JAARGANG 57 / JULI 2014

H&W

7

Huisarts en Wetenschap

2014

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

ONDERZOEK

De H-FABP-sneltest bij verdenking op acuut coronair syndroom

ONDERZOEK

Vragenkaartjes voegen niet veel toe aan het consult

NHG-STANDAARD

Slaapproblemen en slaapmiddelen

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

7

WETENSCHAP

ONDERZOEK
338 De H-FABP-sneltest bij verdenking op acuut coronair syndroom
Madeleine Bruins Slot, Frans Rutten, Geert van der Heijden, Pieter Doevendans, Gijs Mast, Ad Bredero, Onno van der Spoel, Jan Glatz, Arno Hoes

344 Vragenkaartjes voegen niet veel toe aan het consult
Birgit Brinkman, Kornelis van Hateren, Nanne Kleefstra, Sebastiaan Houweling, Klaas Groenier, Henk Bilo

BESCHOUWING
348 Hoe betrouwbaar is zelfrapportage van het rookgedrag bij COPD?
Sander Hilberink, Annelies Jacobs

COMMENTAAR
342 Acuut coronair syndroom: klinische blik niet bij het oud ijzer
Jochen Cals

352 NHG-STANDAARD
Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening)
NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen

KLINISCHE PRAKTIJK

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE
351 Equivalentie: aantonen van gelijkheid
Arie Knuistingh Neven, Wim van Geldrop

HUISARTSENZORG IN CIJFERS
362 Slapeloosheid
Zamire Damen-van Beek, Irina Stirbu-Wagner, Margriet Bouma, Joke Korevaar

(VER)STAND VAN ZAKEN
363 Adolescent als getuige van huiselijk geweld
Karin van Rosmalen-Nooijens

NASCHOLING
364 Een patiënt die strafbare feiten pleegt
Aart Hendriks, Just Eekhof

KLINISCHE LES
370 De ziekte van Kawasaki: tijdige diagnose essentieel
Lester du Perron, Moniek Op de Coul, Wim Lucassen

CASUÏSTIEK
373 Tromboflebitis van Mondor
Rob Sijbers

SPREEKUUR!
378 Doorbraakbloedingen bij orale anticonceptiva
Cécile Romans, Monique Peerden

379 Opvliegers
Toine Lagro-Janssen

CATS
380 Medicatie bij symptomatisch galsteenlijden
Larissa van Winden, Marloes van Heugten

PEARLS
381 Bewegingsprogramma's bij dementie lijken effectief
Marissa Scherptong-Engbers

335 JOURNAAL
347, 376 COLUMNS
374 INTERVIEW
377 KENNISTOETS
382 INGEZONDEN
383 BOEKEN
384 COLOFON H&W

25 HET NHG

Jokken

Jokken is een relatief onschuldige leugen vertellen. In een van de artikelen van dit nummer wordt het woord expliciet genoemd. Dat is uitzonderlijk. In H&W kom je dit woord niet vaak tegen, terwijl er toch heel wat wordt gejokt in de huisartsenzorg.

Goede aanpak

Het onderzoek van Hilberink laat zien dat patiënten regelmatig jokken over hun rookgedrag. Hierdoor is het voor huisartsen lastig om een goed behandelbeleid uit te stippelen. Bij het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken weet je nooit zeker of mensen die zeggen dat ze niet hebben gerookt dat ook daadwerkelijk niet hebben gedaan. In dit onderzoek konden de succesvolle stoppers van jokkende patiënten worden onderscheiden door met een stickje in de urine de aanwezigheid van cotinine te bepalen.

Brinkman et al. gingen na of een vragenkaartje dat een patiënt vóór het consult moet invullen leidt tot meer patiënttevredenheid. Op het kaartje moesten patiënten vragen beantwoorden over hun hulpvraag. Gelukkig vindt Brinkman dat het vragenkaartje niet leidt tot meer patiënttevredenheid. Mensen die menen dat zo'n vragenkaartje werkelijk een alternatief is voor een gewone anamnese hebben naar mijn idee niet goed begrepen waar het in de huisartsgeneeskunde om draait, of jokken een beetje.

