cm bij de vrouwen. Het nuchter insuline daalde meer in de interventiegroep dan in de controlegroep (−12,6 versus 0,6 pmol/l, $p = 0{,}005$). Ook zagen we in de interventiegroep grotere verbeteringen voor nuchter glucose (−0,2 versus −0,01 mmol/l), 2-uursglucose (−0,5 versus 0,2 mmol/l) en HbA1c (−0,15 versus −0,7%) dan in de controlegroep ($p < 0{,}05$). Hoewel we verbeteringen in cholesterol, triglyceriden en bloeddruk vonden, was er geen significant verschil tussen de groepen. Na achttien maanden waren de gunstige veranderingen in gewicht, middelomtrek, nuchter glucose, 2-uursglucose, nuchter insuline en HbA1c in de interventiegroep behouden gebleven.

Verder verbeterde de voedinginname in de interventiegroep vergeleken met die in de controlegroep: de inname van totaal en verzadigd vet nam af en de inname van vezels steeg.[5] Deze verbeteringen vonden we zowel direct na afloop van de interventie, als na achttien maanden. Ook verbeterde de fysieke fitheid in de interventiegroep en besteedde deze meer

Figuur 1 Tijdlijn van het SLIMMER-onderzoek



Figuur 2 Stroomdiagram van het SLIMMER-evaluatieonderzoek



Deelnemers aan het SLIMMER-programma bleken goed in staat om de gezonde leefstijl op eigen kracht vol te houden. Foto: Shutterstock.

tijd aan zware fysieke activiteiten, zowel na twaalf als na achttien maanden. Tot slot zagen we gunstige veranderingen in kwaliteit van leven, zowel na twaalf als na achttien maanden, hoewel die niet allemaal statistisch significant waren.[5] De deelnemers bleken goed in staat om de gezonde leefstijl op eigen kracht vol te houden.

IMPLEMENTATIE IN DE EERSTE LIJN

We onderzochten hoe het SLIMMER-programma in de eerste lijn is uitgevoerd en ontvangen.[12] Dit deden we door middel van kwantitatieve en kwalitatieve methoden, waaronder interviews met alle betrokken zorgverleners. Uit dit onderzoek bleek dat huisartsen en praktijkondersteuners goed in staat waren om hoogrisicopatiënten te werven, onder wie een groot aantal personen met een lage sociaal-economische status (53%). Het SLIMMER-programma werd in grote lijnen uitgevoerd zoals gepland en paste goed binnen de reguliere werkwijze van eerstelijnszorgverleners. Zowel deelnemers als zorgverleners waren zeer tevreden met het SLIMMER-programma: deelnemers gaven het programma een 8,2 en zorgverleners een 8,0 (op een schaal van 1-10).

KOSTENEFFECTIVITEIT

Tot slot hebben we de kosteneffectiviteit van het SLIMMER-programma onderzocht ten opzichte van de reguliere zorg van de huisarts.[5] De economische evaluatie liet zien dat het SLIMMER-programma duurder was dan reguliere zorg. Zoals verwacht had de interventiegroep een lager zorggebruik en rapporteerde deze groep minder arbeidsproductiviteitsverlies dan de controlegroep. De kosteneffectiviteitsanalyse liet zien dat de nettokosten van het SLIMMER-programma € 547 per deelnemer bedroegen en dat het netto-effect 0,02 QALY was (een maat voor kwaliteit van een levensjaar). Dit resulteerde in een netto kosteneffectiviteitsratio van € 28.094/QALY. Dit betekent dat € 28.094 nodig is om één extra QALY te behalen als SLIMMER wordt uitgevoerd in plaats van reguliere zorg. In Nederland geldt de algemeen geaccepteerde grens van € 20.000 per QALY voor preventieve interventies. De kosteneffectiviteit kan verder vergroot worden door de interventiekosten te beperken. Maatregelen zijn bijvoorbeeld het verplaatsen van eerstelijnszorg naar nuldelijnszorg en het nog meer op maat maken van het programma.

BESCHOUWING

De effectiviteit van leefstijlprogramma's in de dagelijkse praktijk blijkt vaak kleiner dan die in klinische settings.[13] Ons onderzoek laat echter zien dat dit niet het geval hoeft te zijn. De gewichtsreductie door het SLIMMER-programma was 2,7 kg na twaalf maanden. Dit is vergelijkbaar met de gewichtsreductie in het originele SLIM-onderzoek (2,8 kg).[4] Vergeleken met internationale implementatieonderzoeken zagen we bij ons onderzoek over het algemeen betere resultaten voor klinische en metabole risicofactoren, zoals gewicht, BMI, middelomtrek, nuchter en 2-uursglucose, en HbA1c.[3,13] In tegenstelling tot het SLIMMER-programma bleken andere Nederlandse diabetespreventieprogramma's voor de eerste lijn in het verleden niet effectief te zijn. Zo was de effectiviteit van het leefstijlprogramma in het Aphrodite-onderzoek[14] bescheiden en vond men geen effect in het Hoorn-preventieonderzoek.[15]

Een van de redenen voor de effectiviteit van het SLIMMER-programma is mogelijk de gedegen voorbereiding. De vorming van een stuurgroep heeft lokaal draagvlak gecreëerd om het SLIMMER-programma te ontwikkelen en te implementeren. Vervolgens is de vertaalslag van SLIM naar SLIMMER zorgvuldig aangepakt. Zo werden de kernelementen van het SLIM-programma bepaald en beoordeeld op hun geschiktheid voor de praktijk. Onderzoekers en eerstelijnszorgverleners hebben aanpassingen aan het programma besproken, totdat ze consensus bereikten.[6] Op deze manier zijn onderzoek en praktijk met elkaar verbonden. Het pilotonderzoek bracht vervolgens een aantal verbeteringen en aanpassingen aan het licht. Door deze aanpassingen in het programma aan te brengen, werd de kans op succes groter.[16]

Ook de intensiteit van het programma van tien maanden kan bijdragen aan de verklaring van de effectiviteit van SLIMMER, evenals de invloed van het onderhoudsprogramma. De deelnemers bezochten regelmatig een diëtist en werden wekelijks begeleid door een fysiotherapeut. Uit onze analyse bleek dat deelnemers die vaker naar de sportlessen kwamen, ook meer gewicht verloren.[12] Gezien de relatief hoge kosten die een intensief programma met zich meebrengt en het ontbreken van een ondergrens voor intensiteit, is verder onderzoek nodig naar het optimale programma.

Verder bleek uit ons onderzoek dat het SLIMMER-programma aansluit bij de reguliere werkwijze van eerstelijnszorgverleners. Dit is een belangrijk gegeven, want als zorgverleners onbekend zijn met een aanpak, is de kans op effectiviteit kleiner.[17] Daarnaast is het aannemelijk dat een programma dat afwijkt van de reguliere werkwijze meer training vergt, een goede uitvoerbaarheid in de weg staat en mogelijk leidt tot een lagere motivatie bij zorgverleners. Zorgverleners in ons onderzoek gaven aan dat het SLIMMER-programma niet erg verschilde van hun reguliere werkwijze en dat een twee uur durende *kick-off*-trainingssessie en een duidelijk draaiboek voldoende waren om goed geïnformeerd en voorbereid aan de slag te kunnen.[12]

De huisartsenpraktijk neemt een centrale plaats in het onderzoek in: de huisarts die het vertrouwen geniet van zijn/haar patiënten verzorgde de uitnodiging aan potentiële deelnemers en onder zijn/haar verantwoordelijkheid levert de poh een bijdrage aan het onderzoek, in het verlengde van het reguliere werk met chronische patiënten. Op deze wijze ontstaat een alliantie tussen *primary care* en *public health*, ten behoeve van de patiënten van de huisartsenpraktijk.

IMPLEMENTATIE NU EN IN DE TOEKOMST

Nu een effectief diabetespreventieprogramma voor de Nederlandse eerste lijn beschikbaar is, is het zaak dit op grotere schaal te implementeren. Dat is echter niet eenvoudig. Zorg en preventie zijn nog niet optimaal op elkaar afgestemd en er is geen structurele financiering voor preventieprogramma's op het snijvlak van preventie en eerste lijn. Het is daarom nodig dat alle betrokken partijen, waaronder overheid, zorgverleners en zorgverzekeraars, gezamenlijk zoeken naar nieuwe interventie- en financieringsmogelijkheden.[18] In de regio Achterhoek pakt een aantal gemeenten de handschoen op en is samen met GGD, zorgverzekeraar en eerstelijnszorgverleners op zoek gegaan naar mogelijkheden voor financiering. Dit heeft geresulteerd in een doorontwikkeling en implementatie van het SLIMMER-programma.

CONCLUSIE

Het SLIMMER-onderzoek heeft laten zien dat een gedegen voorbereiding, het intensieve programma, het onderhoudsprogramma en de aansluiting van het programma bij de reguliere werkwijze van eerstelijnszorgverleners hebben geleid tot een kosteneffectief programma ter preventie van DM2, dat uitvoerbaar is in de eerste lijn. Daarbij waren de klinische effecten van ons programma groter dan die van de meeste andere preventieprogramma's in de dagelijkse praktijk. Verder onderzoek is nodig naar de effecten en kosten op de langere termijn en de invloed van eventuele aanpassingen aan het programma op de effectiviteit. De resultaten van ons onderzoek bieden waardevolle inzichten die kunnen bijdragen aan de structurele verankering en financiering van effectieve diabetespreventieprogramma's in de Nederlandse eerste lijn. ■

LITERATUUR

1 RIVM. Volksgezondheidenzorg.info 2015 [9-9-2015]. www.volksgezondheidenzorg.info.
2 Yoon U, Kwok LL, Magkidis A. Efficacy of lifestyle interventions in reducing diabetes incidence in patients with impaired glucose tolerance: a systematic review of randomized controlled trials. Metab Clin Exp 2013;62:303-14.
3 Ashra NB, Spong R, Carter P, Davies MJ, Dunkley A, Gillies C, et al. A systematic review and meta-analysis assessing the effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes mellitus in routine practice. London: Public Health England, 2015.

De rest van de literatuurlijst staat onderaan het artikel op www.henw.org.

NHG-Standaard Acne (derde herziening)

NHG-werkgroep Acne

Belangrijkste wijzigingen

- Het behandelingsbeleid hangt af van de ernst van de acne en de eerder toegepaste (zelf)behandeling.
- Bij keuze voor lokale retinoïden zijn lokaal tretinoïne en adapaleen gelijkwaardige alternatieven.
- Zet behandeling met lokale en orale antibiotica bij voorkeur niet langer dan (elk) drie maanden voort.
- Bij behandeling van vrouwelijke patiënten met oraal isotretinoïne dient vanwege het teratogene risico een protocollair *zwangerschapspreventieprogramma* te worden toegepast.

Kernboodschappen

- Behandeling richt zich vooral op het voorkómen van nieuwe laesies en veel minder op het laten verdwijnen van bestaande laesies.
- Lokale en orale antibiotica worden altijd in combinatie met benzoylperoxide of een lokaal retinoïde voorgeschreven.
- Bij ernstige acne vormt orale behandeling (eerst antibiotica, daarna isotretinoïne) de basis van de medicamenteuze behandeling.
- Aandacht voor ideeën van de patiënt over het ontstaan, verergeren of verbeteren van acne, en aandacht voor de psychosociale beleving van acne, zijn van belang voor voorlichting op maat en kunnen de therapietrouw bevorderen.

INLEIDING

De NHG-Standaard Acne geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met acne vulgaris en een ernstige vorm daarvan: acne conglobata. Slechts een deel van de patiënten met acne bezoekt de huisarts; de meeste adolescenten beschouwen acne als een normaal onderdeel van de puberteit. Zelfzorg speelt daarom een grote rol bij deze aandoening. Acne kan voor de patiënt ingrijpende psychosociale gevolgen hebben. Twee factoren spelen daarbij een rol: de voorkeurslokalisatie van de aandoening in het gelaat en het feit dat acne het meest voorkomt in de adolescentie, een periode waarin vaak gevoelens van onzekerheid over het eigen uiterlijk bestaan. Behalve verminderd zelfvertrouwen en gevoelens van schaamte treden soms ook ernstiger angst- en/of somberheidsklachten op, die tot een verminderde kwaliteit van leven kunnen leiden. De subjectieve beleving door de patiënt is daarbij vaak niet evenredig met de objectieve ernst van de acne.[1] De belangrijkste doelen van de behandeling zijn het voorkómen van nieuwe acnelaesies, het tegengaan van littekenvorming en het vaststellen van eventuele psychosociale problemen en het bieden van begeleiding daarbij.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Acne vulgaris is een aandoening van de talgklierfollikel en wordt gekenmerkt door een polymorf beeld van comedonen (obligaat voor de diagnose), papels, pustels en soms ook noduli en cysten. Meestal manifesteert deze aandoening zich voor het eerst in de puberteit.

Acne conglobata is een ernstige vorm van acne vulgaris, die meer bij mannen voorkomt. Hierbij kunnen in het gelaat, de nek en op de rug behalve de reeds genoemde efflorescenties ook dubbel- en reuzencomedonen, infiltraten, abcessen en fistels voorkomen. Kenmerkend is dat genezing gepaard gaat met het ontstaan van (soms hypertrofische) littekens.

Epidemiologie en beloop

Van de adolescenten ontwikkelt de meerderheid in meer of mindere mate acne.[2] Voor vrouwen en mannen samen zijn incidentie en prevalentie gemiddeld respectievelijk circa 7 en 14 per 1000 patiënten per jaar. Vrouwen bezoeken de huisarts tweemaal zo vaak voor acne als mannen. Acne is bij alle etnische groepen een van de meest voorkomende huidaandoeningen.[3] Het klinisch beeld van acne vulgaris varieert van enkele comedonen tot mutilerende acne conglobata met uitgebreide littekenvorming. Dit beeld is daarnaast variabel in de tijd en in wisselende mate progressief: een minderheid van de onbehandelde patiënten met acne ontwikkelt uiteindelijk acne conglobata. Acne op de romp heeft in het algemeen een ernstiger beloop dan acne in het gelaat, deels doordat het moeilijk is lokale therapie op de romp adequaat toe te passen. Meestal geneest acne spontaan rond het 25e levensjaar. Bij een klein percentage blijft de aandoening langer bestaan of begint de acne pas op volwassen leeftijd ('acne tarda').[2]

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 kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts geraadpleegd moet worden en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

NHG-werkgroep Acne. NHG-Standaard Acne (derde herziening). Huisarts Wet 2017;60(4):164-70.
De werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Bruinsma M, Jaspar AHJ, De Ruijter W, Verhoeven ICL, Verstappen V, Van Vugt SF, Wiersma TJ en Van der Zee HH.

De NHG-Standaard Acne en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (NHG-Standaard Acne, Huisarts Wet 2007;50(6):259-68).

Pathofysiologie

Acne is een aandoening van de talgklierfollikel. Talgklierfollikels komen overal op het lichaam voor, behalve op de handpalmen en de voetzolen. De dichtheid van talgklierfollikels en de talgproductie zijn het grootst in het gelaat, op de rug en op de borst. Het aantal talgklieren blijft ongeveer constant gedurende het leven, de grootte van de talgklier neemt toe met de leeftijd. Androgenen zijn van invloed op het ontstaan van acne. Bij de pathogenese van acne spelen vier mechanismen een rol:

- abnormale afschilfering van keratinocyten in het folliculaire kanaal;[4]
- toegenomen talgproductie;[5]
- proliferatie van Propionibacterium acnes (P. acnes);[6]
- immuun- en ontstekingsreacties.[7]

De ophoping van talg en folliculaire keratinocyten in het talgklierkanaal resulteert in de vorming van een microcomedo, de voorloper van alle acnelaesies. De microcomedo wordt groter doordat de talguitscheiding geblokkeerd wordt en de follikel zich vult met talg, bacteriën, ontstekingscellen en afgestoten epitheelcellen. Hierdoor wordt de laesie zichtbaar als een comedo (niet-ontstekingslaesie) of papel/pustel/nodulus (ontstekingslaesie). In het geval van een verwijde follikelmond treedt een donkere verkleuring op: een open comedo of 'mee-eter'. Comedonen kunnen uitgroeien tot dubbel- en reuzencomedonen; onstekingslaesies kunnen aanleiding geven tot cyste-, infiltraat- en abcesvorming en soms tot het ontstaan van fistels.

Etiologie

Patiënten hebben allerlei denkbeelden over factoren die mogelijk van invloed zijn op acne.[15] Van weinig factoren is deze invloed wetenschappelijk aangetoond; de meeste berusten op persoonlijke ervaringen of misvattingen.

Het is onbekend of roken invloed heeft op het ontstaan of beloop van acne.[8] Hetzelfde geldt voor het gebruik van cosmetica.[9] Evenmin is er overtuigend bewijs voor een relatie tussen specifieke voedingsmiddelen (bijvoorbeeld chocola, melkproducten, varkensvlees, vette voeding) en het ontstaan of verergeren van acne. Er zijn zwakke aanwijzingen dat voeding met een hoge glycemische index ('snelle koolhydraten') acne kan verergeren, maar de klinische relevantie daarvan is nog onduidelijk.[10] Een gunstig effect van zonlicht op acne wordt door veel patiënten ervaren, maar blijkt niet uit het onderzoek dat daarnaar gedaan is.[11] Van de volgende factoren is wel invloed op het ontstaan of verergeren van acne aangetoond: gebruik van bepaalde geneesmiddelen (bijv. steroïden), mechanische factoren (manipulatie van comedonen en pustels: 'acne excoriée des jeunes filles') en contact met chemische stoffen (bijv. gechloreerde koolwaterstoffen, zoals dioxinen in bijv. verbrandingsrook en bestrijdingsmiddelen: 'chloor acne').[12] Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een genetische component een rol speelt bij acne.[13] Ten slotte kan acne voorkomen bij endocriene stoornissen, zoals het polycysteus-ovariumsyndroom of het Cushing-syndroom.[14]

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Informeer om een indruk te krijgen van aard, ernst en gevolgen van de acne, en om te bepalen welke therapie het meest geschikt is, naar:

- duur van de klachten en eerdere episodes;
- lokalisatie van de huidafwijkingen (gelaat, romp, elders op het lichaam);
- eventueel eerdere, zelf toegepaste behandelingen (vrij verkrijgbare middelen, dieet, alternatieve behandelingswijzen, zelfverwijzing naar schoonheidsspecialist/huidtherapeut), duur en resultaten hiervan, en reden van staken;
- bij vrouwen: (wens tot) gebruik van orale hormonale combinatiepreparaten;
- familieanamnese;[13]
- beleving van de klacht en invloed op het dagelijks leven;[1]
- verwachtingen van de patiënt over de behandeling.

Informeer, om bij de voorlichting aan te sluiten op de individuele patiënt, naar:

- factoren die volgens de patiënt de acne beïnvloeden;[15]
- de wijze van huidverzorging (gezichtsreinigers, wasfrequentie en zeepgebruik, gebruik of vermijden van cosmetica, 'uitknijpen').[9,16]

Informeer, om oorzakelijke factoren na te gaan, naar:

- (genees)middelengebruik (vooral lokale of orale corticosteroïden en anabole steroïden);[12]
- contact met chemische stoffen die acne kunnen veroorzaken;
- bij vrouwen: overmatige haargroei, overgewicht, menstruatiestoornissen;[14]
- verschijnselen die passen bij het Cushing-syndroom (zoals gewichtstoename, veranderde vetverdeling, striae) of andere endocriene stoornissen.[14]

Lichamelijk onderzoek

Inspecteer de huid op aanwezigheid van:

- non-inflammatoire acnelaesies
  - comedonen, gesloten en/of open;
  - dubbel- en reuzencomedonen.
- inflammatoire acnelaesies
  - papels, pustels en noduli;
  - cysten, infiltraten, abcessen en fistels.
- litteken- en pigmentvorming[17]
  - atrofische en hypertrofische littekens of keloïden;
  - tekenen van manipulatie;
  - post-inflammatoire hyperpigmentatie (op de plek van oude acnelaesies).

Stel de lokalisatie en de uitgebreidheid van de laesies vast.

Beoordeel (op indicatie) of er lichamelijke tekenen zijn die passen bij een endocriene stoornis (zoals hirsutisme, overgewicht, veranderde vetverdeling, striae).[14]

Evaluatie en differentiaaldiagnose

Stel de diagnose *acne vulgaris* bij een polymorf beeld van comedonen (obligaat), al dan niet gepaard gaande met papels, pustels, noduli, cysten of littekenvorming, gelokaliseerd in het gelaat en/of op de rug, schouders en borst. Indien er tevens dubbel- en reuzencomedonen, infiltraten, abcessen of fistels voorkomen, is er sprake van een ernstige vorm van acne vulgaris: *acne conglobata*.

Een indeling naar ernst wordt bemoeilijkt omdat eenduidige en objectieve criteria ontbreken. Stel de ernst van de acne daarom globaal vast aan de hand van aantal, aard en lokalisatie van de laesies en de aanwezigheid van littekens:

1. mild: comedonen en (vrijwel) geen inflammatoire laesies;
2. matig-ernstig: mengbeeld van comedonen en inflammatoire laesies in het gelaat maar onvoldoende voor 'ernstige acne';
3. ernstig:
   - veel inflammatoire laesies, of
   - mengbeeld van comedonen en inflammatoire laesies op de romp, of
   - acne conglobata, of
   - acne met littekenvorming/post-inflammatoire hyperpigmentatie.

Weeg bij twijfel over de ernstcategorie ook de subjectieve beleving door de patiënt mee.

Differentiaaldiagnostisch dient bij acne gedacht te worden aan:

- *Acne rosacea:* een aandoening waarbij op de wangen, neus en kin papels en pustels ontstaan, die meestal gepaard gaan met teleangiëctastieën en/of erytheem. In tegenstelling tot acne vulgaris ontbreken bij rosacea comedonen (zie NHG-Behandelrichtlijn Rosacea);
- *Dermatitis perioralis:* rode papeltjes en soms pusteltjes rondom de mond, vaak veroorzaakt door (langdurig) lokaal corticosteroïdgebruik (zie NHG-Behandelrichtlijn Dermatitis perioralis);
- *Folliculitis:* een ontsteking, meestal veroorzaakt door een infectie met stafylokokken, die zich beperkt tot de hals van de haarfollikel. Folliculitis is herkenbaar aan (pleksgewijs gegroepeerde) oppervlakkige pustels; comedonen ontbreken (zie NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties).
- *Hidradenitis suppurativa ('acne inversa'* of *'acne ectopia'):* een chronische, inflammatoire ontsteking van haarfollikels, die meestal pas na de puberteit begint en waarbij pijnlijke, diepgelegen ontstoken laesies ontstaan in de oksels, liezen en het anogenitale gebied (zie NHG–Behandelrichtlijn Hidradenitis suppurativa).
- *Acne aestivalis ('Mallorca acne'):* een monomorf beeld van papulopustels op vooral de armen, schouders en het coeur ten gevolge van overmatige blootstelling aan zonlicht, hoge luchtvochtigheid en mogelijk vette zonnebrandproducten; comedonen ontbreken. Dit betreft in feite een zonlichtovergevoeligheid.

RICHTLIJNEN BELEID

Door de beleving van de acne en de mogelijke psychosociale gevolgen met de patiënt te bespreken, kan de huisarts de patiënt op maat begeleiden. De objectieve ernst van de acne, het effect van eerdere behandelingen en de voorkeur van de patiënt zijn primair bepalend voor de keuze van de medicamenteuze therapie.

Voorlichting en advies

Geef uitleg over het ontstaan van acne, de prognose en behandelingsmogelijkheden. Besteed aandacht aan (vermeende) etiologische en acnebeïnvloedende factoren en bespreek eventueel verkeerde ideeën van de patiënt daarover. In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie op de NHG-publiekswebsite Thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven via het HIS. Deze patiënteninformatie is gebaseerd op deze NHG-Standaard.

- Leg uit dat alleen *zelfzorgmiddelen* met benzoylperoxide bewezen effectief zijn.[16,18]
- Raad het *uitknijpen* of andere manipulaties van acnelaesies af.
- Bespreek dat van geen enkele *dieetmaatregel* of van *cosmeticagebruik* enige invloed op acne overtuigend is aangetoond.[9,10]
- Vertel dat *zonlicht* vaak een cosmetische schijnverbetering veroorzaakt, maar niet leidt tot een werkelijke verbetering van acne; ook van kunstmatige uv-bronnen ('zonnebank') is geen positief effect op acne aangetoond.[11]
- Bespreek dat (laser)behandeling door de *huidtherapeut* van aanvullende waarde kan zijn in het geval van acnelittekens; de effectiviteit van huidtherapeutische behandelingen van actieve acne is niet aangetoond.[17,19,34]
- Orale hormonale combinatiepreparaten ('de pil') kunnen acne gunstig beïnvloeden.[32]

Medicamenteuze behandeling

Acnebehandeling grijpt vooral aan op het voorkómen van nieuwe laesies en is veel minder gericht op het laten verdwijnen van bestaande laesies. Het duurt daarom doorgaans vier tot acht weken voor effect van medicamenteuze behandeling wordt ervaren; het maximale effect wordt vaak pas na enkele maanden bereikt. Bijwerkingen treden daarentegen meestal al direct op en kunnen aanleiding geven tot verminderde therapietrouw, terwijl therapietrouw juist essentieel is voor een optimaal resultaat. Overweeg daarom de mogelijkheid van een tussentijds (eventueel telefonisch) consult bij ervaren bijwerkingen en/of (te) lang uitblijven van de gewenste werking (zie paragraaf *Controles*).