Goede zorg

Van mijn zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid (Z&Z) kreeg ik onlangs weer een overzicht waarin mijn voorschrijfcijfers voor onder andere statines en A2-antagonisten met een benchmark werden vergeleken. Hiermee heeft Z&Z in beeld gebracht of ik wel keurig doe wat zij vinden dat ik volgens onze richtlijnen zou moeten doen. Maar niet elke patiënt is gelijk en het angstvallig nastreven van het behalen van optimale resultaten ten opzichte van een benchmark leidt niet tot de beste zorg voor de individuele patiënt. En zo goed mogelijke zorg leveren aan onze patiënten is toch de reden van ons bestaan. Mensen die menen dat je met het behalen van benchmarks de essentie van gezondheidszorg goed in beeld brengt, jokken.

Goede verdeling

Eens in de zoveel tijd inventariseer ik de onderwerpen waaraan wij in H&W aandacht hebben besteed. Van de wetenschappelijke artikelen die H&W de afgelopen tweeëneenhalf jaar heeft gepubliceerd (123) betreffen er 77 een klacht, aandoening of ziekte. Hiervan gaan er 37 over kortdurende zorg en 40 over de bekende chronische aandoeningen. Ruim 80% van ons werk bestaat echter uit kortdurende zorg voor alledaagse aandoeningen tegen slechts 20% zorg voor chronische aandoeningen. Om te zorgen dat wij ons werk goed kunnen doen zou onderzoek ter onderbouwing van ons handelen ook gelijkwaardig verdeeld moeten zijn over het type zorg die wij leveren. Mensen die menen dat dat nu in voldoende mate gebeurt, jokken naar mijn idee.

Wat moeten wij nu met al die jokkebrokken? Is het werkelijk altijd onschuldig? Af en toe een vinger op de zere plek leggen kan helpen. Een stickje om het jokken aan te tonen bestaat niet voor alle vormen van jokken, helaas. ■

Just Eekhof

Vitamine D: wondermiddel of zoethoudertje?

Maar liefst 137 aandoeningen worden op de een of andere manier in verband gebracht met verlaagde vitamine D-concentraties in het serum. Osteoporose, fracturen, spierzwakte maar ook auto-immuunziekten, kanker, diabetes en nog veel meer aandoeningen lijken goed te reageren op vitamine D-suppletie. Een middel dat zo breed inzetbaar is, moet haast wel een wondermiddel zijn. Tot nu toe lijkt echter niets minder waar.

Foto: Peter Rosbjerg

Theodoratou et al. onderzochten de literatuur op de relatie tussen vitamine D en 137 verschillende aandoeningen. In totaal bestudeerden zij hiervoor 107 systematische reviews, 74 meta-analyses over observationeel onderzoek en 87 meta-analyses over RCT's. Ondanks gevonden correlaties tussen de vitamine D-concentratie in het serum en verschillende aandoeningen, konden zij de in het verleden gedane claims voor de effectiviteit van vitamine D-behandeling, meestal niet bevestigen.

Onder meer vonden zij onvoldoende bewijs voor het preventief op grote schaal voorschrijven van vitamine D aan ouderen, ter voorkoming van fracturen en vallen. Evenmin voor de behandeling van allerlei aspecifieke klachten van meestal allochtone vrouwen met een verlaagd serum-vitamine D. Voor deze en tal van andere indicaties lijkt momenteel de wetenschappelijke relevantie te ontbreken. Het argument dat het hier om een relatief veilig en goedkoop middel gaat is misschien wel verleidelijk, maar geeft arts en patiënt het misplaatste gevoel toch iets nuttigs te doen. Dan wordt de behandeling met vitamine D een zoethoudertje en verhindert deze dat er aandacht gaat naar zaken waarvan de effectiviteit wel bekend is, zoals een gezonde manier van leven, veel bewegen, vermindering van bekende risicofactoren of het aanpakken van de echte problemen. ■

Bèr Pleumeekers

Theodoratou E, et al. Vitamin D and multiple health outcomes: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. BMJ 2014;348:g2035.

Diagnose COPD vaak gemist

Het beloop van COPD is positief te beïnvloeden als de diagnose tijdig wordt gesteld. Toch duurt dit in de huisartsenpraktijk vaak enige tijd. Brits onderzoek suggereert dat de mogelijkheid om de diagnose te stellen in de vijf jaar voor de daadwerkelijke diagnose bij 85% van de patiënten werd gemist. Welke gegevens zouden de huisarts kunnen helpen COPD sneller te diagnosticeren?

De onderzoekers analyseerden het zorggebruik en kenmerken van 38.859 patiënten > 40 jaar in de periode voordat de diagnose COPD werd gesteld, in de jaren 1990 tot 2009. Als 'gemiste kansen' om de diagnose te stellen golden de gevallen waarin een patiënt de huisarts bezocht voor klachten van de lage luchtwegen, een recept voor antibiotica, orale corticosteroïden of het maken van een x-thorax. Volgens deze definitie werd bij 32.900 (85%) patiënten de diagnose COPD gemist in de vijf jaar voorafgaand aan de diagnose. Daarnaast hadden patiënten met recidiverende lage luchtwegklachten in de periode voorafgaand aan de diagnose een grotere kans op exacerbaties in de periode erna.

Uit dit onderzoek valt te concluderen dat de diagnose COPD vaak met vertraging wordt gesteld. Het hoge percentage 'gemiste kansen' is waarschijnlijk te wijten aan de ruime definitie hiervan. Dit is wellicht niet terecht, gezien de brede differentiaaldiagnose van luchtwegklachten in de huisartsenpraktijk. De onderzoekers adviseren, in lijn met de NHG-Standaard COPD, bij iedere (ex-)roker > 40 jaar, aan wie de huisarts medicatie voorschrijft voor recidiverende lage luchtweginfecties, 6 weken na het huisartsenbezoek een spirometrie te verrichten. Hiermee hopen de onderzoekers dat COPD in een eerder stadium gediagnosticeerd wordt, met hopelijk verbeterde zorg voor patiënten met COPD. ■

Tobias Bonten

Jones RCM, et al. Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort. Lancet Resp Med 2014;2:267-76.

Dokters geregeld abuis over doodsoorzaak

Autopsie gold lange tijd als gouden standaard voor bij leven gestelde diagnoses, maar het percentage overledenen bij wie obductie plaatsvindt, is dalende. Enkele redenen hiervoor zijn: het feit dat obductie niet vergoed wordt, angst bij medici voor eventuele aansprakelijkheidsproblemen en de vooruitgang op het gebied van laboratorium- en beeldvormend onderzoek. Dat laatste verleidt ons te geloven dat obducties overbodig zijn geworden. Geheel ten onrechte, zo blijkt nu.

Foto: DJ Taylor/Shutterstock

Nederlandse pathologen vergeleken door artsen geleverde vermoedens omtrent de doodsoorzaak met de bevindingen bij obducties die in de jaren 2007, 2012 en de eerste helft van 2013 werden verricht in drie Noord-Hollandse ziekenhuizen. De bevindingen bij in totaal 460 overledenen werden onderverdeeld in majeure discrepanties, mineure discrepanties en totale overeenstemming. Bij majeure discrepanties gaat het om een andere doodsoorzaak dan de behandelend artsen vermoedden; bij mineure om bijkomende bevindingen die naar alle waarschijnlijkheid niet hebben bijgedragen aan het overlijden.