De volgende middelen komen voor behandeling van acne door de huisarts in aanmerking:

- *Benzoylperoxide.* Benzoylperoxide kan veilig worden gebruikt bij de behandeling van acne en is, naast de lokale retinoïden, een van de middelen van eerste keus. De laagste effectieve concentratie van 5% heeft de voorkeur. Vooral in het begin van de behandeling kan irritatie optreden in de vorm van roodheid, branderigheid en schilfering van de huid. De blekende werking op haar, textiel en metaal (brillen en sieraden) is een belangrijke bijwerking. Allergisch contacteczeem is mogelijk. Intensief zonnebaden en zonnebankgebruik dienen vermeden te worden tijdens de behandeling.[18]
- *Lokale retinoïden.* De retinoïden adapaleen en tretinoïne kunnen veilig gebruikt worden bij acne en zijn, naast benzoylperoxide, middelen van eerste keus. Op basis van effectiviteit, bijwerkingen, gebruikersgemak en kosten kan geen duidelijke voorkeur voor een van beide middelen worden uitgesproken. De acne kan in het begin van de behandeling tijdelijk verergeren. Bijwerkingen zijn vooral huidirritaties, zoals erytheem, droge huid, schilfering, branderigheid en een verhoogde

gevoeligheid voor zonlicht. Tretinoïne kent verschillende concentraties, adapaleen heeft één vaste concentratie. Lokale retinoïden mogen niet worden toegepast tijdens zwangerschap en lactatie; vruchtbare vrouwen dienen effectieve anticonceptie toe te passen tot minstens een maand na het staken van lokale retinoïden.[20,21]

- *Lokale antibiotica.* Clindamycine en erytromycine zijn beide effectief in het bestrijden van vooral papels en pustels.[22] Er is geen voorkeursmiddel. Resistente bacteriestammen worden steeds vaker aangetroffen, maar de werking van de middelen neemt minder af dan het veranderende resistentiepatroon doet verwachten.[23] De anti-inflammatoire en immuunmodulerende werking van lokale antibiotica speelt hierbij waarschijnlijk een rol. Combineer lokale antibiotica altijd met benzoylperoxide of een lokaal retinoïde (adapaleen of tretinoïne).[24] De werking is dan sneller en beter, waardoor de kans op resistentie afneemt. Lokale antibiotica geven soms huidirritatie. Beperk het gebruik van lokale antibiotica tot maximaal drie maanden.
- In Nederland zijn twee *combinatiepreparaten* verkrijgbaar die antibiotica bevatten: clindamycine/benzoylperoxide en clindamycine/tretinoïne. Een voordeel is de eenmaal daagse dosering, en daarmee mogelijk betere therapietrouw. Nadelen van het combineren van verschillende medicamenten zijn dat het lastig is om te bepalen welke component eventuele bijwerkingen geeft, dat het lokaal antibioticum mogelijk langer wordt voorgeschreven dan strikt nodig is, en de hogere kosten. De huisarts kan in overleg met de patiënt kiezen voor een van de beschikbare combinatiepreparaten, die beide even effectief zijn.
- *Orale antibiotica.* Doxycycline, tetracycline, erytromycine, azitromycine en minocycline zijn alle effectief gebleken bij acnebehandeling.[25] Orale antibiotica moeten, net als lokale antibiotica, gecombineerd worden met benzoylperoxide of een lokaal retinoïde.[26] De behandelingsduur is minimaal zes weken. Als er geen verbetering meer optreedt, dienen de antibiotica zonder afbouwen gestopt te worden. In verband met het voorkomen van resistentie dient deze behandeling niet langer dan drie maanden te duren. Na het staken van de antibiotica wordt het lokale retinoïde of benzoylperoxide gecontinueerd om remissie te behouden.
- *Doxycycline* heeft de voorkeur, omdat het eenmaal daags gedoseerd wordt (100 mg) en tijdens de maaltijd ingenomen kan worden.[27] Het veroorzaakt wel vaker fotosensitiviteit dan de andere middelen. Adviseer daarom bij zonnig weer het gebruik van een zonnebrandcrème met minimaal factor 15. In geval van gastro-intestinale of fotosensitieve bijwerkingen bij een dosering van eenmaal daags 100 mg kan worden overgestapt op de (duurdere) 40 mg tablet met gereguleerde afgifte, die even effectief en veilig is.[25]
- *Tetracycline* is het middel van tweede keus. Dit middel heeft als nadeel dat het twee keer per dag moet worden ingenomen en dat voedsel, vooral melkproducten, de absorptie ervan verminderen. De patiënt moet tetracycline daarom een uur voor de maaltijd of twee uur nadien innemen. Dit kan ten koste gaan van de therapietrouw. Er is een kleine kans op fotosensitiviteit.
- *Erytromycine* is het antibioticum van derde keus, maar tijdens de zwangerschap is het eerste keus, omdat doxycycline en tetracycline dan gecontraindiceerd zijn.[21]
- *Azitromycine en minocycline.* Hoewel ook *azitromycine* effectief is, is onduidelijk hoe het in de praktijk (intermitterend) gedoseerd moet worden. Het gebruik van *minocycline* wordt afgeraden, omdat het niet effectiever is gebleken dan doxycycline en tetracycline en ernstige bijwerkingen kan geven, zoals auto-immuunstoornissen en benigne intracraniale hypertensie.[27]
- *Oraal isotretinoïne* is een zeer effectief middel tegen acne.[28] Het dient gereserveerd te worden voor ernstige of therapieresistente matig-ernstige vormen. De teratogeniteit van het middel (zoals hydro- en microcephalus, cardiovasculaire malformaties en afwijkingen van thymus en bijschildklier) en het voorkomen van ernstige bijwerkingen (zoals bloedbeeldafwijkingen, stijging van leverenzymwaarden en/of lipidenspiegels, maar ook vasculitis, toxische epidermale necrolyse, benigne intracraniële hypertensie en ernstige psychiatrische beelden) zijn factoren die de toepassing ervan beperken.[29-31] Behandeling van acne met isotretinoine door de huisarts is vanwege de risico's en daaruit voortvloeiende strikte voorwaarden en controles 'facultatief' (zie Kader *Isotretinoïne*) en absoluut gecontra-indiceerd tijdens zwangerschap en lactatie; isotretinoïne heeft geen invloed op de aanmaak en kwaliteit van zaadcellen. Bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd is het gebruik gekoppeld aan een verplicht *zwangerschapspreventieprogramma*.[29] Ook wanneer de dermatoloog voorschrijvend arts is, is het aan te bevelen het gebruik goed in het HIS te registeren, om tijdig een eventueel verband met depressieve klachten of andere bijwerkingen te kunnen opmerken.
- *Orale hormonale combinatiepreparaten* kunnen het beloop van acne gunstig beïnvloeden.[32] Het effect op de acne verschilt individueel en wordt meestal na drie tot vier maanden zichtbaar. Deze preparaten kunnen ingezet worden bij vrouwen die ook een anticonceptiewens hebben (orale hormonale combinatiepreparaten zijn niet geregistreerd voor acnebehandeling). Gebleken is dat preparaten met cyproteronacetaat (niet geregistreerd als anticonceptivum, maar wel voor de behandeling van acne) niet klinisch-relevant effectiever zijn bij de behandeling van acne dan andere orale hormonale combinatiepreparaten, maar wel een verhoogd risico op tromboembolische complicaties geven. Dit geldt ook voor combinatiepreparaten met gestodeen, desogestrel of drospirenon als progestativum. De voorkeur gaat daarom uit naar levonorgestrel bevattende combinatiepreparaten van de tweede generatie, conform de NHG-Standaard Anticonceptie.

Behandelingsplan

Bepaal de ernst van de acne (zie *Evaluatie*)

en start in overleg met de patiënt met de initiële behandeling volgens [**tabel 1**]. Betrek daarbij ook welke behandeling (inclusief zelfzorg) reeds eerder werd toegepast. Ga bij onvoldoende effect over naar de vervolgbehandeling. Bepaal na een (langdurige) onderbreking van de behandeling opnieuw de ernst en (her) start de behandeling volgens [**tabel 1**].

De volgende instructies en aanvullende overwegingen zijn van toepassing:

- De diverse middelen zijn beschikbaar in verschillende concentraties en bases. Zie [**tabel 2**] voor een overzicht van de voorkeurspreparaten, dosering, verdere gebruiksadviezen en behandelingsduur.
- Benzoylperoxide en lokale retinoïden dienen bij voorkeur 's avonds aangebracht te worden en lokale antibiotica bij voorkeur 's ochtends.
- Het combineren van een lokaal retinoïde met benzoylperoxide is niet praktisch, omdat beide bij voorkeur 's avonds aangebracht dienen te worden, terwijl ze chemisch niet verenigbaar zijn (benzoylperoxide inactiveert het retinoïde). Een uitzondering vormt de situatie van milde acne met uitsluitend comedonen: hier vormt de combinatie van benzoylperoxide 's ochtends en lokaal retinoïde 's avonds een extra behandelingsmogelijkheid.
- Indien de huid als gevolg van de behandeling te droog wordt, kan een indifferente crème, bijvoorbeeld cetomacrogol- of lanettecrème, toegevoegd worden.
- Bij vrouwen met anticonceptiewens kunnen orale hormonale combinatiepreparaten worden ingezet in plaats van, of in aanvulling op de behandeling (zie NHG-Standaard Anticonceptie).
- Overweeg – in overleg met de patiënt – bij patiënten met matig-ernstige acne waarbij de initiële en vervolgbehandeling, ondanks goede therapietrouw, onvoldoende effectief blijken, behandeling met isotretinoïne.
- Benzoylperoxide en lokaal erytromycine/clindamycine kunnen veilig gebruikt worden tijdens de zwangerschap en lactatie. Wanneer orale behandeling noodzakelijk is, is erytromycine het middel van eerste keus, met een zo kort mogelijke behandelingsduur. Lokale retinoïden en isotretinoïne zijn tijdens de zwangerschap en lactatie gecontra-indiceerd.
- Mensen met een donkere huid hebben een groter risico op post-inflammatoire hyperpigmentatie en keloïdvorming. Lokale retinoïden en benzoylperoxide kunnen de huid irriteren, waardoor de kans op hyperpigmentatie toeneemt. Begin, om deze kans te verkleinen, met een lage concentratie of behandeling om de dag; wees niet terughoudend met de inzet van orale behandeling bij intolerantie voor, of bijwerkingen van lokale therapie.[33] Adviseer in de zomer, ook bij een donkere huid, een goede zonnebrandcrème (minimaal factor 15) te gebruiken.

Controles

De eerste controle vindt plaats na ongeveer zes weken, tenzij er een reden voor een eerder (telefonisch) consult is, bijvoorbeeld bij het optreden van bijwerkingen. Vraag actief naar bijwerkingen en therapietrouw en pas de behandeling zo nodig aan. Let vooral bij mensen met een donkere huid op het optreden van post-inflammatoire hyperpigmentatie.

Tabel 1 **Medicamenteus behandelingsbeleid bij acne**

- Overweeg bij vrouwen met anticonceptiewens hormonale combinatiepreparaten van de tweede generatie in plaats van of in aanvulling op de initiële of vervolgbehandeling
- Bij zwangerschap gelden afwijkende adviezen; zie Behandelingsplan.

	Milde acne*	Matig-ernstige acne*	Ernstige acne*
Initiële behandeling	– benzoylperoxide *of* – adapaleen *of* – tretinoïne (wissel als tussenstap eventueel tussen benzoylperoxide en adapaleen of tretinoïne)	– benzoylperoxide, adapaleen of tretinoïne *plus* – clindamycine of erytromycine lokaal	– benzoylperoxide, adapaleen of tretinoïne *plus* – oraal doxycycline
Vervolgbehandeling	– benzoylperoxide, adapaleen of tretinoïne *plus* – clindamycine of erytromycine lokaal (alternatief *bij uitsluitend comedonen*: benzoylperoxide *plus* adapaleen of tretinoïne)	– benzoylperoxide, adapaleen of tretinoïne *plus* – oraal doxycycline (bij onvoldoende effect: overweeg oraal isotretinoïne)	– oraal isotretinoïne (hierbij geen lokale therapie nodig) (deze behandeling door huisarts of dermatoloog)

* Indeling naar ernst:
Mild: comedonen en (vrijwel) geen inflammatoire laesies.
Matig-ernstig: mengbeeld comedonen en inflammatoire laesies in gelaat, onvoldoende voor 'ernstige acne',
Ernstig: veel inflammatoire laesies *of* mengbeeld comedonen en inflammatoire laesies op de romp *of* acne conglobata *of* acne met littekenvorming/post-inflammatoire hyperpigmentatie.

Tabel 2 Geneesmiddeleninformatie

Stofnaam	Preparaat (eerste keus vetgedrukt)	Dosering en gebruiksadvies	Duur (weken/maanden)
Benzoylperoxide lokaal	**– gel: 5% (50 mg/g of 50 mg/ml)**	1 dd, bij voorkeur 's avonds; bij gevoelige huid om de dag; wanneer in combinatie met lokaal retinoïde: 's ochtends benzoylperoxide, 's avonds lokaal retinoïde	minimaal 6 weken, langdurig gebruiken om remissie te behouden
Adapaleen lokaal	**– gel: 0,1% (1 mg/g)**	1 dd 's avonds; bij een gevoelige huid om de dag; niet tijdens zwangerschap en lactatie	minimaal 6 weken, langdurig gebruiken om remissie te behouden
Tretinoïne lokaal	**– crème:** 0,02% (0,2 mg/g) **0,05% (0,5 mg/g)** 0,1% (1 mg/g) – oplossing: 0,02% (0,2 mg/ml) 0,05% (0,5 mg/ml) 0,1% (1 mg/ml)	1 dd 0,05% 's avonds; bij gevoelige huid 0,02% (of 0,05% om de dag); bij onvoldoende effect 0,1% 's avonds; niet tijdens zwangerschap en lactatie	minimaal 6 weken, langdurig gebruiken om remissie te behouden
Clindamycine lokaal	**– lotion: 1% (10 mg/ml)** – gel: 1% (10 mg/ml)	1 dd 's morgens	minimaal 6 weken; maximaal 3 maanden
Erytromycine lokaal	**– oplossing: 1% (10 mg/ml)**	1 dd 's morgens	minimaal 6 weken; maximaal 3 maanden
Clindamycine/ benzoylperoxide lokaal	**– gel: 1% (10 mg/g) clindamycine *en* 5% (50 mg/g) benzoylperoxide**	1 dd 's avonds	minimaal 6 weken; maximaal 3 maanden; daarna onderhoud met lokaal retinoïde of benzoylperoxide monotherapie
Clindamycine/ tretinoïne lokaal	**– gel: 1% (10 mg/g) clindamycine *en* 0,025% (0,25 mg/g) tretinoïne**	1 dd 's avonds; niet tijdens zwangerschap en lactatie	minimaal 6 weken; maximaal 3 maanden; daarna onderhoud met lokaal retinoïde of benzoylperoxide monotherapie
Doxycycline oraal	**– (disper)tablet: 100 mg** – capsule met gereguleerde afgifte: 40 mg	1 dd 100 mg; gebruik zonnebrandcrème (≥ factor 15) bij zonnig weer; bij gastro-intestinale of fotosensitieve bijwerkingen eventueel 1 dd 40 mg mga; niet tijdens zwangerschap en lactatie	minimaal 6 weken; maximaal 3 maanden; daarna onderhoud met lokaal retinoïde of benzoylperoxide monotherapie
Tetracycline oraal	**– capsule : 250 mg**	2 dd 250-500 mg; capsule innemen met een ruime hoeveelheid water (geen melkproducten) 1 uur voor of 2 uur ná de maaltijd en niet voor het slapengaan; niet tijdens zwangerschap en lactatie	minimaal 6 weken; maximaal 3 maanden; daarna onderhoud met lokaal retinoïde of benzoylperoxide monotherapie
Erytromycine oraal	**– tablet: 250 mg, 500 mg** – suspensie: 2,5% (25 mg/ml) 5% (50 mg/ml)	2 dd 250-500 mg	minimaal 6 weken; maximaal 3 maanden; daarna onderhoud met lokaal retinoïde of benzoylperoxide monotherapie

Voor informatie over isotretinoïne oraal: zie Kader *Isotretinoïne*.

Besteed aandacht aan de psychosociale gevolgen van de acne(behandeling) en motiveer de patiënt om de behandeling consequent voort te zetten. Verdere controles vinden plaats afhankelijk van het effect van de behandeling en in overleg met de patiënt. Bij het voorschrijven van antibiotica wordt geadviseerd om elke zes weken de huid te controleren, bij isotretinoïne elke vier weken (zie Kader *Isotretinoïne*). Stop de orale behandeling als er geen verbetering meer optreedt, uiterlijk na drie (antibiotica) of zes (isotretinoïne) maanden.

Consultatie en verwijzing

Consulteer bij twijfel over de diagnose acne, eventueel via teledermatologie, een dermatoloog.

- Indicaties voor verwijzing naar een dermatoloog zijn:
  - wens tot behandeling met isotretinoïne, tenzij de huisarts dit zelf doet;
  - behandeling van littekens/keloïd en/of post-inflammatoire hyperpigmentatie; deze behandeling kan eventueel ook door een huidtherapeut plaatsvinden, mits deze is opgenomen in het kwaliteitsregister voor paramedici.[19,34]

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

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

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur: www.henw.org.

Isotretinoïne (facultatief)

Isotretinoïne is zeer effectief tegen acne, maar gereserveerd voor ernstige of therapieresistente vormen.[28] De toepassing van isotretinoïne wordt beperkt door de teratogeniteit en de kans op ernstige bijwerkingen.[29-31] Combineren met lokale therapie is niet nodig. Indien de huisarts onvoldoende ervaring heeft met isotretinoïne of zich onvoldoende bekwaam voelt voor de behandeling met isotretinoïne, dan wel anderszins niet volgens onderstaande voorwaarden van voorschrijven kan werken, verwijst hij de patiënt hiervoor naar een dermatoloog. De meeste bijwerkingen zijn dosisafhankelijk en reversibel. Zeer vaak ontstaat er een droge en/of schilferende en/of rode huid, droge slijmvliezen (lippen, neus, conjunctivae) met bijvoorbeeld bloedneuzen of blefaro-conjunctivitis als gevolg, jeuk, spier-, gewrichts-, hoofd– en/of rugpijn. Andere vaak voorkomende bijwerkingen zijn anemie, trombocytose of -penie, neutropenie en verhoging van de leverenzymwaarden, totaal cholesterol en triglyceridenspiegels.[30] Psychiatrische beelden, zoals een depressie of psychose, kunnen voorkomen.[31]

Aandachtspunten bij isotretinoïnegebruik:

- Bij het voorschrijven van isotretinoïne bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd dient een protocollair *zwangerschapspreventieprogramma* te worden toegepast. Bij voorkeur wordt daarbij gebruikgemaakt van een door de patiënt en huisarts ondertekend formulier (zie Bijlage Formulier geïnformeerde toestemming 'isotretinoïne bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd'). *De vrouw verklaart daarbij per onderdeel* van het zwangerschapspreventieprogramma dat zij dit onderdeel begrepen heeft en accepteert. De patiënt dient op de absolute noodzaak van afdoende anticonceptie gewezen te worden en in overleg met de huisarts zorg te dragen voor een effectieve anticonceptie, dat wil zeggen: twee aanvullende methoden, waaronder één barrièremethode. Anticonceptie is nodig vanaf minimaal een maand voor de behandeling tot minimaal een maand na de behandeling. Zwangerschap dient maandelijks uitgesloten te worden met een zwangerschapstest, bij voorkeur in de praktijk verricht: vóór de behandeling, binnen drie dagen voor elk herhalingsrecept (maximaal voor dertig dagen) en vijf weken na het staken van de behandeling. Zwangerschapstest, (herhaal)recept en aflevering vinden bij voorkeur op dezelfde dag plaats; aflevering door de apotheek gebeurt maximaal zeven dagen na datum recept. Bij mannen heeft behandeling met isotretinoïne geen invloed op de aanmaak en kwaliteit van zaadcellen.
- Andere contra-indicaties zijn leverinsufficiëntie, sterk verhoogde lipidenspiegels, hypervitaminose A, lactatie en leeftijd < 12 jaar (i.v.m. prematuur sluiten van groeischijven).
- Start met 0,5 mg per kg lichaamsgewicht per dag in een of twee doses tijdens de maaltijd. Controleer na vier weken: verhoog bij onvoldoende reactie de dosis, verlaag bij (te veel) bijwerkingen de dosis. De onderhoudsdosering is 0,1-1 mg per kg lichaamsgewicht per dag. Stop na vier tot zes maanden wanneer een cumulatieve dosis van 120 tot 150 mg/kg bereikt is. Neem bij een recidief een tussenpoos van minimaal twee maanden in acht voor het starten van een nieuwe behandeling.
- Gebruik isotretinoïne niet gelijktijdig met andere orale of lokale acnemedicatie, onder andere vanwege gevaarlijke interacties (bijv. met tetracyclines: cave benigne intracraniële hypertensie).
- Vermijd blootstelling aan zonlicht en adviseer een zonnebrandcrème met minimaal factor 15 te gebruiken.
- Ontraad alcoholgebruik.
- Controleer voorafgaand aan de behandeling en vervolgens na een en vier maanden behandeling het Hb, leukocyten, trombocyten, ALAT, totaal cholesterol en nuchter triglyceriden, tenzij de uitslagen van deze bepalingen of comorbiditeit aanleiding zijn voor een ander beleid. Wanneer binnen vier maanden geen klinisch significante afwijkingen zijn opgetreden, zijn verdere controlebepalingen niet nodig.[30]
- Vraag actief naar symptomen van depressie of psychose in de loop van de behandeling.[31]
- Maak elke vier weken een controleafspraak.

Aanpassing medicamenteus beleid NHG-Standaard Het soa-consult

Naar aanleiding van de herziening van de NHG-Behandelrichtlijn Acute epididymitis (2016) is ook het onderdeel medicamenteuze behandeling van epididymitis in de NHG-Standaard Het soa-consult aangepast.

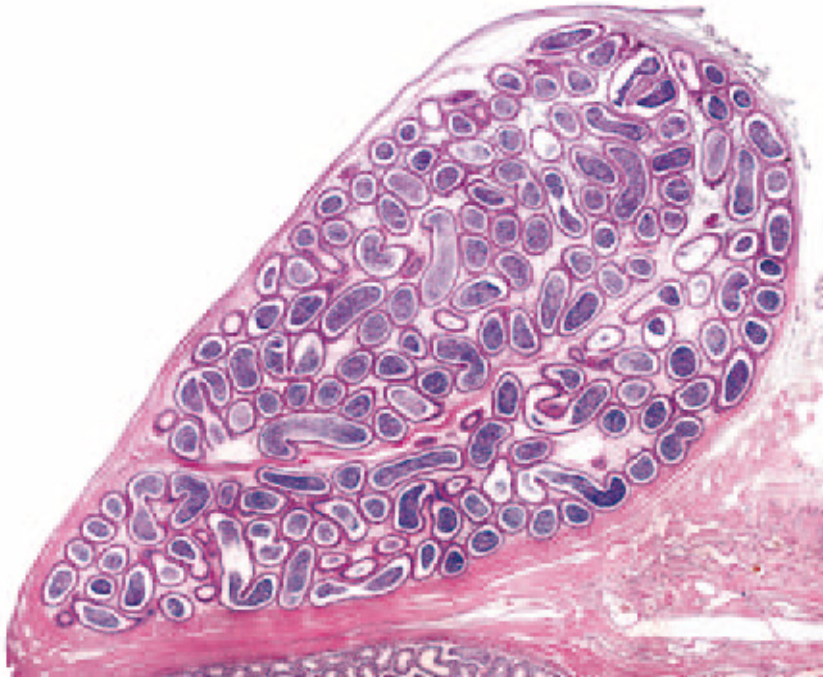


Foto: Shutterstock/Jose Luis Calvo

Voor eerste keus behandeling maakt de NHG-Standaard Het soa-consult niet langer onderscheid tussen epididymitis veroorzaakt door een urineweginfectie of veroorzaakt door een soa.

Bij een epididymitis is behandeling met een antibioticum geïndiceerd. Voor de behandeling van eerste keus wordt niet langer onderscheid gemaakt tussen een epididymitis waarschijnlijk veroorzaakt door een urineweginfectie en een epididymitis vermoedelijk veroorzaakt door een soa. Als een patiënt zich voor het eerst presenteert met een epididymitis, is het namelijk onzeker waardoor de epididymitis veroorzaakt is. De voorkeur gaat daarom uit naar een behandeling met chinolonen, omdat deze in beide gevallen werken.

HERZIENE AANBEVELINGEN

De herziene aanbevelingen zijn als volgt:

- Schrijf bij een epididymitis de volgende antibiotica voor:
  - Eerste keus: levofloxacine 1 dd 500 mg tablet, gedurende 14 dagen.
  - Tweede keus: ofloxacine 2 dd 400 mg tablet, gedurende 14 dagen.
- Geef bij een grote kans op een simultane gonokokkeninfectie ook een behandeling voor gonorroe. Zie het onderdeel 'behandeling gonorroe' in de NHG-Standaard Het soa-consult.
- Maak bij een contra-indicatie voor chinolonen (epilepsie of een verhoogde neiging tot het ontwikkelen van epileptische aanvallen, peesaandoeningen gerelateerd aan het gebruik van chinolonen in de voorgeschiedenis en overgevoeligheid voor chinolonen) wél onderscheid tussen een epididymitis waarschijnlijk veroorzaakt door een urineweginfectie en een epididymitis vermoedelijk veroorzaakt door een soa. Schrijf in dat geval het volgende antibioticum voor:
  - Bij een epididymitis waarschijnlijk veroorzaakt door een urineweginfectie: cotrimoxazol 2 dd 960 mg tablet, gedurende 14 dagen.
  - Bij een epididymitis waarschijnlijk veroorzaakt door een soa: doxycycline 2 dd 100 mg tablet, gedurende 14 dagen.
- Geef ook in deze gevallen een behandeling voor gonorroe als er een grote kans is op een simultane gonokokkeninfectie.
- Schrijf zo nodig pijnstillende medicatie voor, zoals paracetamol of een NSAID (zie NHG-Standaard Pijn).
- Behandel bij een (mogelijke) soa de partner(s) meteen mee.

Er verschijnt geen nieuw gedrukt samenvattingskaartje. De tekst van de standaard en het samenvattingskaartje op de NHG-website zijn aangepast. Zie voor de meest recente versie https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-het-soa-consult. ■

NHG-Werkgroep Het soa-consult

Yvonne Drewes

NASCHOLING

Plicht om te wijzen op leefstijlverandering

INLEIDING

In de dagelijkse praktijk krijgen huisartsen geregeld te maken met juridische problemen. Ze moeten vragen beantwoorden als: mag een dochter het obductieverslag van haar overleden vader inzien? Hoe zit het met het recht van een gescheiden vader om het dossier van zijn kinderen in te zien? Wanneer is er bij lijkvinding sprake van een onnatuurlijke dood? Huisartsen zijn vaak niet op de hoogte van de juridische regels en de daarop betrekking hebbende KNMG-richtlijnen. In de serie 'Huisarts & recht' bespreekt een gezondheidsjurist een aantal veel voorkomende juridische problemen waarmee huisartsen te maken krijgen.

VRAAG

Aandacht voor de relatie tussen leefstijl (voeding, roken, alcoholgebruik, bewegen, enzovoort) en gezondheid wordt steeds belangrijker in de huisartsenpraktijk. Waar huisartsen voorheen pas over leefstijladviezen begonnen te spreken als een patiënt met leefstijlgerelateerde klachten op het spreekuur kwam, moeten ze zich nu steeds meer proactief opstellen. Maar wat betekent dat in de praktijk? Als iemand overgewicht heeft, moeten huisartsen dat dan actief benoemen? Blijven ze in gebreke als ze dat niet doen? Of is het de verantwoordelijkheid van de patiënt om over de leefstijl te beginnen?