Majeure discrepanties werden gezien bij 18,1% van de overledenen, mineure bij 26,6% en totale overeenstemming bij 37,8 %. De resterende 17,6% viel door ontbrekende informatie van de aanvragend arts niet te classificeren. Dit was vooral aan de orde bij de zogeheten 'externe autopsieën', aangevraagd door artsen van buiten het ziekenhuis (overwegend huisartsen). In circa de helft van de majeure discrepanties betrof het diagnoses, waarbij eerdere onderkenning had kunnen leiden tot een andere behandeling, met levensduurverlenging of zelfs genezing van de patiënt als gevolg. De meest voorkomende niet onderkende majeure discrepanties waren: myocardinfarct, longembolie en longontsteking.

De mogelijkheid dat het aanzienlijk aantal discrepanties het gevolg is van selectiebias – obducties gebeuren wellicht overwegend bij overlijdensgevallen met onduidelijk beloop – wijzen de auteurs in de discussieparagraaf van de hand. Uit ander onderzoek bleek al dat artsen op basis van hun zekerheid omtrent de toedracht discrepanties bij autopsie niet goed kunnen voorspellen. Klinisch vastgestelde doodsoorzaken blijven dus ook in deze tijd waarschijnlijkheidsdiagnoses. ■

Tjerk Wiersma

Kuijpers CCHJ, et al. The value of autopsies in the era of high-tech medicine: discrepant findings persist. J Clin Pathol 2014;doi 10.1136/jclinpath-2013-202122 [epub ahead of print].

Krakende knieën

We vertellen onze patiënten dat knappende gewrichten bij het bewegen geen klinische betekenis hebben, maar daar zou wel eens verandering in kunnen komen. Onderzoekers van het Erasmus MC vonden namelijk dat crepitatie met een pijnlijke patella in de voorgeschiedenis samenhangt met afwijkingen in het patellofemorale gewricht.

Bij 888 gezonde Rotterdamse vrouwen tussen de 45 en 60 jaar keken de onderzoekers naar de relatie tussen vroege klinische bevindingen en afwijkingen van de knie op een MRI. De deelneemsters vulden een vragenlijst in en kregen een MRI van beide knieën. Vervolgens werden de knieën klinisch onderzocht. Er waren slechts twee onderzoekers die elk 444 knieën beoordeelden! Zij keken naar pijn bij palpatie maar ook naar crepitatie van de knie bij actieve flexie en/of extensie. Alle MRI's werden voorgelegd aan één zeer ervaren bewegingswetenschapper die de MRI's scoorde volgens een semi-kwantitatief scoringssysteem om osteoartritis van de knie op te sporen.

Een radioloog controleerde de interobservervariatie door de MRI's steekproefsgewijs te beoordelen. Al met al een zeer arbeidsintensief onderzoek, waarbij een significant positieve associatie werd gevonden tussen crepitatie en afwijkingen in het patellofemorale gewricht op de MRI: OR kraakbeenlesies = 5,49 (95%-BI 3,79 tot 7,84); OR osteofyten = 2,61 (95%-BI 2,00 tot 3,40); OR cysten = 2,82 (95%-BI 2,00 tot 3,98); OR been(merg)lesies = 3,70 (95%-BI 2,71 tot 5,04).

Uit de vragenlijst bleek verder dat een voorgeschiedenis van patellaire pijn ook een significant positieve associatie heeft met voornoemde variabelen, behalve met osteofyten. De bevindingen hebben uitsluitend betrekking op het patellofemorale gewricht, ze gelden niet voor het tibiofemorale gewricht. Dat plaatst een en ander ook weer in perspectief. Vrouwen met krakende knieën of pijnklachten van de patella kunnen rekening houden met hun bewegingspatroon. Van overige krakende gewrichten wachten we, samen met het andere deel van de wereldbevolking met krakende knieën, verder onderzoek af. ■

Wilma Spinnewijn

Schiphof D, et al. Crepitus is a first indication of patellofemoral osteoarthritis (and not of tibiofemoral osteoarthritis). Osteoarthritis Cartilage 2014; doi:10.1016/j.joca [epub ahead of print].

Geen probiotica voor huilbaby's?