De casus van mevrouw Arends beschrijft de complexiteit van leefstijladvisering in de praktijk. Om de verantwoordelijkheid van de huisarts hierbij te ontrafelen, volgt hieronder een analyse van deze verantwoordelijkheid op basis van vijf bronnen: de *artseneed* en *CanMeds* (de algemene normen voor de praktijk), *wetgeving* (de juridische codificatie van normen), *richtlijnen* (het uitgangspunt voor medisch handelen) en de *rechtspraak* (richtinggevend voor de interpretatie van wet- en regelgeving in de praktijk).

Samenvatting

Drewes YM. Plicht om te wijzen op leefstijlverandering. Huisarts Wet 2017;60(4):172-5.

Voor huisartsen wordt het steeds belangrijker om te focussen op de relatie tussen leefstijl (voeding, roken, alcohol, lichaamsbeweging, enzovoort) en gezondheid. Waar huisartsen voorheen alleen adviseerden over leefstijl wanneer de klacht van de patiënt daartoe aanleiding gaf, moeten ze zich tegenwoordig proactief opstellen. Wat betekent dat in de praktijk? Moeten huisartsen, als iemand met overgewicht komt, actief de leefstijl bespreekbaar maken? Schieten ze misschien zelfs tekort als ze dat niet doen? Deze nascholing beschrijft op basis van de wetgeving, richtlijnen en een voorbeeld uit de dagelijkse praktijk wat er van huisartsen wordt verwacht.

Casus

Mevrouw Arends is 54 jaar en heeft ernstig overgewicht. Sinds twaalf jaar heeft ze diabetes type 2. Ze wordt begeleid door de praktijkondersteuner, maar de laatste jaren neemt haar gewicht alleen maar toe. Haar HbA1c stijgt en de praktijkondersteuner is in overleg met de huisarts met insuline gestart. Mevrouw gebruikt nu tweemaal daags mixinsuline, naast de maximale dosering orale antidiabetica. Desondanks blijft de HbA1c te hoog. De praktijkondersteuner heeft al vaak over het belang van afvallen gesproken. Ook heeft mevrouw Arends een diëtiste bezocht. De laatste twee keer is het gesprek met de praktijkondersteuner onprettig verlopen omdat mevrouw Arends het vervelend vond dat de praktijkondersteuner steeds over haar gewicht begon. Hierna is zij niet meer op de vervolgafspraak verschenen. De praktijkondersteuner vertelt de huisarts dat ze zich zorgen maakt over mevrouw Arends en haar niet goed ingestelde diabetes. Ze vraagt of de huisarts contact opneemt met mevrouw om het belang van glucosemonitoring en afvallen te bespreken.

DE ARTSENEED

Elke arts heeft een belofte afgelegd of een eed gezworen over toewijding, gedrag en ethische opvattingen. De eed heeft weliswaar juridisch geen rechtskracht, maar is wel bepalend voor beslissingen en voor het vertrouwen van patiënten in artsen.[1] In de Nederlandse eed is vastgelegd dat de arts de gezondheid van patiënten zal bevorderen en dat hij of zij de opvattingen van de patiënt zal eerbiedigen. Bovendien verklaart de arts dat hij of zij zal luisteren naar de patiënt en deze goed zal inlichten. In de gedragsregels voor artsen is dit nader uitgewerkt: de arts laat zich bij zijn of haar beroepsuitoefening leiden door de bevordering van de gezondheid en het welzijn van de mens, de kwaliteit van zorg en respect voor zelfbeschikking van de patiënt.[2]

De artseneed en de gedragsregels vormen het fundament van het handelen van de arts. Het huidige preventiebeleid van de KNMG geeft een verdere invulling hieraan door artsen te stimuleren om actief met tabaksontmoediging, verantwoord alcoholgebruik, gezond gewicht en voorkoming van diabetes

De kern

- Van de huisarts wordt een stimulerende rol verwacht bij patiënten met leefstijlgerelateerde gezondheidsrisico's, zeker bij kinderen.
- De huisarts moet een evenwicht zoeken tussen het nastreven van leefstijlverbetering en de wensen van de patiënt.
- Bij een volgende revisie van de NHG-Standaard Obesitas moet men overwegen of de beschreven reactieve houding van de huisarts aan herziening toe is.

Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Interne Geneeskunde, Sectie Ouderengeneeskunde, Leiden: dr.mr. Y.M. Drewes, arts maatschappij en gezondheid. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Utrecht (tot 1 juni 2016): dr.mr. Y.M. Drewes, beleidsadviseur • Correspondentie: y.m.drewes@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De huisarts moet bij een proactieve, motiverende aanpak van leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen een evenwicht vinden tussen het nastreven van leeftstijlverbetering en de wensen van de patiënt.

mellitus type 2 aan de slag te gaan.[3] De KNMG wil het bewustzijn onder artsen met betrekking tot het belang van een gezonde leefstijl bevorderen, waarbij ook de rol van de arts wordt meegenomen.

CANMEDS

In de opleiding neemt de nadruk op gezondheidsbevordering toe. Sinds 2015 moet in Nederland elke aios aantoonbaar in de CanMeds competenties worden opgeleid.[4,5] In de CanMeds is aandacht voor preventie en leefstijl onderdeel van een aantal competenties: bij de competentie maatschappelijk handelen wordt van de arts verwacht dat hij of zij de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel bevordert. In de beschrijving van de competentie medische handelen staat dat de arts het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toepast. Tot slot wordt in het kader van de competentie communicatie van de arts verwacht dat hij of zij medische informatie goed met patiënten en familie bespreekt. Hierbij gaat het onder meer om gedragsbeïnvloeding, motivatie en empowerment van patiënten.

WETGEVING

De Nederlandse wetgeving geeft een aantal open normen voor het handelen van de arts. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst bepaalt dat de arts de patiënt op duidelijke wijze informeert over diens gezondheidstoestand en de behandelmogelijkheden. Het gaat hierbij om informatie die de patiënt nodig heeft voor het nemen van beslissingen over de behandeling. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg voegt daar aan toe dat de patiënt ook recht heeft op informatie over het al dan niet bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van de behandeling. Verder moet de arts bij zijn of haar werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en volgens de professionele standaard handelen. In hoeverre van de arts een proactieve houding op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering wordt verwacht, hangt dus vooral af van de inhoud van deze professionele standaarden.

NHG-STANDAARDEN

Een aantal NHG-Standaarden is gericht op leefstijl. De NHG-Standaard Stoppen met roken is proactief van karakter: in deze standaard is opgenomen dat de huisarts alle rokers een stoppen-met-rokenadvies geeft. De NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik verwacht pas actie van de huisarts bij indirecte signalen, zoals onverklaarde, wisselende lichamelijke of psychosociale klachten. In deze bijdrage zullen we ter illustratie van de casus dieper ingaan op de NHG-Standaarden over diabetes en obesitas.

De NHG-Standaard Diabetes

Volgens de NHG-Standaard Diabetes stelt de huisarts in overleg met de patiënt het beleid vast. De standaard benadrukt dat het naast voorlichting van belang is de diabetespatiënt educatie te geven, zodat deze weet welke bijdrage hij of zij zelf aan de behandeling kan leveren en hoeveel verantwoordelijkheid hij of zij kan nemen, bijvoorbeeld voor het beheer van het eigen (elektronisch) dossier. Deze educatie behoort over het algemeen tot de taken van de praktijkondersteuner en omvat het bijbrengen van kennis, inzichten en vaardigheden. Het nastreven van een betere leefstijl vormt de basis van de behandeling en blijft belangrijk gedurende het hele ziektebeloop. Ten aanzien van overgewicht (BMI > 25 kg/m^2) is de doelstelling van diabeteseducatie dat de patiënt inzicht heeft in het belang van een gezonde leefstijl en in staat is (zelf) haalbare doelen met betrekking tot gewicht, rookgedrag, lichaamsbeweging en medicatietrouw te formuleren. De huisarts adviseert patiënten met overgewicht om af te vallen.

De NHG-Standaard Obesitas

Met betrekking tot obesitas is de NHG-Standaard Obesitas helder over de taak van de huisarts: die is vraaggestuurd. Het doel van de standaard is het bevorderen van een optimaal beleid ten aanzien van de behandeling van volwassenen die zelf ondersteuning vragen bij de behandeling van obesitas en van volwassenen met gerelateerde comorbiditeit (zoals diabetes mellitus type 2, cardiovasculaire aandoeningen, chronische gewrichtsklachten, slaapapneu) of met een verhoogd cardiovasculair risico.

Hoewel de standaard bij volwassenen dus aangeeft dat de taak van de huisarts vraaggestuurd is, is volgens onderzoek bijna driekwart (73%) van de huisartsen en 68% van de bevolking het (helemaal) eens met de stelling 'Het is de taak van huisartsen om ongevraagd advies te geven over overgewicht'.[6] Er lijkt volgens dit onderzoek bij huisartsen enige schroom te bestaan om overgewicht ongevraagd bespreekbaar te maken. Toch zeggen bijna alle huisartsen (95%) dat ze dat weleens doen. De terughoudendheid om patiënten ongevraagd advies te geven over hun gewicht lijkt niet nodig: van degenen die weleens zo'n advies hebben gekregen, vonden de meesten (94%) dit niet vervelend.

RECHTSPRAAK

Voor zover wij konden nagaan, zijn er geen tuchtrechtelijke of civielrechtelijke uitspraken over de vraag of de arts gehouden is om de leefstijl (proactief) te verbeteren. Er is wel een uitspraak over de controle door de trombosedienst, die bepaalt dat een arts extra inspanning moet verrichten als patiënten niet of minder eigen initiatief (kunnen) nemen om op een standaardoproep te reageren.[7] Deze lijn kunnen we ook doortrekken naar de verantwoordelijkheid voor leefstijladvisering. In het kader van de arts-patiëntrelatie mag van de arts verwacht worden dat hij de patiënt passende informatie geeft en het keuzeproces van de patiënt ondersteunt, zodat deze tot een weloverwogen behandelkeuze kan komen.[8]

Het is niet waarschijnlijk dat op korte termijn de arts civielrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. Bij civielrechtelijke aansprakelijkheid gaat het er om dat een patiënt schadevergoeding eist omdat hij of zij door een tekortkoming schade lijdt. De patiënt moet dan aantonen dat er een causaal verband bestaat tussen het niet informeren over risico's van de ongezonde leefstijl en de ontstane schade. Zo'n verband is niet gemakkelijk aannemelijk te maken – de arts is er immers niet verantwoordelijk voor dat iemand een ongezonde leefstijl heeft en de patiënt zal moeilijk kunnen bewijzen dat hij of zij de leefstijl door een leefstijladvies van een arts heeft aangepast, zodanig dat de gezondheidsrisico's zijn afgewend. Bovendien hebben volwassenen voldoende andere mogelijkheden om tot het inzicht te komen dat een ongezonde leefstijl negatieve effecten op de gezondheid heeft.

Kinderen

In 2012 heeft het Gerechtshof wel geoordeeld dat drie kinderen onder toezicht mochten worden gesteld, omdat het niet adequaat (met resultaat) aanpakken van overgewicht als bedreiging van hun gezondheid kon worden beschouwd.[9] De betrokken kinderen hadden fors overgewicht. Hun ouders hadden tijdens de rechtszitting weliswaar aangegeven zeer hun best te doen en betrokken te zijn bij hun kinderen, maar dat was onvoldoende voor afwending van de ernstige bedreiging van hun lichamelijke gezondheid. Op basis van deze uitspraak en de in de NHG-Standaard Obesitas beschreven rol van de huisarts bij kinderen, is het voorstelbaar dat toekomstige rechtspraak de huisarts een signalerende taak toebedeelt bij kinderen met extreem overgewicht dat hun ouders niet adequaat aanpakken. De KNMG Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld kan de huisarts handvatten bieden om, in overleg met Veilig Thuis, in dergelijke bijzondere situaties adequaat te handelen.[10]

BESCHOUWING

Hoewel er nog geen jurisprudentie is over de verantwoordelijkheid van de arts voor leefstijladvisering, is het voorstelbaar dat een (huis)arts op basis van een professionele standaard tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden voor informatieverstrekking over leefstijl. Het is de vraag of de NHG-Standaard Obesitas, die expliciet uitgaat van een reactieve benadering, nog aansluit op de huidige normen, zoals onder meer verwoord in de CanMeds.

Wanneer patiënten, zoals mevrouw Arends uit de casus, ondanks adviezen en ondersteunende gesprekken niet te bewegen zijn tot verandering in leefstijl en zich zelfs gaan onttrekken aan de reguliere controle, zal de huisarts op basis van goed hulpverlenerschap moeten nagaan of ze voldoende inzicht in hun gezondheidstoestand hebben.

Goede zorg voor de patiënt vraagt om een balans tussen evidence en patiëntgerichtheid. Juist wanneer de huisarts samen met mevrouw Arends zoekt naar die balans, zal zij de meest passende zorg kunnen krijgen. Het past bij goed hulpverlenerschap wanneer de huisarts mevrouw Arends zou bellen om

haar motivatie en inzicht te verifiëren. Mocht mevrouw Arends het risico op mogelijke complicaties begrijpen, maar toch afzien van verdere uitleg en intensieve monitoring, dan zal de huisarts dat moeten respecteren. De toenemende nadruk op evidence based handelen mag immers niet leiden tot een afname van de ruimte voor patiënten om 'eigen' – en soms ongezonde – keuzen te maken.[8] Goede vastlegging in het dossier, zeker wanneer er zoals hier wordt afgeweken van richtlijnen, is daarbij aan te bevelen en heeft tot doel om continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen, zodat de huisarts en vervangers/opvolgers weten waarom welke behandelkeuzen zijn gemaakt.

CONCLUSIE

Op basis van de kernwaarden verwoord in gedragsregels, opleiding en richtlijnen mag van de huisarts een stimulerende en motiverende rol verwacht worden bij het begeleiden van patiënten met leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen. Bij kinderen geldt dit eens te meer, omdat het niet adequaat aanpakken van overgewicht een bedreiging van hun gezondheid kan vormen. Bij een volgende revisie van de NHG-Standaard Obesitas dient men te overwegen of de daarin vastgelegde reactieve houding van de huisarts aan herziening toe is.

Met oog voor patiëntgerichtheid en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt zal de huisarts bij een proactieve, motiverende aanpak wel een evenwicht moeten blijven zoeken tussen het nastreven van leefstijlverbetering en de wensen van de patiënt. Voor zover wij konden nagaan, is er geen jurisprudentie over artsen die patiënten onvoldoende (zouden) hebben gestimuleerd om hun leefstijl te verbeteren. ■

LITERATUUR

1 Nederlandse artseneed. NFU, VSNU en KNMG, 2003.
2 KNMG. Gedragsregels voor artsen – versie 3.1. Utrecht: KNMG. Laatst gewijzigd: 2013.
3 KNMG. Preventie en Gezondheidsbevordering. Een beroepsgroep overstijgende aanpak. Utrecht: KNMG, 2015.
4 Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. Can Meds 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
5 http://www.medischevervolgopleidingen.nl/rubrieken/algemene-competenties-canbetter/canmeds-competenties/, geraadpleegd 9 oktober 2016.
6 Reitsma M, De Jong J. Ongevraagd advies bij overgewicht. Huisarts Wet 2010;53:583.
7 Bijvoorbeeld: RTG Eindhoven, 2 maart 2016, nr. 15134, ECLI:TGZREIN:2016:16.
8 Hendriks AC, Friele RD, Legemaate J, Widdershoven GAM. Thematische wetsevaluatie zelfbeschikking in de zorg. Den Haag: ZonMw, 2013.
9 Gerechtshof Leeuwarden, 24 juli 2012, 200.105.528/01, ECLI:NL:GHLEE:2012:BX5439.
10 KNMG. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNMG, 2015.

Uw diagnose

Een 56-jarige man heeft niet-jeukende symmetrische laesies op de binnenkant van zijn onderarmen. De laesies zijn maximaal 4 x 4 cm. Hij heeft soortgelijke laesies in de bilnaad, op zijn bovenbeen en op de penis.
Wat is uw diagnose?

a. Syfilis
b. Impetigo
c. Psoriasis en plaque
d. Nummulair eczeem

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

Foto: Bèr Pleumeekers, huisarts, Rotterdam

Fotoquiz van de maand april

Foto's gezocht

Ziet u een bijzondere aandoening op het spreekuur, denk dan aan de fotoquiz Uw diagnose in H&W. Maak een foto met een duidelijke diagnose en mail deze naar naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op

Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter (@HuisartsWet) of via RSS.

Guy Rutten

Pro: leefstijl bespreken behoort tot kern huisartsgeneeskunde

De kans op het krijgen van een chronische aandoening hangt soms samen met iemands leefwijze. Overgewicht is een met leefstijl samenhangende risicofactor. Yvonne Drewes beschrijft waarom van huisartsen een proactieve houding wordt verwacht bij het bespreken van bijvoorbeeld obesitas met patiënten met leefstijlgerelateerde gezondheidsrisico's. Zij concludeert dat de Nederlandse huisarts zich op het terrein van leefstijladvisering actief moet opstellen, niet alleen ter voorkoming van ziekten, maar ook bij bestaande ziekten. Het bevorderen van de gezondheid van mensen die zich aan onze zorg toevertrouwen behoort immers tot het wezen van ons beroep. Onze beroepsgroep ziet dat ook zo, betoogt Drewes.

De praktijk is weerbarstig. Bij een online enquête onder 1500 huisartsen gaf 90% van de respondenten aan dat de huisarts een rol moet hebben bij het vaststellen van obesitas bij kinderen, maar de helft vond het lastig het probleem ter sprake te brengen. Nog geen 4% van de huisartsen verwees kinderen met obesitas door naar een multidisciplinair programma. Men was sceptisch over de effectiviteit van interventies en dacht dat ouders en kinderen niet graag op overgewicht gewezen worden.[1] In een recent onderzoek als voorbereiding op een wijkgerichte aanpak van overgewicht bij kinderen reageerden huisartsen niet anders.[2] Huisartsen schatten echter niet altijd goed in wat mensen willen, want in een groep van 601 Nederlandse ouders antwoordde 94% bevestigend op de vraag of zij vonden dat de huisarts extreem overgewicht van hun kind ter sprake moet brengen, zelfs als ze om een andere reden het spreekuur bezoeken.[3]

MOTIVATIE INSCHATTEN

Daarmee komen we bij de kern van leefstijladvisering, met begrippen als 'contextueel' en 'persoonsgericht' in plaats van 'protocollair' en 'sturend'. In haar onderzoek naar zelfmanagementondersteuning vond Irene Bos-Touwen dat de meerderheid van 272 huisartsen en praktijkondersteuners/verpleegkundigen hun rol bij leefstijladvisering vooral als 'coachend' zag, met als voornaamste doel de patiënt een actieve rol en verantwoordelijkheid te laten nemen bij zijn gezondheidsgedrag. Maar dan komt het: patiënten die volgens de zorgverleners ongemotiveerd zijn voor gedragsverandering zullen naar eigen zeggen waarschijnlijk niet door hen ondersteund worden! En hoe men die motivatie inschat? Ja, dat doet ieder zo op zijn eigen manier.[4] Motivatie is echter slechts een van de factoren die bepalen of iemand zijn leefstijl wil en kan aanpassen. Wie er actief naar vraagt en goed luistert, ontdekt de rol van factoren als ziekteperceptie, persoonlijke wensen en voorkeuren, sociale steun, financiële situatie en fysieke gezondheidstoestand, kortom: de context.[5]

UMC Utrecht, Julius Centrum, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Utrecht: prof. dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar diabetologie • Correspondentie: g.e.h.m.rutten@umcutrecht.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Motivatie is slechts een van de factoren die bepalen of iemand zijn leefstijl wil en kan aanpassen.

PERSOONSGERICHTE ZORG

Een dergelijke benadering van actief vragen en luisteren sluit naadloos aan bij wat in de Toekomstvisie Huisartsenzorg groot geschreven staat, namelijk: 'De huisarts blijft zijn patiënt zien als een uniek individu, met een eigen context en specifieke noden en behoeften in combinatie met persoonlijke span- en draagkracht. Vanuit deze compassie kan de huisarts zijn professionaliteit en deskundigheid aanwenden'.[6] Daarom moeten huisartsen het voortouw nemen bij dat deel van de zorg voor (potentieel) chronische patiënten dat niet protocollair *mag* verlopen, maar persoonsgericht moet zijn. Door het continue karakter van de huisartsenzorg (nog zo'n kernbegrip) is de huisarts in staat om een leefstijladvies herhaald en op uiteenlopende wijzen te bespreken. Bij in de loop der jaren oplopende waarden van bloeddruk en/of bloedglucose of bij het ontstaan van de eerste klachten ontstaat soms langzaam maar zeker een klimaat waarin de patiënt meer dan tevoren geneigd zal zijn een verandering van leefstijl te overwegen.

Maar dan moet voor de huisarts het roer wel om, want veel huisartsen hebben bijna alle taken die met leefstijladvisering te maken hebben gedelegeerd naar de praktijkondersteuner. Verpleegkundigen ervaren op het terrein van het coachen van patiënten (met diabetes type 2) echter een groot tekort aan psychologische kennis en vaardigheden. Een cursus motivational interviewing is in dat opzicht onvoldoende, zo bleek uit een review.[7] Maar ook huisartsen worden volstrekt onvoldoende geschoold in leefstijladvisering. Ik betwijfel of wat Drewes schrijft over CanMeds in de huisartsopleiding vertaald wordt naar voldoende scholing in het bespreken van gedragsverandering bij patiënten. Een aanzet kan zijn dat huisartsen bij diabetespatiënten de jaarcontrole vervangen door een jaargesprek, waarin het juist om contextuele en integrale zorg gaat.[8]

In onze westerse samenleving hangen risicofactoren voor chronische ziekten en het beloop van chronische ziekten vaak samen met de leefstijl van patiënten. Het proactief zorgvuldig bespreken van die leefstijl vormt daarom een onmisbaar onderdeel van continue, contextuele, integrale en persoonsgerichte zorg, kortom: van moderne huisartsenzorg. ■

LITERATUUR

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

Contra: leefstijl en de huisarts, protocol versus generalist

Marcus was een waardeloze suikerpatiënt, die zijn dokters tot wanhoop dreef. "Ik weiger mijn leven erdoor te laten bepalen", riep hij graag. Hij at en dronk waar hij zin in had, vergat op tijd te spuiten, sloeg controles over, werd doodziek en vroeg zich dan geschrokken af hoe dit toch had kunnen gebeuren. Ze was eraan gewend geraakt, en ze was er ook aan gewend dat alles toch weer goed kwam. Marcus huilde met hoge uithalen en Olivia wachtte tot hij in staat was te spreken. Toen hij gekalmeerd was, zei hij "Ik wordt zo geopereerd. Geopereerd? Ze gaan kijken of ze mijn been... ze kijken naar mijn been. Een kijkoperatie? Nee, ze kijken of ze het kunnen behouden".[1]

De huisarts verplichten tot een meer proactieve werkwijze en het geven van voorlichting werken contraproductief.

Bestaat er een plicht om een patiënt met een ongezonde leefstijl daarop te wijzen? Mijns inziens niet, zeker niet als we de huidige sterk geprotocolleerde ketenzorgorganisatie niet veranderen en kwaliteit van zorg blijven definiëren als een aantal meetwaarden. In onze eed zweren of beloven wij dat we de gezondheid van patiënten zullen bevorderen en diens opvattingen zullen eerbiedigen. We zullen bovendien goed luisteren en goed inlichten. Maar wat als de gezondheidsbevordering en het eerbiedigen van eigen opvattingen van de patiënt niet congruent zijn? In de door Drewes beschreven casus laat de patiënt duidelijk zien niet gediend te zijn van de gegeven adviezen door niet meer ter controle te verschijnen. De 'gezonde leefwijze-boodschap' komt niet over, sterker nog, werkt averechts. Hoe komt dat en is het op te lossen?

NEGATIEVE BENADERING GEZONDHEID

CanMeds-competenties, -standaarden, -richtlijnen en -wetgeving berusten nog steeds op de oude WHO-definitie van gezondheid (1948): "Een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek." In dat medisch model is veel aandacht voor het bestrijden van ziekte en gebrek. Dankbaar werk, maar een negatieve benadering van gezondheid. Kwalen verhelpen, infecties bestrijden, diabetes behandelen in de veronderstelling dat het leidt tot meer welbevinden. Met door kennistoename steeds meer protocollen om dat allemaal goed te kunnen doen. Soms dweilen met de kraan open zoals hierboven geïllustreerd. Preventie heeft daarbij een beperkte plaats. De casus is daar een mooi voorbeeld van. De praktijkondersteuner ziet een stijgende HbA1c en start insuline, richt zich op de afwijkende kilogrammen, stuurt door naar een diëtiste en probeert overgewicht te bestrijden. Blijkbaar zonder te (kunnen) onderzoeken of zich af te vragen waarom de patiënt maar niet tot een 'gezonde' leefstijl kan of wil komen. De voorlichting en educatie komen niet eens van de grond. Het blijven hanteren van dat medische model loopt dan vast. Daar tegenover de gezondheidsdefinitie van Huber et al.:[2] "Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven." Een positieve benadering van gezondheid, waarin sociale relaties en zingeving tegenover genezing van een klacht of afwijking staan. Uitgaand van deze definitie lijkt deze patiënt zelf de regie over te nemen in haar fysieke uitdagingen van overgewicht en diabetes. Ze komt niet meer op controle. Misschien zag ze wel huizenhoog op tegen elke keer weer op de weegschaal staan, maakte het gesprek over het gewicht haar somber, gaf de spanning over de gemeten HbA1c veel stress en is ze nu opgelucht en voelt zich beter. Volgens deze definitie geen reden om in te grijpen. Maar kan deze patiënt hier zelf wel de regie voeren en zo niet, is er een andere oplossing?

INGRIJPEN DOOR HUISARTS-GENERALIST

Hier hoort de huisarts-generalist in te grijpen en het protocol vanuit het medisch model te verlaten. De patiënt kennende kan ingeschat worden of de patiënt die regie zelf kan voeren. Kan ze dat, dan is de kous af. Kan ze dat niet, dan zijn er andere wegen. Anders dan, bij een steeds groter wordend vakgebied, het steeds verdergaande opknippen van patiënten in ziektebeelden en daarbij behorende behandeling middels protocollen en richtlijnen met de praktijkondersteuner als protocollenbewaker. Aanscherpen van een NHG-Standaard tot meer proactiviteit en verplichten tot voorlichting versterkt dat effect en werkt contraproductief; het leidt tot defensieve geneeskunde. Welke praktijkondersteuner durft tegen een patiënt te zeggen: "ik zie dat u ongelukkig wordt van die weegschaal, laat deze keer maar zitten." Er is hier juist behoefte aan de huisarts zelf als generalist, zonder protocol. We moeten ophouden ongezonde leefstijl te definiëren als overgewicht of een te hoog HbA1c, maar ons verdiepen in wat de patiënt beweegt. Dan verlenen we volwaardige zorg. De Presentiebenadering, die de relationele afstemming tussen zorggever en cliënt als basis heeft voor goede zorg biedt hier mogelijkheden.[3] Ontsluiten van het insiderperspectief, zoals onlangs beschreven door Esther Kuis in haar proefschrift, een benadering vanuit ethisch perspectief, biedt daarbij betere kansen.[4] Altruïsme en compassie in plaats van protocolplicht, het werkt echt beter. ■

LITERATUUR

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

Vereniging van Praktijkhoudende Huisartsen, Amsterdam: H.E. Suichies, voorzitter en huisarts • Correspondentie: herman@suichies.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

Pim Keurlings, Harm-Jan Minkema

KLINISCHE LES

Lithium en lithiumintoxicatie

Wat moet de huisarts weten?

INLEIDING

Ruim 31.000 Nederlanders gebruiken lithium.[1] Hoewel het middel overwegend door psychiaters wordt voorgeschreven en gecontroleerd, komen ook huisartsen in hun dagelijkse praktijk in aanraking met lithiumgebruikers. De huisarts zal vaak als eerste gealarmeerd worden bij een lithiumintoxicatie en moet deze dus kunnen herkennen. Daarom behandelen we in deze klinische les de basiskennis over lithium en lithiumintoxicaties. Aan de hand van een casus bespreken we de belangrijkste wetenswaardigheden en geven we praktische tips. Tot slot bespreken we de samenwerking met de psychiater.

Samenvatting

Keurlings PAJ, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie. Wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.

Een normpraktijk in Nederland telt gemiddeld zes patiënten die lithium gebruiken. Lithium is een stemmingsstabilisator die overwegend door psychiaters wordt voorgeschreven en gecontroleerd. Het middel heeft een smalle therapeutische breedte. Daarom wordt minimaal elke drie tot zes maanden de twaalf-uursspiegel bepaald, de serumlithiumconcentratie twaalf uur na de laatste lithiuminname. De huisarts dient, eventueel na overleg met de psychiater, laagdrempelig een extra twaalf-uursspiegel te bepalen als er een risicofactor voor een lithiumintoxicatie aanwezig is. Risicofactoren zijn dehydratie, nierfunctiestoornissen, diuretica, NSAID's, ACE-remmers, AT-II-antagonisten en sommige antibiotica. Een therapeutische 12-uursspiegel hoort tussen 0,4 en 0,8 (soms 1,2) mmol/l te liggen. Een waarde hoger dan 1,2 mmol/l is te hoog, boven 1,5 mmol/l ontstaan intoxicatieverschijnselen.

De symptomen van een lithiumintoxicatie kunnen lastig te herkennen zijn en gemakkelijk toegeschreven worden aan andere oorzaken, zoals delier of comorbiditeit. Bij iedere lithiumgebruiker met verwardheid of neurologische verschijnselen moet worden gedacht aan een intoxicatie. Ouderen zijn het kwetsbaarst voor lithiumintoxicatie, ook bij therapeutische spiegels. Een lithiumintoxicatie is een gevaarlijk toestandsbeeld waarbij de huisarts direct moet overleggen met de internist of psychiater. De controle van het lithiumgebruik is voorbehouden aan de psychiater, uitzonderingen daargelaten. Aandachtspunten voor de huisarts zijn duidelijke patiëntmarkering in het HIS, heldere samenwerkingsafspraken met apotheker en psychiater, en zelfmanagement door de patiënt.

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, afdeling Psychiatrie, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, huisarts-in-opleiding (tevens: Radboudumc, Nijmegen); H.J. Minkema, psychiater • Correspondentie: Pim.Keurlings@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus: een verwarde vrouw

De huisarts wordt met spoed geroepen bij een alleenstaande 63-jarige vrouw. Ze heeft een bipolaire stoornis en gebruikt clomipramine, dogmatil, priadel, temazepam en oxazepam. Haar laatste psychiatrische controle was een maand geleden.

Patiënte is sinds twee dagen vermoeid. Ze maakt een verwarde indruk en is enkele malen gevallen. De huisarts treft een gedesoriënteerde vrouw aan met dysartrie en een grove tremor van de handen, voeten, oogleden en mondhoeken. Haar vitale functies zijn ongestoord, oriënterend lichamelijk onderzoek laat geen afwijkingen zien. De kracht in armen en benen is symmetrisch verlaagd. Patiënte wordt ingestuurd met als werkdiagnose delier dan wel CVA.

DE 12-UURSSPIEGEL

Lithiumcarbonaat (Priadel®, Camcolit®) is een stemmingsstabiliserend zout. Het wordt gebruikt bij een acute manie en is het middel van eerste keus voor de onderhoudsbehandeling van een bipolaire stoornis. In de tweede lijn wordt het ook gebruikt ter behandeling van een depressieve stoornis.[2,3]

Lithium heeft een smalle therapeutische breedte: er is slechts een klein verschil tussen de concentratie die geen effect heeft en de concentratie waarbij intoxicatieverschijnselen optreden. Daarom moet de bloedspiegel op zijn minst elke drie tot zes maanden gecontroleerd worden. Omdat de lithiumspiegel schommelt over het etmaal, moet dat gebeuren in bloed dat twaalf uur na de laatste lithiuminname is afgenomen. Deze bepaling noemt men de twaalf-uursspiegel.

De streefwaarde voor de twaalf-uursspiegel verschilt per patiënt en wordt door de psychiater bepaald. Deze streeft naar de laagst mogelijke lithiumconcentratie die nog effectief is. Hoe lager de concentratie, des te kleiner de kans op intoxicatie en langetermijnbijwerkingen, zoals hypothyreoïdie, hyper-

De kern

- Lithium heeft een smalle therapeutische breedte. Daarom zal de psychiater minimaal elke drie tot zes maanden de twaalf-uursspiegel controleren, dat is de serumlithiumconcentratie twaalf uur na de laatste inname.
- De streefwaarde van een therapeutische onderhoudsspiegel verschilt per patiënt en bedraagt doorgaans 0,4-0,8 mmol/l.
- Laat bij risicofactoren voor een lithiumintoxicatie (onjuiste inname, dehydratie, nierfunctiestoornissen en interacterende medicatie) laagdrempelig een extra twaalf-uursspiegel bepalen.
- Denk bij iedere lithiumgebruiker met verwardheid of neurologische verschijnselen aan een lithiumintoxicatie en overleg direct met internist of psychiater.
- Ouderen zijn het kwetsbaarst voor een lithiumintoxicatie, ook bij therapeutische spiegels.

parathyreoïdie, diabetes insipidus en nierfunctiestoornissen. Meestal ligt de therapeutische spiegel tussen 0,4 en 0,8 mmol/l. Op geleide van het klinisch beeld kan de psychiater kiezen voor een hogere streefwaarde, tot maximaal 1,2 mmol/l. Een lithiumspiegel > 1,2 mmol/l is per definitie te hoog, bij een spiegel > 1,5 mmol/l ontstaan er intoxicatieverschijnselen. Bij sommige groepen patiënten, waaronder ouderen, kunnen intoxicatieverschijnselen al optreden bij lagere, therapeutische concentraties.[2] Een lithiumspiegel < 1,2 mmol/l mag de arts dus niet zomaar geruststellen.

Laboratorium
Oriënterend laboratoriumonderzoek op de SEH laat geen afwijkingen zien. De serumlithiumconcentratie, bepaald om 19:00 uur, bedraagt 2,14 mmol/l. Patiënte neemt haar lithium in om 20:00 uur. De volgende ochtend om 8:00 uur wordt de 12-uursspiegel bepaald; deze is 1,65 mmol/l.

RISICOFACTOREN VOOR EEN LITHIUMINTOXICATIE

Dehydratie

In farmacokinetisch opzicht is lithium een simpel medicament. Lithiumzout lijkt veel op natrium en kalium; het wordt snel en volledig geabsorbeerd, niet gemetaboliseerd en vrijwel volledig via de nieren uitgescheiden.[4] In de nieren kan na de glomerulaire filtratie tot circa 80% van het lithium worden teruggeresorbeerd.[5] Deze terugresorptie loopt synchroon met die van natrium, de uitscheiding van lithium staat dan ook in nauw verband met de natrium- en waterbalans in het lichaam. Bij dreigende dehydratie treedt in de nieren een compensatiemechanisme in werking waardoor extra natrium wordt teruggeresorbeerd. Door de parallelle terugresorptie van lithium zal dan ook de lithiumexcretie dalen en de lithiumspiegel stijgen. Ook bij nierfunctiestoornissen neemt de lithiumexcretie af.

Voor patiënten die lithium gebruiken en die bij de huisarts komen met braken, diarree, koorts of anderszins vochttekort, is het dus van groot belang een extra 12-uurs lithiumspiegel te bepalen en de nierfunctie te controleren, eventueel in overleg met de psychiater. Bij ouderen moet men extra alert zijn, want zij hebben een groter risico op dehydratie en nierfunctiestoornissen.

Interacties

Geneesmiddelen die de nierfunctie beïnvloeden, zoals diuretica, NSAID's, ACE-remmers, AT-II-antagonisten, en sommige antibiotica die de renale lithiumexcretie verlagen, verhogen de kans op een lithiumintoxicatie. Bij antibiotica gaat het vooral om veel voorgeschreven middelen zoals doxycycline, metronidazol, cotrimoxazol en trimethoprim. Het is dus belangrijk bij zulke interacterende medicatie na te gaan of de patiënt lithium gebruikt en zo ja, of er geen alternatief voorhanden is dat niet met lithium interacteert. Overleg vervolgens altijd met de psychiater.

Geneesmiddelen die de nierfunctie beïnvloeden en sommige antibiotica verhogen de kans op een lithiumintoxicatie.

Bij het starten van interacterende medicatie wordt als praktische leidraad vaak geadviseerd de lithiumdosering 30-50% aan te passen alvorens het interacterende medicament te starten en na vijf tot zeven dagen lithiumspiegel en nierfunctie te controleren.

Bij het staken van interacterende medicatie is extra oplettendheid vereist. Hierbij moet geanticipeerd worden op het omgekeerde effect (daling van de lithiumspiegel). Medicatiebewakingssystemen zullen hierbij geen alarm slaan!

Nierfunctie

Interacterende medicatie en acute dehydratie veroorzaken meestal een relatief acute lithiumintoxicatie. Chronische lithiumintoxicatie kan ontstaan door een geleidelijke, al dan niet fysiologische achteruitgang van de nierfunctie, en verloopt vaak ernstiger. Daarom wordt geadviseerd om bij iedere lithiumspiegelcontrole ook de nierfunctie te bepalen en bij een achteruitgang de lithiumdosering aan te passen. Dit is extra van belang omdat langdurig lithiumgebruik op zichzelf ook een achteruitgang van de nierfunctie kan veroorzaken.

Nader onderzoek

Er zijn geen aanwijzingen voor dehydratie. De nierfunctie is normaal. Patiënte gebruikt geen interacterende medicatie en heeft geen *over-the-counter*-medicatie gebruikt. Bij doorvragen blijkt dat ze door de recentelijke komst van haar eerste kleindochter drukkere dagen heeft gehad dan normaal. In plaats van extra oxazepam heeft ze per ongeluk enkele malen extra lithium genomen.

HERKENNEN VAN EEN LITHIUMINTOXICATIE

Het vaststellen van een lithiumintoxicatie is een diagnostische uitdaging. De eerste symptomen zijn vaak subtiel en daarmee lastig te herkennen. Bovendien kan somatische comorbiditeit, zoals vaak aanwezig bij ouderen, de intoxicatieverschijnselen maskeren.

Vroege verschijnselen zijn misselijkheid, braken of diarree, bradycardie, vermoeidheid, spierzwakte, tremor, dysartrie, ataxie en een breed gangspoor (cave: verwarring met dronkenschap). Late verschijnselen zijn verwardheid, agitatie (cave: verwarring met manie), hyperreflexie, hypertonie, fasciculaties, nystagmus, insulten, bewustzijnsdaling en oligurie tot anurie.[2,4-6]

Een goede vuistregel is dat de huisarts bij iedere patiënt die lithium gebruikt en die in enige mate verwardheid of neurologische verschijnselen laat zien, bedacht moet zijn op een lithiumintoxicatie. Zeker als er ook sprake is van een risicofactor of van onjuiste inname van de medicatie.

Voor tijdige herkenning is het van groot belang dat niet alleen de huisarts maar ook de patiënt en diens naastbetrokkenen goed op de hoogte zijn van de verschijnselen van een (beginnende) lithiumintoxicatie.

HOE TE HANDELEN?

Lithiumintoxicatie is een ernstig beeld dat levensbedreigend kan zijn: de kans op overlijden is 4,5%.[7,8] Daarom moet de huisarts ieder vermoeden van een lithiumintoxicatie serieus nemen en onmiddellijk tot actie overgaan, ook als er misschien een andere verklaring is voor de symptomen, bijvoorbeeld delier. Denk aan de verwarde lithiumgebruiker met koorts: in de differentiaaldiagnose staan dan zowel delier als lithiumintoxicatie (door vochtverlies bij koorts).

Bij de eerste opvang van een patiënt met een lithiumintoxicatie wordt de ABCDE-systematiek gevolgd (cave: glucose). Onmiddellijk daarna moet overlegd worden met de internist of psychiater; meestal zal deze de patiënt direct beoordelen.

Afhankelijk van de ernst van de intoxicatie kan observatie op de IC en zelfs hemodialyse geïndiceerd zijn.[9] Restverschijnselen treden zelden op.[10-12] Na elke intoxicatie zullen psychiater en huisarts kritisch en in nauw overleg met patiënt en naastbetrokkenen moeten beoordelen of lithiumhervatting verantwoord is, zeker bij oudere patiënten.

Spoedopname en ontslag

Patiënte wordt opgenomen, eerst op de IC en daarna op de afdeling Psychiatrie. Na vijf dagen zijn de voornaamste intoxicatieverschijnselen verdwenen. Een week later kan patiënte zonder restverschijnselen worden ontslagen. Om recidief te voorkomen wordt een medicatierol aangevraagd. Thuiszorg wordt ingeschakeld om de medicatie-inname te begeleiden.

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Een normpraktijk telt gemiddeld slechts zes lithiumgebruikers.[1] Het is daarom raadzaam de waakzaamheid te vergroten door deze patiënten adequaat te markeren in het HIS, bijvoorbeeld met een memo of een ruiter, en daarin de medicijnen te noemen die interacteren met lithium. Ook de POH-S zal dan op de hoogte zijn bij het starten van diuretica, ACE-remmers of AT-II-antagonisten, en kan daarnaast een signalerende rol spelen bij nierfunctiestoornissen.

Een tweede advies luidt goede samenwerkingsafspraken te maken met de apotheker. Medicatiebewaking is bij lithiumgebruikers extra belangrijk, zeker in het geval van comorbiditeit en polyfarmacie. Periodieke medicatiereviews met de apotheker zijn zinvol. De POH-GGZ kan een ondersteunende rol spelen.

Ten derde is het belangrijk, mocht de huisarts een extra tussentijdse lithiumcontrole uitvoeren, de uitslag altijd zeer zorgvuldig te interpreteren. De referentiewaarden die het laboratorium hanteert zijn algemeen en breed, en mogen niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar de individuele patiënt. Voor de streefwaarde van de patiënt in kwestie zal altijd de correspondentie moeten worden geraadpleegd of navraag gedaan bij de behandelend psychiater. De multidisciplinaire richtlijn Bipolaire Stoornissen adviseert de psychiaters jaarlijks berichtgeving te sturen.[2]

Tot slot is essentieel dat lithiumgebruikers zelf over voldoende kennis van verantwoord lithiumgebruik beschikken. Op poliklinieken vindt regelmatig psycho-educatie plaats. Ook u kunt zelfmanagement bevorderen door uitleg. De website www.allesoverlithium.nl bevat nuttige informatie voor patiënten en een apart onderdeel voor huisartsen.

ZORGAFSTEMMING MET DE PSYCHIATER

De huidige tendens is dat stabiele patiënten met een chronische psychiatrische aandoening steeds meer terugverwezen worden naar de huisarts. Deze transitie van zorg naar de eerste lijn vindt bijvoorbeeld plaats bij depressieve stoornissen. In bepaalde gevallen en onder strikte voorwaarden zou dit ook kunnen bij een bipolaire stoornis.[2] Echter wanneer het lithiumgebruikers betreft, lopen we tegen het probleem aan dat de individuele huisarts doorgaans onvoldoende expertise kan verwerven en onderhouden om deze patiënten op adequate wijze te monitoren. Dit hangt samen met het zeer kleine aantal lithiumgebruikers dat stabiel ingesteld en autonoom genoeg is om in aanmerking te komen voor begeleiding bij de huisarts. Onderzoek wijst uit dat een controlerende huisarts gemiddeld 1,2 lithiumgebruiker per jaar ziet en significant minder vaak dan psychiaters de vereiste drie- tot zesmaandelijkse lithiumspiegel bepaalt.[13] Juist bij lithium is een zorgvuldige en deskundige begeleiding van levensbelang. De multidisciplinaire richtlijn raadt reguliere lithiumcontrole door de huisarts dan ook af.[2] Let wel: ook al controleert u zelf geen lithiumgebruikers, als u herhaalreceptuur fiatteert, is het uw verantwoordelijkheid te controleren of spiegelcontroles conform de richtlijn plaatsvinden.

In uitzonderingssituaties denken we dat het mogelijk zou zijn om een lithiumpatiënt naar de eerste lijn te verwijzen, bijvoorbeeld als deze een uitgesproken wens heeft en/of als de huisarts op dit vlak expertise of interesse heeft. Heldere lokale afspraken met de psychiater zijn dan onontbeerlijk. Denk aan taakverdeling, wijze van consultatie en correspondentie, en een afgestemd controleprotocol en signaleringsplan. ■

LITERATUUR

1 GIPdatabank. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015.
2 Kupka R, Goossens P, Van Bendegem M, et al. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen (derde, herziene versie). Utrecht: Trimbos-instituut/De Tijdstroom, 2015.
3 Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, et al. Multidisciplinaire richtlijn depressie (derde revisie). Utrecht: Trimbos-instituut/De Tijdstroom, 2013.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Ferdinand Schreuder

Acrobatiek

Huisartsen hebben een 'vrij beroep'. Dat houdt in dat wij persoonlijk en onafhankelijk onze vakkennis kunnen toepassen. Natuurlijk zijn er wettelijke en professionele regels waaraan wij ons moeten houden en hebben we vakinhoudelijke, medisch-technische regels en richtlijnen. Wat het meest opvalt zijn echter de grote reeks morele en ethische richtlijnen waarnaar we ons moeten richten. Grote, strenge regels als het beroepsgeheim, het 'primum non nocere', en het evidence based werken. En de wat vagere, maar in ieder consult terugkomende doelen als persoonsgericht werken, ontmedicaliseren, en kostenbesparing. Daarnaast moeten we rekening houden met duurzaamheid, onze balans privé-werk in de gaten houden, een evenwicht vinden in betrokkenheid en distantie, goed werkgeverschap tonen, goed samenwerken, wijkgericht werken, openstaan voor feedback, een bijdrage leveren aan de opleiding van nieuwe artsen en doktersassistenten en aan wetenschappelijk onderzoek. Ook moeten we wat vinden van euthanasie, empathie tonen, troost bieden. We moeten proactief handelen op biologische, psychosociale en economische factoren die de gezondheid van onze patiënten beïnvloeden. Van het 'vrije' aan ons beroep valt dus wel wat af te dingen. Als dat gebrek aan vrijheid niet gecompenseerd wordt door zeggenschap over de werkomstandigheden waarin je aan al die aansporingen en richtlijnen kan proberen te voldoen licht cynisme op de loer: aan alle kanten gekooid en gebonden, daar blijft niemand vrolijk bij.

Maar ook al zijn de werkomstandigheden ideaal, dan blijft die veelheid aan wettelijke, professionele morele en ethische regels een probleem. Al die regels vloeien vooral voort uit *keuzen en doelstellingen* en zijn niet altijd te verenigen met mijn eigen persoonlijke keuzen en doelen, maar ook niet onderling. Ik vind het heel wat mentale acrobatiek vergen om al die doelen zo dicht mogelijk te benaderen: op zich uitdagend, maar zeker ook vermoeiend. En bij mentale acrobatiek hoort ook de kans op een mentale blessure zoals burn-out.

INTERVIEW

"De intuïtie van de huisarts is een mooi instrument"

Anne van Houwelingen promoveerde op haar proefschrift *A proactive approach to complex problems in older people*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Aanloop tot het onderzoek

"In 2009 kreeg ik mijn eerste baan, als arts-onderzoeker bij de *Integrated Systematic Care for Older People* (ISCOPE)-studie," antwoordt Van Houwelingen op de vraag naar de aanloop tot het onderzoek. "Ik wilde een pas op de plaats maken in plaats van meteen verder met een vervolgopleiding, omdat ik tijdens mijn coschappen het gevoel had in een rijdende trein te zitten die af en toe op een station stopte, zonder dat ik tijd en gelegenheid had om ergens langer over na te denken. Huisartsgeneeskunde leek me leuk, maar ik wilde me daarop kunnen bezinnen. Ik had ook een cursus epidemiologie voor geneeskundestudenten gevolgd die ik erg leuk vond, dus toen dit onderzoek zich aandiende, viel alles mooi op zijn plaats: een epidemiologisch onderzoek onder de vleugels van de huisartsgeneeskunde. En daarnaast had ouderenzorg altijd al mijn belangstelling. Pas in de loop van 2011 ben ik begonnen aan de huisartsopleiding en heb ik mijn onderzoek als aiotho voortgezet."

"Huisartsen moeten aandacht hebben voor de groep ouderen met complexe problematiek."

Maakte het onderzoek van Van Houwelingen deel uit van de Leiden 85-plus studie? "Nee, ik heb daar wel gegevens van gebruikt, en ook heb ik twee artikelen gepubliceerd in het kader van Leiden 85-plus studie, maar verder stond mijn onderzoek daar los van."

Interacterende problemen

Een belangrijk onderdeel van haar onderzoek was gewijd aan het identificeren van ouderen met complexe problematiek in de huisartsenpraktijk. "Maar voor je dat kunt doen moet je eerst weten wat 'complexe problematiek' dan eigenlijk is. Het NHG-Standpunt Ouderenzorg definieert dat als een of meer problemen die met elkaar interacteren. Dat vonden wij een mooi concept, want ouderen hebben vaak problemen die elkaar versterken en daarbij spelen ook hun sociale omstandigheden een rol. Zo is het voor iemand met hartfalen die ook nog alleenstaand is een heel andere situatie dan wanneer iemand nog een partner – en dus mantelzorger – heeft. We hebben dus een model ontwikkeld om die interacterende problemen in kaart te brengen, zodanig dat een huisarts meteen denkt: Ja, zo gaat dat; het een veroorzaakt het ander. En zo is de basis van de ISCOPE-screeningsvragenlijst ontstaan."

Screening met ISCOPE-screeningsvragenlijst

De ISCOPE-screeningsvragenlijst is een vragenlijst die binnen het ISCOPE-onderzoek is ontwikkeld om complexe problematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk op te sporen. "Eerst zochten we naar screeningsmethoden die al gebruikt werden, zoals de Groningen Frailty Indicator en de Identification of Seniors at Risk (ISAR)-vragenlijst. Vervolgens keken we in het Leiden 85-plus studie of er items waren die in dat onderzoek achteruitgang in de gezondheid van ouderen voorspellen. Dit alles vormde de basis van de ISCOPE-screeningsvragenlijst, waarin we 21 items hebben opgenomen die vier domeinen beslaan: somatisch, functioneel, sociaal en psychisch. Aan de hand probeerden we mensen met complexe problematiek op te sporen. De ISCOPE-screeningsvragenlijst bleek goed te voldoen voor dat doel: we spoorden inderdaad de bedoelde ouderen op en bovendien zagen we dat de domeinen interacteerden. En bij problemen in alle vier de domeinen waren de gezondheidsuitkomsten slechter: minder zelfredzaamheid, slechtere cognitie en minder kwaliteit van leven. Ook bleek dat ouderen met problemen op vier domeinen na twaalf maanden meer huisartsenzorg nodig hadden."

Van Houwelingen vervolgt: "We hebben ook onderzocht of de vragenlijst zelf goed uitvoerbaar en valide was. Dat bleek zo te zijn. Ook vroegen we input aan specialisten uit het veld, waaronder geriaters, kaderhuisartsen en ouderen uit het Ouderenberaad. Die vonden de meeste vragen relevant, maar deden wel suggesties om nog onderwerpen toe te voegen."

Zeven labwaarden

Van Houwelingen heeft diverse andere screeningsinstrumenten onderzocht, waaronder een profiel van zeven labwaarden die vaak worden bepaald bij ouderen. Daarmee valt de kans op sterfte goed te voorspellen: hoe meer afwijkingen, hoe hoger het risico op overlijden. Dit in tegenstelling tot de ISCOPE screeningsvragenlijst, die de focus meer op zelfredzaamheid legt. Van Houwelingen: 'Met kennis van het profiel van labwaarden zou je mensen eerder kunnen uitsluiten van vervolgdiagnostiek of behandeling. Als iemand een heel slechte prognose heeft, kun je je bijvoorbeeld afvragen of het nog wel zinvol is om hem te screenen op darmkanker. Je kunt dan met de patiënt het gesprek aangaan of hij zo'n belastend onderzoek nog wel wil. Maar we heb-

ben de labwaarden binnen de Leiden 85-plus studie onderzocht en dus niet bij alle deelnemers van de ISCOPE studie, want dat was financieel niet haalbaar. Jammer, want het zou mooi zijn geweest als we dat met andere instrumenten hadden kunnen vergelijken.'

Screeningsvragenlijst en andere instrumenten

Hoe goed presteert de ISCOPE-screeningsvragenlijst ten opzichte van andere screeningsinstrumenten? Om die vraag te beantwoorden vergeleek Van Houwelingen de ISCOPE-screeningsvragenlijst met de *Fried Frailty Phenotype*-criteria en de 'intuïtie van de huisarts'. Van Houwelingen: "Volgens Fried zou *frailty* een biologisch syndroom zijn, gekenmerkt door vijf criteria: ongewenst gewichtsverlies, uitputting, verminderde loopsnelheid, verminderde knijpkracht en weinig fysieke activiteit. Maar deze criteria worden vooral in onderzoek gebruikt en niet zozeer in de praktijk. Het is dus onbekend of ouderen kunnen worden opgespoord die in aanmerking komen voor interventies, maar dat betekent niet dat het geen goede criteria zijn. Daarom heb ik ze vergeleken met de ISCOPE-screeningsvragenlijst, en de intuïtie van de huisarts, om te bezien welk instrument nou het best bruikbaar is in de huisartsenpraktijk.

De ISCOPE-screeningsvragenlijst selecteerde de ouderen met de meeste problemen; dat is natuurlijk niet zo gek, want dat vraagt meerdere domeinen uit", vervolgt Van Houwelingen. Met de *Fried criteria* selecteerden we voornamelijk ouderen met functionele en somatische problemen en met de intuïtie van de huisarts spoorden we onder andere eenzaamheid minder goed op. We wisten al dat huisartsen het sociale domein van hun patiënten minder goed in beeld hebben. Waarschijnlijk komt dat doordat dit terrein wat buiten onze comfortzone valt; dat hoort meer bij welzijn. Huisartsen vragen niet zo snel naar eenzaamheid en mensen melden zich daar ook niet zo gemakkelijk mee. Maar eenzaamheid is wel een voorspeller van achteruitgang. Als je bijvoorbeeld nooit meer de deur uit hoeft om iemand te bezoeken, dan ga je daardoor ook slechter lopen."

Proactieve samenhangende zorg

Uiteraard ging het in het onderzoek van Van Houwelingen niet alleen om het opsporen van ouderen met complexe problematiek, maar werd er ook een interventie onderzocht die beoogde achteruitgang in zelfredzaamheid bij deze ouderen te voorkomen. "Aan de ISCOPE studie deden 59 huisartsenpraktijken mee die werden gerandomiseerd in 30 interventiepraktijken en 29 controlepraktijken. De interventiepraktijken kregen een training in het opstellen van een zorgplan. Vervolgens stelde de huisarts, de praktijkondersteuner of die twee samen voor ten minste tien ouderen met complexe problematiek een 'functioneel' zorgplan op, waarbij het niet alleen om de door de oudere aangegeven problematiek ging, maar ook om wat voor invloed dit had op het functioneren, en bovendien om wat de oudere nog kon en wilde. De oudere en de mantelzorger stonden daarbij centraal."

Heeft Van Houwelingen ook inzicht verkregen in wat zoal was opgenomen in deze zorgplannen? "Ja, daar hebben we naar gekeken. De meeste problemen betroffen depressie, eenzaamheid, verminderde mobiliteit, cognitie en slechthorendheid. De ondernomen acties waren verwijzingen naar andere zorgverleners, meer diagnostiek, het optimaliseren van de medicatie, en een actie door de patiënt zelf, bijvoorbeeld meer sociale activiteiten ontplooien."

Helaas geen verschil

Na twaalf maanden is vervolgens gekeken of de ouderen uit de interventiegroep baat hadden gehad bij de proactieve samenhangende zorg. Van Houwelingen: "Helaas bleek dat niet het geval; er waren geen verschillen in zelfredzaamheid, kwaliteit van leven en gezondheidszorgkosten tussen de interventiegroep en controlegroep. Toch denk ik dat de proactieve samenhangende aanpak zinnig is geweest, want huisartsen en patiënten uit de interventiegroep waren wel meer tevreden over de zorg. De huisartsen omdat zij meer overzicht hadden doordat zij alles systematisch in kaart hadden gebracht. De patiënten omdat er tijd en aandacht was voor interacterende problemen en omdat de zorg niet alleen bestond uit steeds maar weer 'brandjes blussen'."

Intuïtie van de huisarts

"Wat ik zelf heb geleerd van mijn onderzoek is dat we als huisarts aandacht moeten hebben voor de groep ouderen met complexe problematiek en dat hóe we dat doen misschien wel van ondergeschikt belang is", vertelt Van Houwelingen. "Daarnaast is de intuïtie van de huisarts een mooi instrument om kwetsbare ouderen met complexe problematiek op te sporen. De intuïtie van de huisarts scoorde goed voor het opsporen van oudere met complexe problematiek, behalve – zoals gezegd – op het sociale domein. Je hoeft bijvoorbeeld alleen maar de griepvaccinatielijst eens door te nemen en dan weet je eigenlijk al wel: die en die zijn kwetsbaar. Ik denk dat het in het dossier vastleggen van kwetsbaarheid goed is, ook voor de communicatie met de tweede lijn en *advanced care planning*. *Casefinding* is in het kader van mijn onderzoek in elk geval zinniger dan screening, al is het maar omdat we ook binnen de ISCOPE-studie weer zien dat ongevraagde zorginventies niet de gewenste resultaten opleveren."

Na de promotie

Inmiddels is Van Houwelingen moeder geworden van een zoontje en heeft zij de huisartsopleiding afgerond. Zij werkt als waarnemend huisarts in de regio Leiden. "Nu doe ik even niets op het gebied van onderzoek, maar ik denk dat ik dat op termijn wel weer ga oppakken. Of misschien ga ik ook wel iets doen op het gebied van beleid. Voorlopig wil ik me echter even op een ding concentreren. Dat zie je bij veel aiotho's en dat heeft vast te maken met de levensfase waarin we zitten. Maar er komt vast wel weer iets op mijn pad waar ik mijn ei in kwijt kan." ■

Ans Stalenhoef

Boukje van Dijk-van Casteren, Floris van de Laar, Paul Giesen

KLINISCHE LES

Hand-voet-mondziekte

INLEIDING

In onze praktijk en op de huisartsenpost zagen we in de winter van 2015-2016 opvallend veel kinderen met plekjes rond de mond. Bij veel kinderen werd dit aangezien voor impetigo, maar fusidinezuurcrème en orale antibiotica hadden geen effect. Omdat we twijfelden aan de diagnose, hebben we per e-mail overlegd met collega's aan de hand van foto's die we gemaakt hadden. Een PCR middels eSwab uit een open laesie bij een van de patiënten bevestigde dat het om hand-voet-mondziekte ging.

EPIDEMIOLOGIE

Hand-voet-mondziekte is een doorgaans onschuldige virusziekte waarbij in de mond, op de handen en op de voeten kleine, pijnlijke, roodomrande blaasjes ontstaan. De infectie komt vooral voor bij kinderen tot 10 jaar en verloopt meestal symptoomloos; bij slechts 10-20% treden klinische verschijnselen op.[2] Hand-voet-mondziekte wordt geregistreerd onder ICPC-code A76.03 en ICD-10-code B08.4; de precieze incidentie is niet bekend. De ziekte vertoont vaak een epidemische verheffing en een daarvan deed zich voor in huisartsenpraktijk Thermion te Lent. Deze praktijk is aangesloten bij het registratienetwerk FaMe-net, waaraan ook praktijken in Oosterhout, Nijmegen, Amstelveen, Olst en Franeker meedoen. Tussen augustus 2015 en juni 2016 werden in Lent 31 nieuwe gevallen geregistreerd, 18 jongens en 13 meisjes, allen tussen de 0 en 5 jaar oud. Dit

Samenvatting

Van Dijk-van Casteren BGH, Van de Laar FA, Giesen PHJ. Hand-voet-mondziekte. Huisarts Wet 2017;60(4):184-6.

In de winter van 2015-2016 bleken opvallend veel kinderen hand-voet-mondziekte te hebben. Deze ziekte wordt veroorzaakt door enterovirussen waaronder coxsackie-virus A16 en enterovirus 71. Het virus verspreidt zich via neus- of keelslijm en via vocht uit blaren en ontlasting. Slechts 10-20% van de besmette personen krijgt klinische verschijnselen. Na een incubatietijd van drie tot zes dagen volgt een prodromale fase met lichte koorts, algehele malaise en misselijkheid. Aansluitend verschijnen in de mond rode maculae die overgaan in vesikels, waaruit kleine ulcera ontstaan. Bij twee derde van de kinderen ontstaan papels met gele vesikels op handpalmen en voetzolen, bij een derde ontwikkelen deze zich ook bij de genitaliën.

Meestal genezen de huidafwijkingen na acht tot tien dagen spontaan, bij minder dan 1% ontstaat ernstige complicaties. Neonaten in de eerste twee weken hebben meer risico op fulminante infecties. Daarom is het beter dat vrouwen in het laatste trimester van de zwangerschap en neonaten niet in contact komen met besmette personen, maar aangezien de infectie meestal asymptomatisch verloopt, is dat niet eenvoudig. Bij een infectie is goede hygiëne van belang en moet de patiënt voldoende blijven drinken ondanks de pijnlijke blaasjes. Zo nodig kan pijnstilling worden gegeven in de vorm van paracetamol, ibuprofen of lokaal lidocaïnegel 2%. Consulteer collega's en licht ze in bij een bevestiging van de diagnose hand-voet-mondziekte.

Een meisje met impetigo

Een 4-jarig meisje bezoekt met haar vader de huisartsenpost vanwege uitbreiding van impetigo rond haar mond en naar de handen ondanks drie dagen gebruik van telefonisch voorgeschreven fusidinezuurcrème. Er heerst krentenbaard op school.

De huisarts ziet een niet-ziek meisje met een temperatuur van 37,2 °C. Rond haar mond bevinden zich verschillende lenticulaire laesies met gele crustae. Verder zijn er rood omrande blaasjes, gelige vesikels in de mond en op de handen, verspreid over de romp en op de voeten. De huisarts denkt ook aan impetigo en besluit vanwege de uitbreiding over te gaan van fusidinezuurcrème op flucloxacilline.

Twee dagen later komt moeder met het meisje bij de eigen huisarts ter controle. Het meisje is niet ziek. De blaasjes, crustae en rode plekjes lijken toegenomen. Bij onderzoek is exantheem te zien in de splijtlijnen van de handpalmen en voetzolen, met karakteristieke, erythemateuze, ellipsvormige papels met gele vesikels van 3-7 mm diameter, omringd door een rode hof.

De huisarts twijfelt aan de diagnose 'impetigo' en vermoedt hand-voet-mondziekte. Met toestemming van de moeder worden er foto's gemaakt en per e-mail voorgelegd aan een collega-huisarts, die meekijkt (zie [**figuur**]). De huisarts neemt met een eSwab materiaal af uit een open laesie en vraagt een PCR aan. Daaruit komt geen stafylokok naar voren, zoals bij impetigo, maar een enterovirus 71.

De huisarts legt moeder aan de hand van Thuisarts.nl uit dat deze virusinfectie doorgaans onschuldig is en zonder littekens geneest.[1] Moeder is opgelucht, maar vindt het wel vervelend dat haar kind onnodig antibiotica kreeg. De collega's en de huisartsenpost worden geïnformeerd over deze niet-meldingsplichtige ziekte.

De kern

- Als een kind plekjes rond de mond heeft, houd dan rekening met hand-voet-mondziekte en inspecteer ook de handpalmen en voetzolen, of laat dat doen.
- Schrijf niet ongezien fusidinezuurcrème voor bij de klacht plekjes rond de mond.
- Bij twijfel over de diagnostiek: neem een kweek af en consulteer een collega in de praktijk of eventueel per e-mail, zo mogelijk met foto's van mond, handen en voeten.
- Deel de uitslag met collega's en meld een epidemische verheffing bij de huisartsenpost.
- Besmette personen moeten goede hygiëne in acht nemen en contact met zwangeren en neonaten vermijden.
- Verwijs ouders naar de rubriek hand-voet-mondziekte op Thuisarts.nl.

Radboudumc, Vervolgopleiding tot huisarts, Nijmegen: B.G.H. van Dijk-van Casteren, huisarts-docent, kaderhuisarts spoedzorg. Huisartsenpraktijk Thermion, Lent: dr. F.A. van de Laar, huisarts. Huisartsenpraktijk 't Weeshuis, Nijmegen: dr. P.H.J. Giesen, huisarts. • Correspondentie: boukje.vandijk@radboudumc.nl. • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

bracht de leeftijdspecifieke incidentie op 3,1%; een jaar eerder was dat 0,5%. Binnen de andere praktijken in het registratienetwerk was de leeftijdspecifieke incidentie gemiddeld 1%.

PATHOGENESE EN SYMPTOMEN

Hand-voet-mondziekte wordt veroorzaakt door enterovirussen, meestal het Coxsackie-virus A16 of enterovirus 71.[3,4] Verspreiding vindt plaats via hoesten of door direct contact met neus- of keelslijm, vocht uit blaren of ontlasting. De besmettelijke periode begint drie tot zeven dagen vóór de eerste ziekteverschijnselen; en het virus wordt tot twee weken na infectie nog uitgescheiden via de keelholte en drie tot elf weken via de ontlasting. Vaak verloopt een besmetting zonder symptomen.

Bij patiënten met ziekteverschijnselen volgt na de incubatieperiode een prodromale fase met lichte koorts, algehele malaise en misselijkheid. Aansluitend verschijnen op de tong, het mondslijmvlies, de farynxboog of het palatum molle rode maculae, die overgaan in vesikels van 2-5 mm diameter. De vesikels confluëren en er ontstaat een ulcus met een diameter van 4-8 mm en kleine zweertjes.

Bij twee derde van de kinderen met klachten verschijnen hierna in de splijtlijnen op de handpalmen en voetzolen erythemateuze, ellipsvormige papels met gele vesikels (3-7 mm) omringd door een rode hof, die niet jeuken. Bij een derde van de kinderen is ook bij de genitaliën een papuleuze uitslag zichtbaar.

De huidafwijkingen genezen meestal spontaan zonder littekenvorming in acht tot tien dagen.

De ziekte verloopt doorgaans mild. Bij kinderen is er een verhoogde kans op uitdroging door de pijnlijke blaasjes in de mond. Sporadisch (minder dan 1%) ontstaan ernstige complicaties op neurologisch, cardiovasculair en respiratoir gebied, vaker bij enterovirus 71 dan bij Coxsackie-virus A16.[2]

RISICO'S EN DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Het virus passeert de placenta. Er is geen duidelijk bewijs dat een infectie tijdens de zwangerschap de kans op abortus, vroeggeboorte of congenitale afwijkingen verhoogt. Bij de meeste neonaten zijn de symptomen mild, maar in de eerste twee levensweken is er een verhoogde kans op een fulminant beloop met ernstige complicaties, zoals multiorgaanfalen. Idealiter hebben zwangeren in hun laatste trimester en neonaten dus geen contact met iemand die hand-voet-mondziekte heeft, maar het meestal asymptomatische beloop van de infectie maakt zulke contacten lastig te vermijden.[5]

De diagnose 'hand-voet-mondziekte' wordt gesteld op geleide van het klinische beeld, eventueel aangevuld met een viruskweek of PCR uit een vesikel. In de differentiaaldiagnose staan waterpokken, impetigo, mazelen, herpetiforme gingivostomatitis, angina herpetica, mononucleosis infectiosa, recidiverende afteuze stomatitis, insectenbeten en vesiculaire tinea pedis.[6] Hand-voet-mondziekte mag niet verward worden met mond- en klauwzeer, een veeziekte veroorzaakt door het aftovirus die sporadisch bij mensen voorkomt en waarbij blaarvorming en viremie optreden.[7]

Figuur Blaasjes, korstjes en rode plekjes bij kinderen met hand-voet-mondziekte.

Hand-voet-mondziekte verloopt doorgaans mild.

BEHANDELING

De behandeling van hand-voet-mondziekte bestaat uit uitleg, geruststelling en een advies voor goede hygiëne. Spontaan herstel is te verwachten binnen een tot twee weken. Het is wel van belang het kind voldoende vocht aan te bieden als het uit zichzelf onvoldoende drinkt omdat drinken pijn doet. Zo nodig kan als pijnstilling paracetamol of ibuprofen worden voorgeschreven; pijnlijke ulcera kunnen eventueel worden aangestipt met orale lidocaïnegel 2%.[2,8] ■

LITERATUUR

1 Mijn kind heeft hand-, voet- en mondziekte [internet]. Utrecht: NHG, 2016. Thuisarts.nl, geraadpleegd februari 2017.
2 LCI-richtlijn Hand-voet-mondziekte. Den Haag/Bilthoven: Landelijke Coordinatiestructuur Infectieziekten/RIVM, 2011.
3 Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone, 2006:150-7.
4 Verboon-Maciolek MA, Nijhuis M, Van Loon AM, Van Maarssenveen N, Van Wieringen H, Pekelharing-Berghuis MA, et al. Diagnosis of enterovirus infection in the first 2 months of life bij real-time polymerase chain reaction. Clin Infect Dis 2003;37:1-6.
5 World Health Organisation. Fact sheet hand, foot and mouth disease. Manila: WHO, 2012.
6 Ramdass P, Mullick S, Farber HF. Viral skin diseases. Prim Care 2015; 42:517-67.
7 Grubman MJ, Baxt B. Foot-and-mouth disease. Clin Microbiol Rev 2004; 17:465-93.
8 Opstelten W, Van Essen T. Hand-, voet- en mondziekte. In: Eekhof J, Knuistingh Neven A, Bruggink S, Scherptong-Engbers M, redactie. Kleine kwalen bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2016:53-6.

UW CASUS IN HG-W?

Bent u ook een geval in uw praktijk tegengekomen dat u graag deelt met uw medelezers? Maak er foto's van en beschrijf de casus volgens onze auteursrichtlijnen, te vinden op www.henw.org.

Het gaat om een of meer casussen met relevante, toepasbare informatie voor de huisarts in de praktijk. Uitgangspunt is de beschreven klacht van de patiënt. Het kan gaan om een zeldzame, maar ook om een veelvoorkomende aandoening gaan.

Ook de bespreking van een klinisch probleem (diagnose, belangrijk symptoom of symptomencomplex) plaatsen we graag in deze rubriek in de vorm van een korte en kernachtige bespreking.

Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org.

Krista Koetsenruijter

Bekwaming aios in complexe ouderenzorg

Welke literatuur leidde tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop deze arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker (aiotho) aan het promoveren is? Coördinatie: N. Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W, n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

De huisarts krijgt steeds meer te maken met ouderen met complexe problematiek. Voor het behandelen van deze problemen is een gedegen plan van aanpak noodzakelijk. Voor huisartsen en huisartsen-in-opleiding (aios) is het een grote uitdaging om deze plannen te maken vanwege de vele facetten die samenkomen en met elkaar interacteren. Om deze vaardigheid onder de knie te krijgen, zijn adequate onderwijsinterventies nodig.

HUIDIG BELEID

In 2007 gaf het NHG het standpunt 'Huisartsenzorg voor ouderen met complexe problematiek' uit.[1] Hierin wordt gepleit voor het leveren van proactieve zorg, die gericht is op het behoud van functionaliteit, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Nieuw hieraan is dat er niet vraaggestuurd en ziektegericht wordt gewerkt, maar anticiperend en vanuit de wensen van de patiënt. Aios moeten in deze nieuwe manier van werken worden opgeleid. Het Landelijke Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde (2014) heeft deze inzichten rondom zorg voor ouderen opgenomen in de KBA's (Kenmerkende BeroepsActiviteiten). Hierdoor zijn alle opleidingen in Nederland verplicht meer aandacht te besteden aan kennisontwikkeling op het gebied van complexe ouderenzorg. De manier waarop universiteiten hier invulling aan geven, is divers.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Huisartsen hebben dagelijks te maken met kwetsbare ouderen. In Nederland is momenteel 18,2% van de bevolking boven de 65 jaar. Dit cijfer stijgt naar 26,5% in 2040. Hoewel het merendeel van de ouderen gezond is, zal het aandeel kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen toenemen. Zorgverzekeraars schatten dat er ongeveer 25 kwetsbare ouderen in een normpraktijk zijn, maar exacte cijfers ontbreken. Naast deze demografische ontwikkeling zorgen het groeiende aantal therapeutische opties, het langer thuis wonen en de transfer van zorg van de tweede naar de eerste lijn ervoor dat huisartsen steeds complexere zorg moeten verlenen. Het is dus van essentieel belang dat toekomstige huisartsen worden opgeleid in het leveren van efficiënte en doeltreffende zorg aan deze groep.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Aios leren ouderenzorg primair op de werkplek, onder begeleiding van hun opleider. Via een cyclisch proces van waarnemen/ervaren, reflecteren, conceptualiseren en toepassen wordt deze bekwaamheid ontwikkeld (leercirkel van Kolb).[2] De kunst hierbij is om ervaringen in opbouwende moeilijkheid aan te bieden, onder aanvankelijk intensieve en later afnemende begeleiding. Door deze aanpak kan worden aangesloten bij het niveau van de aios. Het doel van deze opbouw is om leerervaringen te creëren die grenzen aan hun al beschikbare kennis en vaardigheden ('zone of proximal development'), zodat aios uitgedaagd, maar niet overvraagd wordt.[3] Hoe dit te doen, en hoe daar de opleiders bij te betrekken, is een puzzel waar de nu beschikbare onderwijskundige theorieën nog maar beperkt antwoord op geven. De huidige theorieën richten zich relatief weinig op het verwerven van bekwaamheid om, in steeds wisselende situaties, creatieve oplossingen op maat te vinden. Mede daarom heeft elke regionale huisartsopleiding hier zijn eigen visie en oplossingen voor ontwikkeld.

CONCLUSIE

Om adequaat om te kunnen gaan met complexe problematiek bij een stijgende ouderenpopulatie, is het belangrijk om aios op te leiden in het leveren van complexe proactieve zorg. Hoe dit het beste aangeleerd kan en moet worden, is nog niet duidelijk. Momenteel heeft iedere universiteit zijn eigen oplossingen hiervoor. Op voorhand is echter duidelijk dat veel geleerd gaat worden na certificering, als men met twee benen in de praktijk staat. De nieuwe inzichten komen daarmee tevens ten goede aan opleiders en andere huisartsen, zodat de hele eerstelijns ouderenzorg hiervan profiteert.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Hoe kunnen we het onderwijs over complexe ouderenzorg in de huisartsopleiding optimaliseren om zo veel mogelijk rendement te behalen en onze aios goed toegerust het veld in te sturen? ■

LITERATUUR

1 NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: Nederland Huisartsen Genootschap, 2007.
2 Kolb D. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984.
3 Kozulin A, Gindis B, Ageyev VS, Miller SM. Vygotsky's educational theory in cultural context. In: Brown JS, Pea R, Heath C, Suchman LA (editors). Learning in doing: social, cognitive and computational perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, p. 39-42.

Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde en School of Health Professions Education (SHE), Maastricht: K.W.J. Koetsenruijter, aiotho • Correspondentieadres: k.koetsenruijter@maastrichtuniversity.nl

Joeri Cohen, Edwin Cuperus

Neonatale pustulosis cephalis

Casus
Een mannelijke neonaat, geboren na een niet-gecompliceerde zwangerschap uit niet-consanguiene Marokkaanse ouders, ontwikkelt aan het einde van de tweede levensweek een snel uitbreidende uitslag in het gelaat, bestaand uit erythemateuze papels en pustels verspreid in het gelaat, deels confluerend [**foto**]. Onder verdenking van een lokale bacteriële infectie werd fusidinezuurcrème voorgeschreven, zonder effect. Na teledermatologische consultatie werd de diagnose neonatale pustulosis cephalis gesteld, waarop gestart werd met ketoconazolcrème tweemaal daags. Na twee dagen smeren is de therapie gestaakt gezien een goede genezingstendens en het huidbeeld is drie dagen hiernavolgend in totale remissie gegaan.

BESCHOUWING

Neonatale pustulosis cephalis ontstaat meestal vanaf de geboorte of in de eerste twee tot drie weken en wordt met name gezien in het gelaat (kin, wangen en voorhoofd, soms ook op de oogleden). Het wordt in de helft van de gevallen veroorzaakt door *Malassezia furfur (Pityrosporon)*, een gevolg van toegenomen activiteit van talgklieren bij pasgeborenen. Het is een neonatale Pityrosporon folliculitis. Neonatale pustulosis cepahlis moet differentiaaldiagnostisch worden onderscheiden van acne neonatorum.[1] Acne neonatorum komt vaker voor, ontstaat enkele weken tot maanden na de geboorte en kenmerkt zich eveneens door de aanwezigheid van comedonen. In de differentiaaldiagnose staan milia, erythema toxicum neonatorum, transiente neonatale pustulaire melanosis, miliaria rubra, talgklierhyperplasie, candida-infectie, hyper-IgE-syndroom of na gebruik van medicatie bij de moeder peri- of postpartum (met name lithium, fenytoïne en glucocorticosteroïden).[2] Veelal wordt de diagnose à vue gesteld, waarbij een preparaat van de inhoud van een pustel met 10% kaliumhydroxide-oplossing (KOH) het typische beeld laat zien van schimmeldraden en gisten ('spaghetti met meatballs').

Meestal is geen behandeling nodig; het gaat vanzelf over. Ondanks het soms imponerende huidbeeld is het raadzaam om de ouders gerust te stellen over het goedaardige beloop. Zo nodig kan behandeld worden met 2% ketoconazolcrème een- tot tweemaal daags gedurende enkele dagen. ■

LITERATUUR

1 Rapelanoro R, Mortureux P, Couprie B, et al. Neonatal Malassezia furfur pustulosis. Arch Dermatol 1996;132:190-3.
2 Melnik BC. Acne. In: Irvine A, Hoeger P, Yan A, editors. Harper's Textbook of Pediatric Dermatology Oxford: Willey-Blackwell, 2011, pp.79.14-22.

Sint Jansdal, Harderwijk: E. Cuperus, dermatoloog. Huisartsenpraktijk Cohen, Harderwijk: J. Cohen: huisarts • Correspondentie: E.Cuperus@stjansdal.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

"Ik zou graag meer huisartsenonderzoek zien"

Karen Koller, van huis uit jurist gezondheidsrecht en zelf astmapatiënt, is lekenlid bij de Commissie Mensgebonden Onderzoek (CMO) in Nijmegen, verbonden aan het Radboudumc. "Ik vertegenwoordig de patiënt en beoordeel vanuit die positie de leesbaarheid, toegankelijkheid en vooral de proportionaliteit van medisch wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen."

Hoe bekijk je de proportionaliteit van onderzoek?
"Allereerst probeer ik een onderzoek te lezen vanuit het perspectief van de patiënt: is het begrijpelijk? Weet iemand wat hem te wachten staat en aan welke gevaren en risico's hij bloot komt te staan? Vaak is het taalgebruik wollig en onnodig ingewikkeld. Verder kijk ik naar de belastbaarheid van de patiënt en de duur van het onderzoek. Als onderzoekers bijvoorbeeld zes maal een biopt willen afnemen, vraag ik of dat echt nodig is. Zo'n ingreep is pijnlijk en daar wil ik een goede onderbouwing voor horen. Zodra er lichamelijk ingrijpen aan te pas komt, stel ik sowieso de vraag of dat in verhouding staat tot het beoogde onderzoeksdoel. Het gebeurt nogal eens dat onderzoekers patiënten maar vol willen stoppen met medicijnen of placebo's, aan straling blootstellen of in ze willen snijden. Dan zeg ik: "Kan het een onsje minder? Zijn jullie soms even vergeten dat het hier gaat om mensen?!" Vaak blijkt het anders te kunnen: "O ja, dat is inderdaad onnodig belastend, we kunnen eigenlijk best toe met twee biopten."

Wordt er geen misbruik gemaakt van patiënten die vaak zelf belang hebben bij het onderzoek?
"Nee, want het is nu juist onze belangrijkste taak om dat te voorkomen. En ik denk dat we daar een heel goede antenne voor hebben. We werken altijd langs de meetlat van zorgvuldigheid en ethische toelaatbaarheid. Misbruik voorkom je door patiënten en proefpersonen goed voor te lichten. Zeker 10% van de onderzoeken krijgt van ons een no go, en nog eens 30% roept kritische vragen op. Als daar goede antwoorden op komen, kan een onderzoek door. Zo niet, dan vragen wij om aanpassing."

Hoeveel invloed heb je als lekenlid?
"Mijn invloed is behoorlijk, zeker nu ik tien jaar bezig ben. Meestal ben ik het sluitstuk van de vergadering. Het gebeurt regelmatig dat iedereen het erover eens is dat een onderzoek er goed uitziet: relevant, methodologisch in orde en goed opgeschreven. Als ik, vanuit mijn patiëntenperspectief, vervolgens zeg: "Allemaal goed en wel, maar ik zou er persoonlijk nooit aan meedoen", zie ik wel eens vragende ogen. In zo'n geval geef ik alleen mijn onderbuikgevoel weer, daar is gelukkig altijd oor voor. Het grote voordeel is dat ik een heel andere pet op heb dan artsen en onderzoekers, die in hun doelgerichtheid en enthousiasme voor het einddoel gevoelig kunnen zijn voor trechtervisie."

> *"Het meeste onderzoek komt uit de ziekenhuishoek."*

Kan de huisarts iets betekenen voor proefpersonen?
"Huisartsen zouden een rol kunnen spelen bij de selectie van geschikte patiëntenpopulaties en proefpersonen, omdat zij de patiënt meestal beter kennen dan een specialist of andere onderzoeker. Wie op de hoogte is van onderzoek naar een bepaalde aandoening en een mondige patiënt heeft die ook nog beschikt over vrije tijd, kan best eens een balletje opgooien. Dan weet je meteen dat deelname vanuit de juiste motieven gebeurt. Het zou ook goed zijn als een blad als Huisarts en Wetenschap de stem van patiënten meer liet horen, via columns of interviews. Wie kan tenslotte beter vertellen wat wel of niet belastend is dan de patiënt zelf?"

Wat zou je tegen de lezers van H&W willen zeggen?
"Ik zou graag meer huisartsenonderzoek zien! Op dit moment komt het meeste onderzoek uit de ziekenhuishoek. Ik zie onderzoek voorbijkomen van professoren die gespecialiseerd zijn in een onderdeeltje van een onderdeel. Je kunt je afvragen of dat relevant is, zeker gezien de hoeveelheid geld die ermee gemoeid is. Altijd lastig, want daarover mogen we ons niet uitlaten: we zijn tenslotte een ethische commissie. Maar als het echt ontbreekt aan doelmatigheid of maatschappelijke relevantie, doen we dat toch. Dat geld zie ik liever besteed aan onderzoek door de huisarts, want die is bij uitstek betrokken bij de patiënt en kent zijn problematiek het best." ■

Tanja Veenstra

De CMO is een van de 23 erkende medisch-ethische toetsingscommissies in Nederland en screent mensgebonden onderzoek in de regio Arnhem/Nijmegen.

Karen Koller is tevens lid van een cliëntenraad van Radboudumc Dekkerswald (universitair centrum voor chronische ziekten) en van patiëntenvereniging Hematon.

Foto: Cees Elzenga/hetoog.nl

"Huisartsen kunnen een rol spelen bij de selectie van geschikte patiëntenpopulaties en proefpersonen."

Henk Schers

IMPORT

Het effect van *wearables* op overgewicht

INLEIDING

Zijn we op weg naar het *quantified self* waarbij de zelfredzame en gezonde burger longitudinaal en *realtime* informatie over zichzelf verzamelt, interpreteert en gebruikt om zijn gedrag te veranderen en daarmee gezonder te worden? Het lijkt er soms wel op. Aan medische interventies worden e-healthmogelijkheden toegevoegd die de dokter steeds vaker overbodig lijken te maken. Het meten van lichamelijke functies en gedrag gebeurt vaak met draagbare technologie. Deze technologie vindt daarmee zijn weg naar allerhande toepassingen in de zorg. De vraag is natuurlijk of al deze technologie en gadgets ook kunnen bijdragen aan de oplossing van échte problemen, zoals het beheersen van de overgewichtepidemie. In Nederland heeft meer dan de helft van de volwassenen overgewicht, in de Verenigde Staten zelfs twee op de drie. Tot nu toe zijn er nauwelijks interventies tegen overgewicht die effectief zijn en ook op de lange termijn beklijven. Alle reden dus om te kijken wat technologie hier kan toevoegen. Een Amerikaans onderzoekscentrum ging na of de toevoeging van draagbare technologie (*wearables*) aan een leefstijlinterventie leidt tot meer gewichtsverlies bij jongvolwassenen met overgewicht.

ONDERZOEK

Opzet De onderzoekers randomiseerden 471 jongvolwassenen tussen de 18 en 35 jaar met overgewicht (BMI 25-40) over de interventie- en controlegroep. Beide groepen kregen de eerste zes maanden een wekelijkse gedragsinterventie in een groepssessie en bovendien kregen de deelnemers wekelijkse feedback op hun eetpatroon, dieet en bewegen. Na zes maanden werd de frequentie van de groepssessies verlaagd naar eenmaal per maand en kregen alle deelnemers sms-tips en de mogelijkheid tot telefonisch advies en toegang tot informatiemateriaal op een website. Beide groepen gaven hun dieet, gewicht en activiteiten door via de website en kregen hierop feedback tijdens de telefonische adviesgesprekken. In de interventiegroep werd na zes maanden als extra interventie een wearable toegevoegd. Deze wearable bestond uit een band rond de bovenarm die beweging en energieverbruik monitorde, met als doel betere zelfmonitoring en zelfmanagement.
Uitkomsten Na twee jaar follow-up bleek het gewichtsverlies in de controlegroep significant hoger dan in de interventiegroep. In de controlegroep daalde het gewicht van 95,2 met 5,9 kg naar 89,3 kg. In de interventiegroep daalde het gewicht van 96,3 kg met 3,5 kg naar 92,8 kg. Het verschil was significant ten faveure van de standaardinterventie. In beide groepen nam het gewicht overigens na de eerste zes maanden met gewichtsverlies langzamerhand weer toe. Er was geen verschil tussen de groepen voor wat betreft hun fysieke activiteit of hun cardiovasculaire fitheid. Ook de fitheid verminderde na de eerste zes maanden, terwijl die aanvankelijk toenam. Van de verstrekte wearables werd 85% langer dan een dag gedragen. Uit de gebruikerservaringen bleek dat de gebruikers vonden dat de wearables weliswaar inzicht en advies gaven, maar dat het lastiger was om er motivatie uit te putten of om barrières te slechten die gedragsverandering in de weg zaten. De wearables voldeden beter om de fysieke activiteit te monitoren dan om het voedingspatroon in kaart te brengen en houden.
Conclusie van de auteurs Toevoeging van wearable technology aan een standaard overgewichtprogramma resulteerde in minder gewichtsverlies na 24 maanden bij jongvolwassenen met overgewicht. De technologie voegt dus niets toe voor deze doelgroep.

INTERPRETATIE

Draagbare technologie is voorlopig niet de heilige graal om weerbarstig ongezond gedrag te veranderen. In dit onderzoek bleek een uitgebreide en intensieve interventie met wearables voor jongvolwassenen met overgewicht nauwelijks effectief en het jojo-effect was aanzienlijk. Het gebruik van de wearable leidde zelfs tot een slechtere uitkomst. De auteurs proberen natuurlijk te verklaren waarom de draagbare technologie het effect van hun lijvige interventie verminderde, maar daar komen ze niet goed uit. Uiteraard is het gebruikte device inmiddels verouderd en is de technologie van nu beter en slimmer dan die van een paar jaar geleden. Maar dat is niet alles. Vooralsnog zijn de technologische noviteiten die moeten leiden tot gedragsverandering minder effectief dan gehoopt en ze maken de hooggespannen verwachtingen niet waar. Mogelijk moet deze technologie nog slimmer worden en op basis van zelfverzamelde data gepersonaliseerde feedback en advies geven, waarbij rekening wordt gehouden met persoonlijke drijfveren en barrières voor gedragsverandering. De toekomst zal uitwijzen of dat allemaal genoeg is. In potentie kunnen wearables voor een gedefinieerde subpopulatie natuurlijk niet alleen een aanvulling zijn, maar ook de vervanging van een dure professionele interventie. Daartoe moet echter nog veel meer geleerd worden over hoe technologie kan helpen om gedrag blijvend te veranderen. De ontwikkelingen gaan snel, maar het zal nog wel even duren voordat technologie de huidige geïntegreerde leefstijlinterventies kan vervangen. ■

LITERATUUR

1 Jakicic JM, Davis KK, Rogers RJ, et al. Effect of wearable technology combined with a lifestyle intervention on long-term weight loss: the IDEA randomized clinical trial. JAMA 2016;316:1161-71.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: dr H.J. Schers, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: henk.schers@radboudumc.nl

Bèr Pleumeekers

Geen antipsychotica meer in terminale fase

INLEIDING

Delier komt frequent voor bij patiënten in de terminale fase, zeker als de stervensfase nadert. Als eenmaal een delier is vastgesteld, bestaat de behandeling uit het wegnemen van mogelijke oorzaken en het doen van medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies. Internationale richtlijnen, en dus ook de NHG-Standaard, adviseren om te starten met haloperidol als niet-medicamenteuze interventies onvoldoende resultaat opleveren. Bij ernstig zieke, delirante patiënten zijn de resultaten van antipsychotica in verschillende studies ondanks deze aanbevelingen niet erg overtuigend. De meeste hebben methodologische beperkingen, maar ook enkele wel goed uitgevoerde onderzoeken laten geen effect zien. Dit is het eerste onderzoek dat naar de effectiviteit van haloperidol en risperidon bij delirante patiënten in de terminale fase kijkt.

ONDERZOEK

Opzet Deze RCT vond plaats in Australië. In totaal werden 249 patiënten met een licht tot matig delier in de terminale fase gerandomiseerd. Naast de gebruikelijke zorg voor delirante patiënten werden 82 patiënten behandeld met risperidon, 81 met haloperidol en 86 met placebo. Alle medicatie werd in orale vorm toegediend. De ernst van het delier werd elke acht uur vastgesteld aan de hand van een gevalideerde scoringslijst, waarbij vooral gekeken werd naar de aanwezigheid van gedragsstoornissen, verwardheid of hallucinaties. De initiële dosis kon verhoogd of verlaagd worden, afhankelijk van de situatie. Bij verslechtering van de situatie werd elke twee uur tevens 2,5 mg midazolam s.c. toegediend. Gezien de ernst van de toestand van de patiënten werd de observatie gestaakt na maximaal 72 uur of bij overlijden van de patiënt.
Resultaten Aan het einde van de observatieperiode hadden de patiënten die behandeld waren met risperidon en haloperidol een statistisch significant slechtere score op de scorelijst dan de patiënten die placebo hadden ontvangen. Extrapyramidale bijwerkingen kwamen significant vaker voor bij patiënten die gedurende de drie observatiedagen met antipsychotica waren behandeld. Ten slotte was het gebruik van midazolam lager in de placebogroep dan bij de gebruikers van risperidon en haloperidol. Op de eerste dag moest bij 17% midazolam toegediend worden vanwege verslechtering van het klinisch beeld in de placebogroep en bij 35% in de interventiegroep. Op de tweede en derde dag was dat respectievelijk 17% versus 33% en 14% versus 30%. Alle verschillen zijn statistisch significant.
Conclusie van de auteurs Er is geen plaats voor het voorschrijven van antipsychotica bij de behandeling van patiënten met een delier in de terminale fase.

INTERPRETATIE

Eerdere onderzoeken lieten al zien dat de effectiviteit van de behandeling van symptomen bij een delirante patiënt met

Foto: Shutterstock/iPatou.

antipsychotica op z'n zachtst uitgedrukt twijfelachtig is. Dit onderzoek laat zien dat voor patiënten met lichte tot matige klachten als gevolg van een delier in de terminale fase, de behandeling met risperidon of haloperidol meer kwaad dan goed doet en derhalve ontraden dient te worden. Nu blijkt dat deze middelen vaker een verergering dan een verbetering van de delirante symptomen kunnen veroorzaken, is het gevaar niet denkbeeldig dat bij een toename van de klachten de dosis eerder opgehoogd zal worden dan dat de behandeling gestaakt zal worden. Hierdoor verslechtert het klinisch beeld verder, wat weer een dosisverhoging tot gevolg kan hebben, et cetera. De NHG-Standaard Delier maakt wat de behandeling betreft geen expliciet onderscheid tussen een delier op basis van een terminale ziekte of anderszins. De geadviseerde dosis van tweemaal daags 0,5 mg haloperidol bij ouderen is tweemaal hoger dan de dosis in dit onderzoek. Ook een maximale initiële dosis van 10 mg per 24 uur in crisissituaties wordt in dit onderzoek niet gehaald. Het lijkt aannemelijk dat deze adviezen leiden tot een verergering in plaats van tot een vermindering van de ernst van het delirante beeld. In dit opzicht zijn de medicamenteuze adviezen uit de standaard als het gaat om delirante patiënten in de terminale fase aan een herziening toe. Niet-medicamenteuze adviezen uit de standaard blijven waardevol voor de preventie en behandeling van delirante klachten in de terminale fase. Als deze adviezen echter niet meer baten, lijkt er sprake te zijn van een refractaire symptomatologie en hebben antipsychotica geen zin. Het is dan cruciaal om met patiënt en diens verzorgenden van tevoren al goed doorgesproken te hebben hoe er met deze symptomen omgegaan moet worden en wat de mogelijkheid van palliatieve sedatie is, als het gaat om een menswaardig levenseinde. ■

LITERATUUR

1 Agar MR, et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care. A randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2017;177:34-42.

Huisartsenpraktijk Zorgpunt Lombardije, Rotterdam: H.J.C.M. Pleumeekers, huisarts • Correspondentie: pleumo24@planet.nl

Niet standaard antipsychotica bij (mild) delier in de terminale fase

Foto: Shutterstock/Cineberg.

Huisartsen zouden eerst niet-medicamenteuze interventies moeten inzetten bij delierachtige symptomen.

Collega Pleumeekers roept in zijn bijdrage in dit nummer van H&W (pagina 191) op tot een revisie van de medicamenteuze adviezen in de NHG-Standaard Delier voor delirante patiënten in de terminale fase. De vraag is of deze oproep terecht is.

Conform de huidige NHG-Standaard Delier dient vanwege potentiële bijwerkingen niet routinematig gestart te worden met medicamenteuze behandeling van het delier. Dus ook niet met antipsychotica. Dus ook niet in een terminale fase. De huidige standaard stelt dat medicamenteuze behandeling van een delier te overwegen is bij de volgende indicaties:

- angst en/of hallucinaties, achterdocht, (paranoïde) wanen;
- hevige motorische onrust, mede om te voorkomen dat de patiënt zichzelf of anderen letsel toebrengt;
- nachtelijke onrust en/of verstoord dag-nachtritme.

Bovenstaande indicaties voor een medicamenteuze behandeling van een delier zijn niet te vergelijken met de indicaties zoals beschreven in het onderzoek van Agar et al. In dit onderzoek worden onder meer op grond van een score van 1 of hoger op een van de drie NuDESC-items (probleemgedrag, moeite met communicatie en het optreden van wanen of hallucinaties) patiënten geïncludeerd voor het starten van een behandeling voor hun belastende symptomen van een delier. De NuDESC lijkt een beetje op de in Nederland veelgebruikte DOS. De NuDESC wordt ook iedere acht uur bepaald. Er wordt al een 1 gescoord op het item probleemgedrag bij frequent bewegen van de patiënt, zonder hyperactiviteit. Ook als de spraak een beetje moeilijker te volgen is, scoort de NuDESC een 1. Er wordt eveneens een 1 gescoord als, in relatie tot slapen, mispercepties worden gezien. De onderzoekers includeerden mogelijk dus patiënten die door een droge mond moeilijker te verstaan waren, door minder adequate pijnstilling niet geheel rustig in bed lagen of die bijvoorbeeld door een hang-over van benzodiazepines in de ochtend niet meteen helder waren. Ik denk niet dat Nederlandse huisartsen op grond van deze symptomen overgaan tot het geven van antipsychotica. Ook niet in de terminale fase. De auteurs geven dit in hun eigen artikel ook aan: 'Mogelijk zijn patiënten behandeld op doelsymptomen, welke door de patiënt (of diens omgeving) niet als belastend zijn ervaren.'

NIET-MEDICAMENTEUZE INTERVENTIES

Het artikel van Agar onderstreept nogmaals de kracht van niet-medicamenteuze interventies bij delierachtige symptomen. Ook deze tekst staat in de huidige NHG-Standaard Delier. Ik roep alle huisartsen dan ook op eerst niet-medicamenteuze interventies in te zetten bij de behandeling van een delier, ook in de terminale fase. Als deze maatregelen onvoldoende zijn om het lijden van de patiënt door bijvoorbeeld hallucinaties en wanen onder controle te krijgen, dan blijven antipsychotica geïndiceerd, conform de huidige standaard. ■

Paul Dautzenberg,
geriater JBZ, voorzitter multidisciplinaire Richtlijn Delier 2014 en lid werkgroep NHG-Richtlijn Delier 2014

KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Keurlings P, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie: wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.

Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, www.allesoverlithium.nl en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 200.

1. **Opleider en aios bespreken vanaf welke waarde een lithiumspiegel te hoog is. De opleider merkt op dat ouderen al bij therapeutische spiegels intoxicatieverschijnselen kunnen vertonen. Hij vraagt vanaf welke waarde bij niet-kwetsbare groepen de lithiumspiegel te hoog is. Wat is correct?**
   - **a.** Vanaf 0,8 mmol/l.
   - **b.** Vanaf 1,0 mmol/l.
   - **c.** Vanaf 1,2 mmol/l.

2. **De psychiater heeft het controleren van de lithiumspiegel aan de huisarts overgedragen. Met welke frequentie dient de huisarts de lithiumspiegel minimaal te controleren?**
   - **a.** Driemaandelijks.
   - **b.** Halfjaarlijks.
   - **c.** Jaarlijks.

3. **Lithium gedraagt zich in de nier als natrium. Na filtratie wordt lithium in de nier voor 80% teruggeresorbeerd. Lithium wordt volledig door de nier uitgescheiden. Bij welk dieet is de kans op een lithiumintoxicatie het grootst?**
   - **a.** Bij een zoutarm dieet.
   - **b.** Bij een zoutverrijkt dieet.

4. **De huisarts besluit, mede op advies van de psychiater, om een patiënt lithium voor te schrijven vanwege recidiverende depressies. Wat hoort de huisarts te doen voordat hij het recept naar de apotheek stuurt?**
   - **a.** De GFR van de patiënt op het recept vermelden.
   - **b.** De reden van voorschrijven op het recept vermelden.
   - **c.** Overleggen met de apotheker.

5. **De huisarts heeft lithium aan een patiënt voorgeschreven en geeft voorlichting over het gebruik van lithiumtabletten. Welke voorlichting is correct?**
   - **a.** Lithiumpreparaten zijn onderling uitwisselbaar.
   - **b.** Vergeten lithiumtabletten kunnen alsnog worden ingenomen.
   - **c.** Bij staken van de lithiummedicatie hoeft niet te worden afgebouwd.
   - **d.** Bloedafname voor spiegelbepaling dient twaalf uur na de laatst ingenomen tablet plaats te vinden.

6. **Bij gelijktijdig gebruik van bepaalde antibiotica, diuretica, NSAID's, ACE-remmers, AT-II-antagonisten en lithium, neemt de kans op een lithiumintoxicatie toe. Welk advies geeft Keurlings aan de huisarts die aan een lithiumgebruiker een medicijn wil voorschrijven dat de lithiumconcentratie verhoogt?**
   - **a.** Intensiveer de lithiumspiegelcontroles.
   - **b.** Stap over op andere medicatie; het gebruik van lithiumverhogende medicijnen is te risicovol.
   - **c.** Verlaag de lithiumdosering.

7. **De huisarts krijgt de lithiumspiegel terug van de heer Linszen, 46 jaar. Hij constateert dat de spiegel binnen de referentiewaarde van het laboratorium ligt. Weet de huisarts daarmee of de huidige lithiumdosering bij de heer Linszen correct is?**
   - **a.** Ja. De spiegelwaarde ligt binnen de streefwaarde van het laboratorium.
   - **b.** Nee. De huisarts dient zich op de hoogte te stellen van de nierfunctie van de heer Linszen.
   - **c.** Nee. De huisarts dient de streefwaarde van de heer Linszen in het dossier op te zoeken.

8. **Op de probleemlijst in het medisch dossier van mevrouw Segers, 63 jaar, staan: bipolaire stoornis, hypothyreoïdie en hypertensie. Mevrouw Segers gebruikt lithium, thyrax en amlodipine. In welke situatie kan de huisarts een verhoging van de lithiumspiegel bij mevrouw Segers verwachten?**
   - **a.** Als mevrouw Segers haar thyrax-tabletten vergeet in te nemen.
   - **b.** Als de huisarts haar amoxicilline voorschrijft.
   - **c.** Als de huisarts haar diclofenac voorschrijft.
   - **d.** Als de huisarts haar een statine voorschrijft.

KLINISCHE LES

Pim Keurlings, Harm-Jan Minkema

Lithium en lithiumintoxicatie

Wat moet de huisarts weten?

INLEIDING

Bijna 21.000 Nederlanders gebruiken lithium.[1] Hoewel het middel overwegend door psychiaters wordt voorgeschreven en gecontroleerd, komen ook huisartsen in hun dagelijkse praktijk in aanraking met lithiumgebruikers. De huisarts zal vaak als eerste gealarmeerd worden bij een lithiumintoxicatie en moet deze dus kunnen herkennen. Daarom behandelen we in deze klinische les de basiskennis over lithium en lithiumintoxicaties. Aan de hand van een casus bespreken we de belangrijkste wetenswaardigheden en geven we praktische tips. Tot slot bespreken we de samenwerking met de psychiater.

Een verwarde vrouw

De huisarts wordt met spoed gevraagd bij een alleenstaande bijna vroege. Ze heeft een bipolaire stoornis en gebruikt olanzapine, diazepam, pindol, temazepam en oxazepam. Haar laatste psychiatrische controle was een maand geleden.

Patiënte is sinds twee dagen vermoeid. Ze mijdt een vertrouwde buurtbewoner, omdat ze denkt dat hij haar wil vermoorden. Vervolgens wast ze met dubbele en een groot tremor van de handen, voeten, oogleden en mondhoeken. Haar vitale functies zijn ongestoord, ze kan eenvoudige opdrachten uitvoeren. Ze heeft geen afwijkingen. De kracht in armen en benen is symmetrisch verdeeld. Patiënte wordt ingenomen met als verdachtgroep delier dan een CVA.

Samenvatting

Keurlings PAJ, Minkema HJ. *Lithium en lithiumintoxicatie: Wat moet de huisarts weten?* Huisarts Wet 2017;60(4):---.

Een normpraktijk in Nederland telt gemiddeld zes patiënten die lithium gebruiken. Lithium is een stemmingstabilisator die overwegend door psychiaters wordt voorgeschreven en gecontroleerd. Het middel heeft een smalle therapeutische breedte. Daarom wordt minimaal elk half jaar de 12-uurspiegel bepaald, de serumlithiumconcentratie 12 uur na de laatste lithiuminname. De huisarts dient, eventueel na overleg met de psychiater, laagdrempelig een extra 12-uurspiegel te bepalen als er een risicofactoren voor een lithiumintoxicatie aanwezig is. Risicofactoren zijn dehydratie, nierfunctiestoornissen, diuretica, NSAID's, ACE-remmers, AT-II-antagonisten en sommige antibiotica. Een therapeutische 12-uurspiegel hoort tussen 0,4 en 0,8 mmol/l te liggen. Een waarde hoger dan 1,2 mmol/l is te hoog, boven 1,5 mmol/l ontstaan intoxicatieverschijnselen.

De symptomen van een lithiumintoxicatie kunnen lastig te herkennen zijn en gemakkelijk toegeschreven worden aan andere oorzaken, zoals delier of comorbiditeit. Bij iedere lithiumgebruiker met verwardheid of neurologische verschijnselen moet worden gedacht aan een intoxicatie. Ouderen zijn het kwetsbaarst voor lithiumintoxicatie, ook bij therapeutische spiegels. Een lithiumintoxicatie is een gevaarlijk toestandsbeeld waarbij de huisarts direct moet overleggen met de internist of psychiater. De controle van het lithiumgebruik is voorbehouden aan de psychiater, uitzonderingen daargelaten. Aandachtspunten voor de huisarts zijn duidelijke patiëntmarkering in het HIS, heldere samenwerkingsafspraken met apotheker en psychiater, en zelfmanagement door de patiënt.

DE 12-UURSSPIEGEL

Lithiumcarbonaat (Priadel, Camcolit) is een stemmingsstabiliserend zout. Het wordt gebruikt bij een acute manie en in het middel van eerste keus voor de onderhoudsbehandeling van een bipolaire stoornis. In de nieuwste lijn wordt het ook gebruikt ter behandeling van een depressieve stoornis.[2]

Lithium heeft een smalle therapeutische breedte: er is slechts een klein verschil tussen de concentratie die geen effect heeft en de concentratie waarbij intoxicatieverschijnselen optreden. Daarom moet de bloedspiegel op zijn minst elk half jaar gecontroleerd worden. Omdat de lithiumspiegel schommelt over het etmaal, moet die gemeten in bloed dat 12 uur na de laatste lithiuminname is afgenomen. Deze bepaling noemen we de 12-uurspiegel.

De streefwaarde voor de 12-uurspiegel verschilt per patiënt en wordt door de psychiater bepaald. Deze streeft naar de laagst mogelijke lithiumconcentratie die nog effectief is. Hoe lager de concentratie, des te kleiner de kans op intoxicatie en langetermijnbijwerkingen, zoals hypothyreoïdie, hyperparathyreoïdie, diabetes insipidus en nierfunctiestoornissen. Meestal ligt de therapeutische spiegel tussen 0,4 en 0,8 mmol/l. Op gelede van het klinisch beeld kan de psychiater kiezen voor een hogere streefwaarde, tot maximaal 1,2 mmol/l. Een lithiumspiegel > 1,2 mmol/l is per definitie te hoog, bij een spiegel > 1,5 mmol/l ontstaan er intoxicatieverschijnselen. Bij sommige groepen patiënten, waaronder ouderen, kunnen intoxicatieverschijnselen al optreden bij lagere, therapeutische concentraties.[3] Een lithiumspiegel < 1,2 mmol/l mag de arts dus niet zomaar geruststellen.

De kern

- Lithium heeft een smalle therapeutische breedte. Daarom zal de psychiater minimaal elk half jaar de 12-uursspiegel controleren, dat is de serumlithiumconcentratie 12 uur na de laatste inname.
- De streefwaarde van een therapeutische onderhoudsspiegel verschilt per patiënt en bedraagt doorgaans 0,4-0,8 mmol/l, met als maximum 1,2 mmol/l.
- Laat bij risicofactoren voor een lithiumintoxicatie (mjdatie inname, dehydratie, nierfunctiestoornissen en interacterende medicatie) laagdrempelig een extra 12-uurspiegel bepalen.
- Denk bij iedere lithiumgebruiker met verwardheid of neurologische verschijnselen aan een lithiumintoxicatie en overleg direct met internist of psychiater.
- Ouderen zijn het kwetsbaarst voor een lithiumintoxicatie, ook bij therapeutische spiegels.

Laboratorium

Lithiumserum laboratoriumonderzoek op de GGH laat geen delay toegen zien. De serumlithiumconcentratie bepaalt om 13:00 uur, bedraagt 1,24 mmol/l. Patiënte neemt haar lithium in om 20:00 uur. De volgende ochtend om 8:00 uur wordt de 12-uursspiegel bepaald, deze is 1,65 mmol/l.

RISICOFACTOREN VOOR EEN LITHIUMINTOXICATIE

Dehydratie

In farmacokinetisch opzicht is lithium een simpel medicament. Lithiumzout lijkt veel op natrium en kaliumz: het wordt snel en volledig geabsorbeerd, een gematchaliseerd en vrijwel volledig via de nieren uitgescheiden.[1] In de nieren kan na de glomerulaire filtratie tot circa 80% van het lithium worden teruggeresorbeerd.[1] Deze teruggeresorpte loopt synchroon met die van natrium, de uitscheiding van lithium staat dan ook in nauw verband met de natrium- en waterbalans in het lichaam. Bij dreigende dehydratie treedt in de nieren een compensatiemechanisme in werking waardoor extra natrium wordt teruggeresorbeerd. Door de parallelle terugresorptie van lithium zal dan ook de lithiumreactie dalen en de lithiumspiegel stijgen. Ook bij nierfunctiestoornissen neemt de lithiumreactie af.

Interacties

Geneesmiddelen die de nierfunctie beïnvloeden, zoals diuretica, NSAID's, ACE-remmers, AT-II-antagonisten, en sommige antibiotica die de renale lithiumreactie verlagen, verhogen de kans op een lithiumintoxicatie. Bij antibiotica gaat het vooral om veel voorgeschreven middelen zoals doxycycline, metronidazol, cotrimoxazol en trimethoprim. Het is dus belangrijk bij zulke interacterende medicatie na te gaan of de patiënt lithium gebruikt en zo ja, of er geen alternatief voorhanden is dat niet met lithium interacteert. Overleg vervolgens altijd met de psychiater.

Geneesmiddelen die de nierfunctie beïnvloeden en sommige antibiotica verhogen de kans op een lithiumintoxicatie.

Cassiopeia Willebrordus Ziekenhuis, afdeling Psychiatrie, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, huisarts en opleiding tweede Kollenhuizen, Nijmegen; H.J. Minkema, psychiater • Correspondentie: Pim.Keurlings@radboudumc.nl • Hoogtijdt belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Huug van Duijn

PEARLS

Alopecia androgenetica bij vrouwen

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. Coördinatie: Hans van der Wouden • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl.

Context Kaalheid komt ook bij vrouwen voor. De meest voorkomende vorm van kaalheid bij vrouwen is alopecia androgenetica of *female pattern hair loss* (FPHL). Vrouwen worden – in tegenstelling tot mannen – niet helemaal kaal, maar krijgen last van erg dun haar op de kruin en het voorhoofd. Hoewel dit al vanaf de puberteit plaats kan vinden, krijgen de meeste vrouwen hier pas na de menopauze last van. Begrijpelijkerwijs kan deze vorm van kaalheid een grote impact hebben op het zelfvertrouwen en de kwaliteit van leven (QoL).

Klinische vraag Wat zijn het effect en de veiligheid van de beschikbare therapieën voor alopecia androgenetica bij vrouwen?

Conclusie auteurs In deze review werden 47 RCT's met in totaal 5290 patiënten geïncludeerd. Deze trials richtten zich op een grote variëteit aan therapieën, waarvan zeventien op lokale applicatie met minoxidil. De auteurs concludeerden dat er voldoende bewijs was voor een positief effect en voldoende veiligheid van het gebruik van minoxidil. In zes trials was het aantal nieuwe haren tweemaal zo groot als bij een placebo. In acht trials trad er bij de minoxidilgroep een belangrijke toename op van het aantal haren per cm^2 ten opzichte van de placebogroep. Er werd geen verschil gevonden tussen lokale applicatie van 2% en 5%. Ook was er geen verschil in het aantal bijwerkingen. Finasteride bleek in drie trials niet beter werkzaam dan een placebo en in de twee trials met een laserkamtherapie rapporteerden patiënten geen verschil tussen lasertherapie en een placebo, hoewel de laserkamtherapie wel een verbetering liet zien van het aantal getelde haren ten opzichte van de nulmeting.

Beperkingen De kwaliteit van de meeste trials was matig tot laag. Dit werd vooral veroorzaakt doordat de meeste trials niet (dubbel)blind van opzet waren en/of een laag aantal geïncludeerde patiënten telden.

Commentaar Daar waar kaalheid bij mannen gezien wordt als een vrij natuurlijk verschijnsel van veroudering, geldt dat niet voor kaalheid bij vrouwen. Het is daarom goed dat deze zorgvuldig uitgevoerde Cochrane-review zich nu eens niet op het beter onderzochte veld van kaalheid bij mannen richtte, maar op kaalheid bij vrouwen veroorzaakt door alopecia androgenetica. Al met al is het resultaat van deze review echter teleurstellend. De kwaliteit van de RTC's was matig en de uitkomsten zeker niet schokkend.

Foto: Shutterstock/Lisa F. Young

Lokale applicatie van minoxidil blijkt in een lotion van 2% en een schuim van 5% significant beter te werken dan een placebo, maar niet onvermeld mag blijven dat bij minder dan de helft van de vrouwen een relevante verbetering te zien was. Een verbetering die overigens snel (al na drie maanden) verdwijnt na het staken van de therapie. Daarbij komt dat de meting van de hernieuwde haargroei per RCT nogal verschilde. In de RCT waarbij de QoL gemeten werd, werd nauwelijks een voordeel gezien van de minoxidiltherapie ten opzichte van placebo. Overigens werd dit laatste onderzoek wel dubbelblind uitgevoerd. De onderzochte patiënten rapporteerden slechts milde bijwerkingen van minoxidil: jeuk en huidirritatie. De uitkomsten van de RCT's met betrekking tot de andere vormen van therapie waren overigens nog teleurstellender. Finasteride toonde geen duidelijk effect (in tegenstelling tot finasteride bij alopecia androgenetica bij mannen!). Bovendien heeft deze therapie belangrijke bijwerkingen, zoals vermindering van het libido, mastodynie en depressie. Een nieuwe therapie is de laserkam. Dit is een kam, waarin verschillende lasers zijn gemonteerd. Fabrikanten claimen een positief resultaat bij haaruitval. Helaas toonden de twee in de review opgenomen onderzoeken geen positief effect ten opzichte van een kam zonder lasers.

Uiteraard pleiten de auteurs voor verdere goed en uniform opgezette onderzoeken. Het is te hopen dat deze onderzoeken betere resultaten laten zien voor vrouwen met alopecia androgenetica. Tot dan zal de arts zich moeten beperken tot het aanbieden van een voorschrift met minoxidil (lotion of schuim) en daarbij vertellen dat het slechts in een minderheid van de gevallen effect sorteert, in ieder geval een paar maanden tot een jaar aangebracht moet worden voordat effect is te zien en dat de haaruitval weer optreedt na het staken van de therapie. ■

LITERATUUR

1 Van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Schoones J. Interventions for female pattern hair loss (Review). Cochrane Database Syst Rev 2016;5:CD007628.

Huisartsenpraktijk Van Duijn, Katwijk: H.J. van Duijn, huisarts • Correspondentie: hj@vduijn.nl

Hèlen Woutersen-Koch

Vloeiende vrouwen minder anemisch door ijzer

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. Coördinatie: Hans van der Wouden • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl.

Context IJzergebrek(sanemie) komt veel voor bij menstruerende vrouwen en kan diverse gezondheidsproblemen tot gevolg hebben. Herstel van het ijzergebrek kan deze gezondheidsproblemen oplossen. Er zijn veel onderzoeken gedaan naar de effecten van het slikken van ijzer door niet-zwangere vrouwen in de fertiele levensfase, maar de resultaten zijn niet eerder samengevat in een systematische review.

Klinische vraag Wat is het effect van de inname van een dagelijkse dosis ijzer door menstruerende vrouwen op zowel hun hemoglobinegehalte en ijzerstatus, als hun fysieke, psychologische en neurocognitieve gezondheid?

Conclusie auteurs De auteurs includeerden 67 onderzoeken die bij 8506 menstruerende vrouwen de effecten van het niet versus minstens vijf dagen per week slikken van ijzertabletten (meestal ferrosulfaat) middels randomisatie vergeleken.

Onderzoeken werden geïncludeerd als ze menstruerende vrouwen onderzochten en bepaalde uitkomstmaten hanteerden, zoals vóórkomen en mate van anemie, mate van ijzergebrek, bijwerkingen en fysieke sportprestaties.

Slechts tien onderzoeken kenden een laag overall risico op bias. Van het gros waren onvoldoende details over de kwaliteit van de trial bekend.

Vergeleken met vrouwen die geen ijzer kregen hadden vrouwen die wel ijzer slikten:

- Significant *minder kans op een anemie* aan het einde van de interventieperiode (risk ratio (RR) 0,39; 95%-BI 0,25 tot 0,60, 10 onderzoeken, 3273 vrouwen, matige kwaliteit van bewijs).
- *Een hoger hemoglobinegehalte* aan het einde van de interventieperiode (mean difference (MD) 5,30; 95%-BI 4,14 tot 6,45; 51 onderzoeken, 6861 vrouwen, hoge kwaliteit van bewijs).
- *Een verminderd risico op ijzergebrek* (RR 0,62; 95%-BI 0,50 tot 0,76; 7 onderzoeken, 1088 vrouwen; matige kwaliteit van bewijs).
- *Meer last van gastro-intestinale bijwerkingen*.

Bewijs dat ijzer slikken de cognitieve prestaties verbetert, is onzeker. IJzer slikken verbeterde wel de sportprestaties en leek symptomen van moeheid te verminderen.

De auteurs concluderen op basis van deze bevindingen dat dagelijkse ijzersuppletie bij menstruerende vrouwen de prevalentie van anemie en ijzergebrek effectief reduceert. Daarnaast verbetert het het hemoglobinegehalte, de ijzervoorraad en de sportprestaties en vermindert het moeheid. Deze voordelen gaan wel ten koste van gastro-intestinale bijwerkingen, zoals obstipatie en buikpijn.

Commentaar Bij de herziening van de NHG-Standaard Anemie in 2012 kwam een dergelijke vraag ook al bovendrijven. In die context vroeg de werkgroep zich af of er bewijs was voor het nut van het langdurig voorschrijven van ijzer aan (hevig) menstruerende vrouwen/meisjes die herhaaldelijk met klachten vanwege een ijzergebreksanemie op het spreekuur kwamen. Destijds werd er weinig onderzoek en al helemaal geen systematisch literatuuroverzicht gevonden dat die vraag beantwoordde. Om die reden kon er ook geen aanbeveling in de NHG-Standaard geformuleerd worden.

Is dat anders nu deze onderzoeken en het literatuuroverzicht er wel zijn? Om een aantal redenen is dat niet het geval. De uitkomsten van de review over de effecten van de ijzersuppletie op hemoglobinewaarden en andere ijzerstatusaspecten verbazen helemaal niet. Natuurlijk worden minder menstruerende vrouwen anemisch op basis van ijzergebrek als ze ijzer slikken. Het compenseert toch het ijzerverlies door hun menstruaties? Natuurlijk gaat hun hemoglobinegehalte omhoog en wordt hun ijzervoorraad beter. Daarom schrijven huisartsen aan menstruerende vrouwen met een ijzergebreksanemie ijzertabletten voor. Tot zover dus niks nieuws onder de zon.

De follow-upduur van de geïncludeerde onderzoeken is kort: tussen de een en drie maanden. Slechts twee à drie menstruele cycli, dus. Zou het niet veel interessanter zijn geweest om de effecten op wat langere termijn te weten? Bijvoorbeeld na een half jaar of jaar? En dan niet zozeer alleen de effecten op bijvoorbeeld hemoglobine en ijzerstatus, maar juist de effecten op parameters als sportprestaties of niet in de review meegenomen uitkomstmaten als moeheid, algemene fysieke conditie en kwaliteit van leven? Ook zouden we dan weten of er geen ijzerstapeling optreedt, als er zo langdurig ijzer wordt geslikt. Met die antwoorden zou het wellicht makkelijker zijn om effecten en bijwerkingen van het langdurig slikken van ijzertabletten door menstruerende vrouwen met een herhaaldelijke ijzergebreksanemie met die vrouwen samen af te wegen.

Het antwoord op de klinische vraag van deze onderzoekers past dus helaas niet bij de voor de praktijk en richtlijn relevante vraag. Daarom is er ook geen reden om het beleid zoals beschreven in de standaard te veranderen: ijzer tijdelijk suppleren als er sprake is van een ijzergebreksanemie op basis van menstrueel bloedverlies. Hevig menstrueel bloedverlies kan de huisarts adresseren zoals beschreven staat in de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies. ■

LITERATUUR

1 Low MSY, Speedy J, Styles CE, De-Regil LM, Pasricha SR. Daily iron supplementation for improving anaemia, iron status and health in menstruating women. Cochrane Database Syst Rev 2016;4:CD009747.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: Hèlen Woutersen-Koch, huisarts en wetenschappelijk medewerker • Correspondentie: H.Woutersen-Koch@nhg.org

Ingrid Fokkema, Joke Koelewijn

CATS

Steunzolen bij aspecifieke lagerugpijn?

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van Marianne Dees en Annet Sollie • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Vraagstelling De huisarts ziet regelmatig patiënten met aspecifieke lagerugpijn. Regelmatig zijn dit patiënten die veel staan/lopen. Mogelijk zorgen steunzolen voor vermindering van rugpijn, doordat de voet dan beter gesteund wordt en de schok die bij elke stap ontstaat, meer geabsorbeerd wordt. Verminderen steunzolen pijnklachten bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn in vergelijking met gewone schoenen of placebozolen?

Zoekstructuur In Pubmed en de Cochrane Library werd op 26 juli 2016 gezocht met de MESH- termen 'Low Back Pain' AND 'Foot Orthoses'. Daarnaast werd gezocht met de losse zoektermen 'low back pain' AND ('insoles' OR 'foot orthoses' OR 'orthotics'). Er werd gefilterd op 'Systematic Review' en 'Clinical Trial'.

De zoekstrategie met de MESH-termen in Pubmed leverde zes resultaten op, waarvan één systematic review[1] en drie clinical trials. Eén clinical trial sloot aan bij onze zoekvraag.[2] Zoeken met de losse zoektermen in Pubmed en het zoeken in de Cochrane Library leverde extra resultaten op, maar deze waren minder recent, sloten niet aan bij onze onderzoeksvraag of waren reeds in bovengenoemde review opgenomen.

Resultaten Chuter schreef een systematische review over het effect van steunzolen in de behandeling en preventie van lagerugpijn. Via een adequate zoekstrategie en selectieprocedure werden RCT's of cross-overonderzoeken geïncludeerd die orthesen of steunzolen vergeleken met een placebobehandeling of geen behandeling. Chuter includeerde vijf onderzoeken die gericht waren op het behandelingseffect; vier hiervan met totaal 197 patiënten bevatten voldoende data om in de meta-analyse te worden opgenomen. De setting stond niet beschreven. Er was sprake van aanzienlijke heterogeniteit tussen de onderzoeken (I^2 = 85,4%; p < 0,01), maar hier werd rekening mee gehouden bij de analysemethode. De kwaliteit van deze vier onderzoeken was gemiddeld, met name door het ontbreken van blindering. Er was een niet-significante vermindering van lagerugpijn bij gebruik van steunzolen (Standardised Mean Difference (SMD) = 0,74; 95%-BI -1,5 tot 0,03). Twee van de afzonderlijke onderzoeken lieten een significant effect zien. Het onderzoek met het grootste effect (SMD 1,91; 95%-BI -2,63 tot -1,19) includeerde alleen mensen met minimaal één geproneerde voet.

Ferrari onderzocht in een cohortonderzoek het effect van aangepaste steunzolen (interventiegroep, n = 32) als toevoeging op de gebruikelijke zorg (controlegroep, n = 28) bij patiënten met chronische werkgerelateerde lagerugklachten. Gebruikelijke zorg omvatte voorlichting, fysiotherapie en advies voor pijnstilling via de huisarts. Patiënten mochten zelf nog andere behandelingen zoeken.

Uitkomstmaten waren de mate van beperking in het functioneren, gemeten met de Oswerty Disability Index (ODI), en het gebruik van pijnmedicatie. De groepen kwamen overeen qua baselinekenmerken. Na acht weken vertoonden beide groepen verbetering, maar er was een significante verbetering in de interventiegroep: de ODI-score daalde met 26,8 versus 16,9 in de controlegroep (op een schaal van 1-100). Het gebruik van pijnstilling daalde van 97,1 naar 31,3% in de interventiegroep. In de controlegroep daalde dit percentage van 93,3 naar 60.

Bespreking Beide artikelen hebben specifieke oorzaken van lagerugpijn geëxcludeerd en zijn daardoor bruikbaar voor deze CAT en voor de eerste lijn, waar veel aspecifieke lagerugpijn voorkomt. Ze hebben echter wel beperkingen. De in de review geïncludeerde onderzoeken zijn van gemiddelde methodologische kwaliteit. Hierdoor, en doordat er sprake is van aanzienlijke heterogeniteit en vrij weinig geïncludeerde onderzoeken, wordt de bewijskracht van de review lager. Het onderzoek van Ferrari was geen gerandomiseerd onderzoek. Daarnaast werd niet gekeken naar andere gevolgde behandelingen, het soort pijnmedicatie, de dosering en naar zelfzorgmedicatie. Ook is niet duidelijk in hoeverre het fysiotherapieprogramma is gevolgd en bovendien hadden de patiënten niet allemaal dezelfde behandelaren. Doordat er niet werd vergeleken met placebozolen, is niet duidelijk of het gevonden resultaat (deels) een placebo-effect betreft.

Conclusie Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van steunzolen op het verminderen van pijn bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn.

Betekenis Bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn is er niet genoeg bewijs om steunzolen aan te raden. Dit is belangrijk om te weten, aangezien steunzolen niet altijd worden vergoed. Steunzolen zouden misschien wel effect kunnen hebben bij mensen met geproneerde voeten. Verder onderzoek hiernaar is echter nodig. ■

LITERATUUR

1 Chuter V, Spink M, Searle A, Ho A. The effectiveness of shoe insoles for the prevention and treatment of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Musculoskelet Disord 2014;15:140.
2 Ferrari R. Effect of customized foot orthotics in addition to usual care for the management of chronic low back pain following work-related low back injury. J Manipulative Physiol Ther 2013;36(6):359-63.

UMCG, afdeling huisartsgeneeskunde, Groningen: I. Fokkema, aios huisartsgeneeskunde; dr. J.M. Koelewijn, staflid huisartsopleiding UMCG. • Correspondentie: i.fokkema@umcg.nl

Judith Geuze, Hanneke Rijkels-Otters

Protonpompremmer bij clopidogrel: omeprazol of pantoprazol?

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van Marianne Dees en Annet Sollie • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Vraagstelling De combinatie clopidogrel en (es)omeprazol geeft volgens het NHG-Standpunt een verhoogd risico op cardiovasculaire complicaties, waardoor patiënten worden overgezet op pantoprazol. Het standpunt uit 2010 is gebaseerd op farmacologische onderzoeken, omdat klinische onderzoeken wisselende resultaten lieten zien. (Es)omeprazol remt het CYP2C19-enzym, dat clopidogrel in zijn actieve metaboliet omzet, waardoor de plasmaspiegel van clopidogrel halveert en de remmende werking op plaatjesaggregatie met 30% vermindert.[1] Bij pantoprazol zou deze interactie niet optreden. Is er een verschil in cardiovasculair risico tussen omeprazol en pantoprazol in combinatie met clopidogrel?

Zoekstructuur We doorzochten op 30 juni 2016 PubMed met de zoektermen: ('Proton Pump Inhibitors'[Mesh] OR proton pump inhibitor* [tiab] OR omeprazole [Mesh] OR omeprazole* [tiab] OR pantoprazole [Supplementary Concept] OR pantoprazole* [tiab]) AND ('clopidogrel' [Supplementary Concept] OR clopidogrel [tiab]) AND (cardiovascular outcome* [tiab] OR cardiovascular effect* [tiab] OR cardiovascular event* [tiab]).

Resultaten Uit 126 artikelen selecteerden we twee relevante systematische reviews van Sherwood en Kwok, waarin specifiek naar het cardiovasculair risico van individuele protonpompremmers is gekeken. De review van Sherwood et al. includeerde vijf cohortonderzoeken en een post-hoc-analyse van een RCT, waarbij gekeken is naar het cardiovasculaire risico bij gelijktijdig gebruik van clopidogrel en individuele protonpompremmers bij patiënten na myocardinfarct, met een follow-up van een jaar.[2] De kwaliteit van vijf onderzoeken was goed, één was van middelmatige kwaliteit. De meta-analyse van de resultaten toonde een niet-verhoogde hazard ratio, 1,16 (95%-BI 0,93 tot 1,44) voor omeprazol en een significant verhoogde hazard ratio voor pantoprazol, 1,38 (95%-BI 1,12 tot 1,70). Er bestond een grote statistische heterogeniteit. Het artikel concludeert dat de combinatie clopidogrel met omeprazol geen verhoogd risico geeft op cardiovasculaire events, maar met pantoprazol wel. Daarentegen vonden Kwok et al. (2013) in een systematische review over gelijktijdig clopidogrel en PPI-gebruik een significant verhoogd cardiovasculair risico bij het gebruik van clopidogrel en protonpompremmers, zonder verschil tussen de individuele protonpompremmers omeprazol (OR 1,24; 95%-BI 1,07 tot 1,43) en pantoprazol (OR 1,41; 95%-BI 1,21 tot 1,64). Verder vond dit onderzoek een verhoogd cardiovasculair risico bij het gebruik van protonpompremmers zonder clopidogrel. Kwok et al. includeerden twee RCT's en 21 observationele onderzoeken, met een sterk wisselende follow-upduur.[3] De kwaliteit hiervan varieerde. Deze review bevatte alle onderzoeken van Sherwood, maar includeerde ook onderzoeken met een kortere follow-upduur. Er zijn geen relevante RCT's na onze zoektocht verschenen.

Bespreking De systematische reviews hebben gekeken naar de risico's van individuele protonpompremmers in klinische onderzoeken en vonden een andere uitkomst dan die uit het NHG-Standpunt. Sherwood vond een verhoogd risico voor enkel pantoprazol, waar Kwok een verhoogd risico vond voor zowel pantoprazol als omeprazol in combinatie met clopidogrel. Het onderzoek van Kwok toonde daarnaast aan dat het gebruik van een protonpompremmer bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico maar zonder clopidogrel ook een verhoogd risico geeft. Dit wijst erop dat er mogelijk een ander werkingsmechanisme aan ten grondslag ligt dan de interactie tussen clopidogrel en omeprazol. Een beperking van de onderzoeken is de grote klinische heterogeniteit, die mogelijk veroorzaakt wordt door verschillen in patiëntpopulatie en definitie van cardiovasculaire eindpunten en daarnaast de grote statistische heterogeniteit. Verder is een van de auteurs van het onderzoek van Sherwood gesponsord door Astrazeneca (omeprazol), met mogelijk invloed op de resultaten.

Conclusie De resultaten van de twee gevonden systematische reviews verschillen van elkaar, waarbij de studie van Sherwood een verhoogd cardiovasculair risico vindt voor pantoprazol in combinatie met clopidogrel en het onderzoek van Kwok een verhoogd risico voor alle protonpompremmers. Ook zonder clopidogrel verhoogden protonpompremmers het cardiovasculair risico in deze review. Door deze verschillende uitkomsten en een grote heterogeniteit van de onderzoeken is het niet gerechtvaardigd harde conclusies te trekken over een individuele protonpompremmer.

Betekenis Op basis van de huidige literatuur kan er geen voorkeur worden uitgesproken voor een specifieke protonpompremmer en zou het NHG-Standpunt heroverwogen moeten worden. ■

LITERATUUR

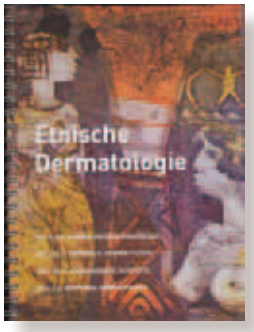
1 Geijer RMM, Verduijn MM. NHG-Standpunt Interactie clopidogrel en protonpompremmer. Utrecht: NHG, 2010. https://www.nhg.org/standpunten/interactie-clopidogrel-en-protonpompremmer.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Erasmus MC, afdeling huisartsgeneeskunde, Rotterdam: J.J.P. Geuze, huisarts-in-opleiding; dr. J.B.M. Rijkels-Otters, docent wetenschap Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: judithgeuze@hotmail.com

DERMATOLOGIE VAN DE GEKLEURDE HUID

FFV Hamerlinck, OOJ Swinkels, ThA Steenkamer, IH Boersma. Etnische Dermatologie. Heemstede: DCHG Medische Communicatie, 2016. 118 pagina's. Prijs: € 32. ISBN 978-94-90826-43-7.



Doelgroep Huisartsen met veel patiënten met een gekleurde huid.
Inhoud Bepaalde huidziekten kunnen zich net iets anders presenteren wanneer het om patiënten met een gepigmenteerde huid gaat. De schrijvers stellen zich tot doel om de gebruikers van het boek te leren om een onderscheid te maken tussen normale en pathologische pigmentatie van de gekleurde huid. Daarnaast wijzen zij erop dat typische kleuren bij de blanke huid veranderen als het gaat om een gepigmenteerde huid. Ten slotte behandelen ze een aantal typisch pathologische verschijnselen die relatief vaker bij de donkere huid voorkomen. Deze algemene onderwerpen worden summier in de eerste vijftien pagina's van het boek besproken. In de overige pagina's komen meer dan honderd dermatologische aandoeningen aan bod aan de hand van de volgende kopjes: beschrijving, dermatologisch onderzoek, efflorescenties, onderzoek, (differentiaal) diagnose en behandeling. Van elke aandoening wordt op de linkerpagina een opname van de betreffende afwijking gepresenteerd, die aangevuld wordt met een volledig uitgeschreven recept. Er wordt uitgebreid aandacht besteed aan magistrale receptuur. Voor de bereiding van deze magistrale receptuur wordt verwezen naar een hierin gespecialiseerde apotheek in Almere.
Oordeel Voor de huisarts met veel patiënten met een gekleurde huid biedt het boek een breed aanbod aan haarscherpe, mooie plaatjes van veelvoorkomende aandoeningen en aanwijzingen voor therapie. Websites als www.huidziekten.nl geven niet altijd expliciete plaatjes van de gepigmenteerde huid. Wel zijn ze completer wat de aanvullende informatie betreft. De magistrale receptuur die wordt aanbevolen zal door de meeste apothekers niet zelf bereid kunnen worden. Het is niet duidelijk of al deze middelen ook door de ziektekostenverzekeraar vergoed worden. Opmerkelijk is dat een ziektebeeld, dat de naam van een van de auteurs draagt, in de dermatologische literatuur niet terug te vinden is. Samenvattend: voor de huisarts met veel patiënten met een gekleurde huid een boek met mooie en duidelijke plaatjes en heldere omschrijving van de ziektebeelden en behandeling daarvan. Beperking is dat de aanvullende informatie elders beter en uitgebreider te verkrijgen is.

Bèr Pleumeekers

Waardering: ●●●

PIJN LIJDEN HOEFT TOCH NIET, DOKTER?

D Keizer, CP van Wilgen, M van Wijhe. Pijnproblemen in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016. 144 pagina's. Prijs: € 29,50. ISBN 978-90-368-1255-9.

Doelgroep Dit casusboek is geschreven voor alle artsen, maar is gezien de diversiteit van de onderwerpen bij uitstek geschikt voor huisartsen. De patiënten in het boek variëren van jong tot oud, en nagenoeg alle pijnproblemen die je als (huis)arts tegenkomt, worden besproken.
Inhoud Het boek is heel praktisch geschreven aan de hand van 37 verhalen van patiënten. Deze verhalen worden levendig beschreven en zijn zeer realistisch. Iedere casus wordt kort ingeleid. Dan krijgt de lezer de vraag: 'Wat zou u doen?' Vervolgens worden vier verschillende handelswijzen voorgesteld. Dit geeft je als lezer stof tot nadenken. Het is ook leerzaam om dit bijvoorbeeld met een assistent in opleiding te bespreken. Hierna worden de verschillende behandelingsmogelijkheden toegelicht. Er wordt vaak afgesloten met literatuurreferenties.
Oordeel De behandeling van pijn in al zijn facetten is in de dagelijkse praktijk een grote uitdaging. Wat voor soort pijn is het, welke behandelingsmogelijkheden zijn er, wat voor keuze maak je samen met de patiënt en hoe is de balans tussen werking en bijwerkingen? De verwachtingen van patiënten zijn hooggespannen: pijn hoeft niet meer anno 2017. Helaas heeft matig tot ernstige chronische pijn nog steeds een prevalentie van 18% bij volwassenen. Dit boek voorziet in een belangrijke behoefte aan praktische handvatten bij pijnbestrijding. Alle facetten van pijnbestrijding worden meegenomen: biologisch, psychisch en sociaal, met een keur aan behandelingsmogelijkheden en heel duidelijke richtlijnen. De auteurs – een huisarts, psycholoog en anesthesist – hebben alle drie veel ervaring in de behandeling van pijn. Zij zijn erin geslaagd een zeer lezenswaardig en praktisch boek te schrijven dat tijdens vele spreekuren gebruikt kan worden. Alleen de lay-out en afwerking hadden voor deze prijs wat mij betreft beter gekund.

Carine den Boer

Waardering: ●●●

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

COMPLEET EN HELDER NASLAGWERK OVER OSTEOPOROSE EN FRACTUURPREVENTIE

WF Lems, JP van den Bergh, PJM Elders, M van Oostwaard. Osteoporose en fractuurpreventie; van evidence-based medicine naar spreekkamer. Heemstede: DCHG Medische Communicatie, 2016. 232 pagina's. Prijs: € 49. ISBN 978-94-90826-44-4.

Doelgroep (fractuur)verpleegkundigen, praktijkondersteuners, aios huisartsgeneeskunde en artsen in opleiding tot medisch specialist.
Inhoud Dit mooi vormgegeven boek bevat gedetailleerde informatie over alle onderwerpen die relevant zijn voor osteoporose en fractuurpreventie. Het boek is niet alleen geschikt voor artsen-in-opleiding, maar zeker ook voor de meer ervaren dokters. Sommige hoofdstukken zijn vrij technisch en staan wat veraf van de dagelijkse praktijk. De meeste hoofdstukken bevatten echter herkenbare casuïstiek en zijn door de systematisch opzet (samenvatting en leerpunten) didactisch goed toegankelijk. Diagnostiek en beleid worden genuanceerd beschreven, waarbij rekening gehouden wordt met de weerbarstige dagelijkse praktijk (> 50% van de patiënten is na een jaar gestopt met de botsparende medicatie), onderdiagnostiek (bij personen > 50 jaar en een prevalente fractuur) en beleid bij personen met een beperkte levensverwachting (botsparende medicatie pas zinvol na meer dan een jaar gebruik). De veelvoorkomende multimorbiditeit en het afwegen van voor- en nadelen van behandeling in deze groep komen wat spaarzaam aan bod. Ook de dagelijkse praktijk in de huisartsenpraktijk wordt karig belicht.

Het boek is een gezamenlijk project van Vlaamse en Nederlandse experts. Soms moet je als noordelijke lezer even nadenken wat bedoeld wordt (LWZ/lumbale wervelzuil in plaats van LWK/lumbale wervelkolom). De evidence over de behandeling wordt genuanceerd besproken. In sommige hoofdstukken worden veel onderzoeksgegevens besproken zonder directe koppeling aan referenties.

Oordeel Informatief naslagwerk over veelvoorkomende problematiek. De diagnostiek en het beleid worden genuanceerd besproken, hoewel de directe koppeling van de bespreking van literatuurgegevens met het onderliggende bewijs soms ontbreekt. Door de casuïstiek en de samenvattingen van leerpunten per hoofdstuk is het een goed toegankelijk boek.

Roeland Geijer

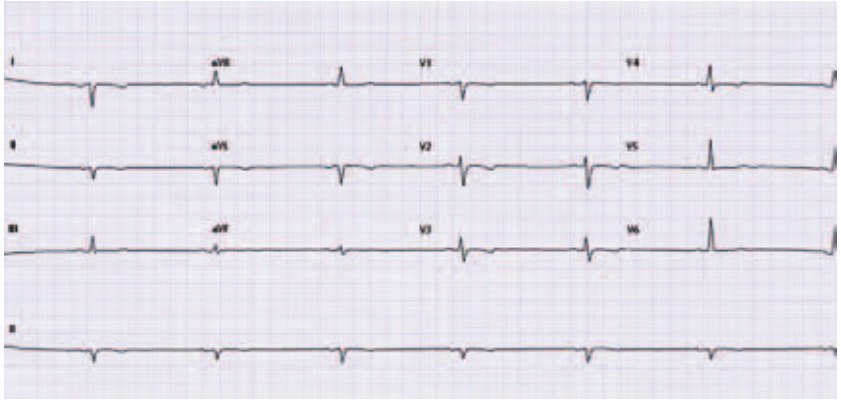
Waardering: ● ● ● ●

Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus 'Trage pols'

ECG

Casus
Patiënt: Man, 78 jaar.
Voorgeschiedenis: Blanco.
Medicatie: Geen.
Anamnese: Sinds drie dagen is de patiënt ineens erg moe. Iedere inspanning is hem te veel.
Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 138/80 mmHg. Pols 46/min, regulair. Normale harttonen, geen souffle.



OPGAVE

Vanwege de bradycardie wordt een ECG gemaakt.

1. Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10+.[1]
2. U overweegt directe verwijzing, maar welke actie is vooraf nodig?

Kijk voor de oplossing op www.henw.org/oplossingcasus. ■

1 Konings KTS, Willemsen RTA. ECG10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016; 59:166-70.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1c
Keurlings P, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie. Wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.

2b
Keurlings P, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie. Wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.

3a
Keurlings P, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie. Wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.

4b
www.farmacotherapeutischkompas.nl.
http://wetten.overheid.nl/BWBR0022160/2016-01-23. Hoofdstuk 6: Aflevering, terhandstelling en voorschrijven van geneesmiddelen, paragraaf 6.11: uitwisseling van laboratoriumgegevens en vermelding van de reden van voorschrijven op het recept.

5d
Keurlings P, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie. Wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.
www.farmacotherapeutischkompas.nl.

6c
Keurlings P, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie. Wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.

7c
Keurlings P, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie. Wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.

8c
Keurlings P, Minkema HJ. Lithium en lithiumintoxicatie. Wat moet de huisarts weten? Huisarts Wet 2017;60(4):178-81.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers, werkzaam bij de Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

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

Redactie
Ivo Smeele, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Ben Crul, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

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/voorauteurs

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

Uitgever: 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: traffic@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) € 245,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 147,00. 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

© 2017
ISSN 0018-7070

Maatschappelijk effect van Thuisarts.nl

Sinds de introductie van Thuisarts.nl is het aantal korte consulten bij de huisarts voor de tien meest bezochte onderwerpen met 12% verminderd. Dat bleek onlangs uit onderzoek. Ik herken dit effect van Thuisarts.nl in mijn spreekkamer, waar sommige mensen hun afspraak afzeggen omdat ze het antwoord op hun vraag al op het wachtkamerscherm gelezen hebben. Anderen stellen mij complexere vragen, doordat ze beter geïnformeerd zijn. Maar ik zie het ook steeds drukker worden in de praktijk en vraag ik me af wat het onderzoek zegt

over het totale volume aan zorg dat huisartsen leveren. De Vektis-cijfers van de zorgverzekeraars over de hele huisartsenzorg laten dit niet zien. En recent onderzoek van het NIVEL toont een lichte knik in het aantal consulten rond 2011, maar laat daarna weer een gestage toename zien van mensen die met een kleine kwaal naar de huisarts komen. Vermindering van zorg en zorgkosten wordt vaak gebruikt als argument voor het introduceren van e-health. Ik noem het een gelegenheidsargument dat te pas en te onpas door beleidsmakers gebruikt wordt. Evenals de argumentatie dat het rustiger lijkt te worden in de huisartsenpraktijk. Ik denk dat als mensen zich meer bezighouden met e-health, het eerder meer dan minder vragen aan zorgverleners oproept. Het echte argument om e-health te stimuleren is volgens mij dan ook dat het past in deze tijd waarin we de patiënt mogelijkheden willen bieden om zelf meer de regie te nemen in de zorg die hij nodig heeft.

Dat de introductie van Thuisarts.nl een maatschappelijk effect heeft en zorgt voor verschuivingen in de zorg, daar ben ik trots op. Ik ben er ook van overtuigd dat het de gezondheidszorg naar een hoger niveau brengt, dus zorgt voor meer zinnige en zuinige zorg. Bij het extrapoleren van onderzoeksgegevens past echter bescheidenheid.

Rob Dijkstra

Word nu expert in uw regio!

Wilt u een rol spelen bij het verbeteren van de organisatie in de ketenzorg? En de samenwerking en afspraken bevorderen op een specifiek thema? U kunt nu kiezen uit twaalf NHG-Kaderopleidingen met uiteenlopende onderwerpen. De opleidingen zijn praktisch van aard en worden aangeboden door de universitaire huisartsinstituten, onder eindverantwoordelijkheid van het NHG.

Geïnteresseerd?
In het najaar starten de volgende kaderopleidingen: Astma/COPD in Nijmegen, Huisarts en Spoedzorg in Utrecht en Hart- en vaatziekten in Maastricht. Wilt u zelf ook kaderhuisarts worden? Kijk dan voor meer informatie en inschrijvingen op nhg.org/scholing.

NHG-highlights 2016: in één oogopslag

Het NHG zorgt ervoor dat u over de meest actuele huisartsgeneeskundige kennis beschikt om zo de beste zorg aan uw patiënten te leveren. Naast de zichtbare en bekende producten als de NHG-Standaarden en de patiëntenvoorlichting op Thuisarts.nl doet het NHG nog veel meer, zowel voor als achter de schermen.
Zo introduceerden we afgelopen jaar de zogeheten Behandelrichtlijnen en hebben we veel (samenwerkings)projecten gedaan op het terrein van alledaagse en zeldzame ziekten, ggz, levenseinde, kindermishandeling en preventie. Maar ook behartigen wij uw belangen als het gaat om de kwaliteit van het vak.
U vindt de Highlights 2016 terug op nhg.org/highlights2016.

Hoera, vijf jaar Thuisarts.nl

Vijf jaar geleden lanceerde het NHG Thuisarts.nl. De website is inmiddels uitgegroeid tot de best bezochte publiekswebsite met betrouwbare en onafhankelijke medische informatie. Het NHG werkt continu aan verbetering en doorontwikkeling van Thuisarts.nl. Binnenkort verschijnt een nieuwe versie met meer informatie over medisch-specialistische zorg, keuzehulpen en GGZ-onderwerpen. Ook ontplooien wij e-health-initiatieven. Zo blijft Thuisarts.nl dé medische informatiebron van Nederland voor u en uw patiënten!

We danken u voor uw steun en bijdrage aan het succes van Thuisarts.nl.

&NHG

Nieuwe stap in realiseren individueel zorgplan in HIS of KIS

Patiënten meer regie geven over hun eigen ziekte en ze stimuleren tot zelfmanagement. Met een in het HIS geïmplementeerd individueel zorgplan (IZP) kan het. Veel huisartsen blijken echter nog geen duidelijk beeld te hebben van een IZP en de voordelen ervan.

Het individueel zorgplan kan een goede functie vervullen om persoonsgerichte zorg te structureren en ondersteunen, vooral als het gaat om patiënten met een chronische aandoening en complexe problematiek. Het helpt om het gesprek te voeren over de doelen waar de patiënt aan wil werken met hulp van zorgverleners en naasten, om zo de kwaliteit van leven te verbeteren. Het zorgplan maakt duidelijk wat is afgesproken tussen zorgverleners en de patiënt in de taal van de patiënt en maakt inzichtelijk wie wat doet, wie waarvoor verantwoordelijk is en welke acties de patiënt zelf onderneemt.

Geen dubbel werk

Idealiter kunnen zowel de patiënt als alle betrokken zorgverleners een IZP inzien. Daarnaast is het voor de huisarts(voorziening) als regisseur van de zorgverlening belangrijk dat het IZP gekoppeld is aan het HIS en dat er niet dubbel geregistreerd hoeft te worden. Afspraken en vastgestelde doelen raken in het patiëntdossier nu nog wel eens verloren, omdat er geen duidelijke plek is om dit bij te houden en ze binnen episodes wegzakken in de tijd. Het is daarom voor huisarts en praktijkondersteuner van belang dat het zorgplan beschikbaar is vanuit het EPD en gebruiksvriendelijk is.

Specificaties gebaseerd op project

In 2014 maakte het NHG in samenwerking met Vilans en Patiëntenfederatie Nederland technische specificaties voor een zorgplan in het HIS en KIS. De specificaties waren gebaseerd op de resultaten van het project *Ontwikkeling referentiemodel Individueel Zorgplan* van Vilans, Patiëntenfederatie Nederland en het NHG, dat in samenspraak met huisartsen en veldpartijen is uitgevoerd. Uit het project kwam onder meer naar voren dat de functionaliteit in eerste instantie nog geen duidelijke overzichten bood. Ook was het niet mogelijk het IZP aan te passen in de loop van de tijd. Verder kwam duidelijk naar voren dat een goede instructie van gebruikers (zorgverleners), zowel over het proces als de softwaremodule, bijdraagt aan het succes van de implementatie van het IZP.

Gebruiksvriendelijk

Omdat veel huisartsen nog aarzelen om te werken met een IZP heeft het NHG een leidraad opgesteld voor huisartsen: 'Een gebruiksvriendelijk zorgplan vanuit het HIS'. Hierin staat beschreven wat de mogelijkheden zijn van een zorgplan in het HIS of KIS en hoe dit aansluit op hun huidige manier van werken. Zo wordt de huisartsenpraktijk of zorggroep onder meer gevraagd na te denken over het type patiënt dat baat kan hebben bij een IZP, hoe de patiënt beschikking kan krijgen over het zorgplan en hoe de afstemming met andere zorgverleners wordt geregeld.

Een stap dichterbij

Inmiddels zijn de specificaties uit 2014 uitgebreid met de mogelijkheid te werken met persoonlijke streefwaarden en is de relatie tussen het zorgplan en episodes verder uitgewerkt. Aanpassingen waardoor het werken met een IZP nog aantrekkelijker wordt. Onlangs zijn de nieuwe specificaties met HIS- en KIS-leveranciers besproken en kunnen de leveranciers aan de slag met de implementatie van het IZP in hun HIS of KIS. Hiermee is het realiseren van een IZP in het HIS of KIS een stap dichterbij gekomen. Daarnaast is het belangrijk dat het IZP te zijner tijd aansluit bij het Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD) en overdraagbaar is naar andere zorgverleners. [JdB, AtB]

Meer informatie over dit onderwerp vindt u in het Dossier Individueel Zorgplan op nhg.org.

Veiliger medicijngebruik dankzij standaardisering medicatieproces

Bij het uitwisselen van medicatiegegevens kan veel misgaan. Jaarlijks komen duizenden mensen in het ziekenhuis terecht door incidenten met medicijnen. "De overdracht van medicatiegegevens is al jaren een veelbesproken probleem", ziet ook Adriaan Mol, huisarts te Loosdrecht en betrokken bij het project dat heeft geleid tot de geactualiseerde informatiestandaard Medicatieproces. De standaard moet leiden tot eenvoudiger overzichten, eenduidiger informatie-uitwisseling en een logischere oplossing voor het stoppen en wijzigen van medicatie.

Een helder en actueel inzicht in het werkelijke medicijngebruik van de patiënt kan veel problemen voorkomen. Huisarts Adriaan Mol: "Als een medisch specialist in overleg met een patiënt besluit om medicatie te wijzigen, moet je dit als huisarts maar uit de brief kunnen opmaken. Soms weten huisartsen, apothekers of medisch specialisten niet precies welke medicijnen hun patiënten voorgeschreven hebben gekregen en ook echt gebruiken. Om patiënten goed te kunnen behandelen, is actueel inzicht in medicatiegegevens noodzakelijk, maar wijzigingen of stopberichten ontvang je nu niet automatisch."

Nieuwe informatiestandaard Medicatieproces

Om onnodige medicatiefouten te voorkomen, hebben partijen uit de zorg samen met Nictiz en ICT-leveranciers standaarden voor medicatieveiligheid ontwikkeld. De informatiestandaard Medicatieproces is een van die standaarden. Deze is inmiddels geactualiseerd, omdat de vorige versie van de standaard alleen voorzag in informatie over het voorschrijven en verstrekken van medicatie, maar niet over de wijzigingen die daarna worden doorgevoerd. Mol: "Een groot probleem van de oude standaard was dat de medicatieafspraak en het verstrekkingsverzoek niet afzonderlijk te versturen waren. Met de nieuwe standaard kan de medicatieafspraak wel los verstuurd worden. Dat is een enorme verbetering."

Wijzigingen beter zichtbaar

In de informatiestandaard wordt bovendien onderscheid gemaakt tussen logistieke en therapeutische informatie en de vier stappen van het medicatieproces: voorschrijven, verstrekken, toedienen en gebruik. Mol: "Door per stap de gegevens vast te leggen en daarbij therapeutische en logistieke gegevens te scheiden, kunnen gegevens niet alleen beter worden uitgewisseld, maar ook overzichtelijker worden getoond. Wijzigingen, zoals het onderbreken van medicatie door ziekenhuisopname, het stoppen met een medicijn vanwege een allergie of het later starten omdat een middel niet gelijk bij de apotheek is opgehaald, worden op die manier zichtbaar. Dat scheelt een hoop tijd bij het vergelijken van medicatieoverzichten van het ziekenhuis en de apotheek met onze eigen medicatiegegevens."

Pilot van start

Voordat de nieuwe standaard landelijk wordt vrijgegeven, wordt tijdens een pilotproject getest of het in de praktijk goed werkt. Voor deze pilot zijn twee scenario's opgesteld, in samenspraak met vertegenwoordigers van zorgverleners, Patiëntenfederatie Nederland en softwareleveranciers.
In het eerste scenario wordt inzichtelijk gemaakt wat de afspraken zijn tussen zorgverlener en patiënt. De arts schrijft in overleg met de patiënt medicatie voor of wijzigt of stopt deze. De informatie wordt geregistreerd in een medicatieafspraak, al dan niet gecombineerd met een verstrekkingsverzoek. Dit wordt gedeeld met de verstrekker en opvraagbaar gemaakt voor medebehandelaars. De verstrekker registreert een toedieningsafspraak en een eventuele verstrekking.
In het tweede scenario, het medicatieoverzicht, wordt een medicatieoverzicht gedeeld met en opvraagbaar gemaakt voor medebehandelaars, zodat zij hun behandeling daarop kunnen baseren.

Planning

Na de pilotfase wordt de definitieve informatiestandaard Medicatieproces gepubliceerd. In de tweede helft van 2017 kunnen alle softwareleveranciers de informatiestandaard inbouwen in hun software, zodat zorgbreed beter medicatiegegevens uitgewisseld kunnen worden en medicatie-incidenten voorkomen kunnen worden. [AvV]

In de nieuwe informatiestandaard Medicatieproces wordt onderscheid gemaakt tussen logistieke en therapeutische informatie en de vier stappen van het medicatieproces: voorschrijven, verstrekken, toedienen en gebruik.

Nictiz is het landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de zorg faciliteert. Meer informatie over de informatiestandaard vindt u op de website: www.nictiz.nl/projecten/medicatieproces.

&NHG

Interview met huisartsenopleider en coach Gert Roos

“Effectieve communicatie hoort bij het huisartsenvak”

Volgens Gert Roos is iedere pas afgestudeerde huisarts goed op de hoogte van effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk. Met de laatste wetenschappelijke onderzoeken omtrent dit onderwerp, stromen ze de praktijk in. Het lijkt alsof deze belangrijke competentie na de opleiding niet wordt onderhouden. Er is weinig scholing op dit gebied, stelt Roos. Goed communiceren levert onder andere creatieve consulten op, tevreden patiënten, gezondheidswinst en het houdt zware onderwerpen begrijpelijk.

Huisarts Gert Roos: “Bij communicatie draait het vooral om vaardigheden. Ofwel: doen.”

Scholing rondom effectieve communicatie lijkt niet echt aan te slaan bij huisartsen?
“Huisartsen denken vaak dat ze dat wel onder de knie hebben. Ze doen het immers elke dag al en de consulten lopen toch lekker? Maar als je even verder kijkt en doorvraagt, zit iedere huisarts wel met bepaalde patiënten en onderwerpen waar de communicatie minder makkelijk bij verloopt. Daarom moet je deze competentie, net als andere competenties, goed onderhouden. Want ook in de communicatie schrijdt de wetenschap voort en de huisarts moet daarvan op de hoogte zijn.”

Kunt u een voorbeeld geven van zo’n recent wetenschappelijk onderzoek?
“Esther Giroldi van de Universiteit Maastricht promoveerde afgelopen december op de vraag hoe huisartsen patiënten effectief geruststellen. We weten: geruststelling moet specifiek gaan over de zorgen die bestaan. Maar bepaalde zorgen worden nauwelijks geuit. Met name die over de behandeling. Patiënten vragen wel: ‘Kom ik in een rolstoel?’, maar stellen minder vragen over welke behandeling ze wensen. Bijvoorbeeld welke kuur of medicatie ze krijgen voorgeschreven. Daar moet je dus actief naar vragen, anders blijft de patiënt ongerust. Als je dit soort nieuwe wetenschappelijke inzichten rondom de arts-patiëntcommunicatie kent, kun je daar meteen rekening mee houden in de behandelkamer.”

Alle huisartsen dus verplicht en periodiek op een cursus communicatie?
“Het verplicht stellen mist zijn effect. Want weet wel: er gaat al heel veel goed rondom effectieve arts-patiëntcommunicatie. Ik spreek liever van de puntjes op de i zetten. Er moet een mindset komen dat effectieve communicatie ook gewoon hoort bij het bijhouden van je vak. Net zoals huisartsen dat doen door biomedisch op de hoogte te blijven. Het vak wordt simpelweg leuker als je communicatieskills op peil blijven. De consulten lopen prettiger, efficiënter en patiënten zijn tevredener. Ingewikkelde zaken kun je helder overbrengen en je houdt de patiënt steeds betrokken. Bijvoorbeeld via *shared decision making*. Neem patiënten met SOLK. Heel wat huisartsen weten niet goed hoe met deze groep patiënten om te gaan en vinden het maar lastig. Door dit met vakgenoten te bespreken, videobeelden van elkaar te bekijken, krijg je meer grip op je eigen handelen en dat van de patiënt. Effectieve communicatie lijkt me een perfect onderwerp dat aangepakt kan worden in de toetsgroepen.”

Moet er een richtlijn of protocol komen over goede communicatie in de huisartsenpraktijk?
“Nee. Dat is ondoenlijk. Neem de onlangs herziene NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. Die stelt simpel: het beleid bestaat uit voorlichting, begeleiding en maatregelen tot herstel van het functioneren. Dus wel wát je doet, maar niet hóe dit moet gebeuren. Die vaardigheid wordt bekend verondersteld. Om goede communicatie in alle richtlijnen op te nemen zou tot onleesbaarheid leiden en ook tot herhaling. Bij communicatie draait het vooral om vaardigheden. Ofwel: doen.”

Het NHG heeft onlangs het handboek Effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk uitgebracht. Een aanrader, wat u betreft?
“Zeker. Dit handboek sluit mooi aan op de vaardigheden waarop ik doel. De tien KBA’s – de hoofdthema’s van de huisartsengeneeskunde – worden uitgebreid behandeld, maar ook kindermishandeling, euthanasie en suïcidaliteit worden besproken. Het zou mooi zijn als huisartsen dit boek erop naslaan als ze weten dat zo’n moeilijk gesprek eraan zit te komen. Of het boek ook echt aanslaat, heeft weer met die mindset te maken. Als huisartsen gaan inzien dat effectieve communicatie een wezenlijk onderdeel is van hun vak, dan wordt dit boek een succes.”[MR]

Gert Roos is huisarts, NHG-erkend coach/supervisor en docent aan de huisartsenopleiding (VU). Hij traint artsen en begeleidt groepen rond arts-patiëntcommunicatie. Hij is bestuurslid van ‘Coaches voor Medici’.

Redactie NHG-Nieuws Colofon
Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma.

Eindredactie
Ellen Olbers, Susan Umans.

Contact
Ellen Olbers, NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. Telefoon 020 – 2823500. E-mail: e.olbers@nhg.org.

Bijdragen
Aan dit nummer droegen bij: Job den Boer, Anke ten Brugge, Annemieke van Veen en Marieke Rijsbergen.

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.