Excessief huilen zonder bekende oorzaak komt vaak voor bij zuigelingen en kan een gezin tot wanhoop brengen. Helaas zijn er weinig effectieve behandelmethoden en verschillen hulpverleners vaak in hun advies. Een recente trial in de BMJ laat zien dat ook dagelijkse toediening van probiotica (*L. reuteri*) de klachten niet vermindert.

Sung et al. onderzochten in Australië baby's jonger dan 13 weken die borst- of flesvoeding kregen. Ze huilden meer dan drie dagen per week, langer dan drie uur achter elkaar. De meeste geïncludeerde kinderen kwamen van de spoedeisende hulp. Exclusiecriteria waren onder andere ernstig onderliggend lijden of vermoeden van koemelkeiwitallergie.

In totaal werden 167 kinderen gerandomiseerd. Zij kregen gedurende een maand dagelijks *L. reuteri*-druppels (1×10^8 colonyforming units), of placebo. De resultaten werden geanalyseerd met regressiemodellen, gecorrigeerd voor mogelijke confounders. De belangrijkste uitkomstmaten waren de duur van het huilen en de mate van onrust na één maand.

Het beloop van de klachten was in beide groepen gunstig. Na een maand hadden kinderen die probiotica kregen echter 49 minuten langer klachten dan de controlegroep (95%-BI 8 tot 90 minuten; p = 0,02). De secundaire uitkomsten, zoals slaaptijd en het functioneren van het gezin, waren vergelijkbaar. Schadelijke bijwerkingen zijn niet gevonden.

Probiotica komen niet voor in de aanbevelingen van de richtlijn Excessief huilen (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013). Dit onderzoek verschaft geen reden de adviezen te veranderen voor deze lastige, heterogene groep zuigelingen. De richtlijn geeft echter ook aan dat eerdere onderzoeken mogelijk wel effect lieten zien. En op de site van BMJ stroomt de kritiek op dit onderzoek binnen. Het wachten is dan ook op de resultaten van meer trials, die momenteel lopen. Hopelijk krijgen we daarmee meer zekerheid. ■

Foto: Jo Tunney/Shutterstock

Alma van de Pol

Sung V, et al. Treating infant colic with the probiotic Lactobacillus reuteri: double blind, placebo controlled randomised trial. BMJ 2014;348:g2107.

Immobiele oudere: meer risico op DVT en LE

Ouderen die immobiel raken – of dat nu het gevolg is van ziekenhuisopname, een licht ongeval in de thuissituatie of kortdurende bedlegerigheid – lopen risico op het ontstaan van diepveneuze trombose (DVT) of een longembolie (LE).

In welke mate immobiliteit bij ouderen bijdraagt aan het ontstaan van DVT en LE is nooit goed onderzocht. Daarom deden Marissa Engbers et al. een patiëntcontroleonderzoek naar het risico op ontstaan van DVT en LE bij patiënten ouder dan 70 jaar. Zij vergeleken ruim 400 ouderen met DVT of een LE met ruim 400 personen zonder deze aandoeningen en berekenden het relatieve risico voor verschillende risicofactoren ten opzichte van patiënten zonder deze risicofactoren. Uitgesloten werden kankerpatiënten en patiënten met een cognitieve stoornis.

Na een ziekenhuisopname bleek het risico op DVT of een LE 5 maal verhoogd. Na een operatie 7 maal, na een fractuur 13 maal en na een gipsbehandeling 6 maal. Patiënten die in de thuissituatie lichte verwondingen aan het been opliepen, hadden een verdubbeld risico op DVT en kortdurende bedlegerigheid betekende een 5 maal zo groot risico op DVT. Immobiliteit draagt zodoende voor 39% bij aan het risico op DVT of een LE bij patiënten ouder dan 70 jaar (27% na ziekenhuisopname en 15% in de thuissituatie).

Kortom, ouderen lopen zowel na ziekenhuisopname als thuis een aanzienlijk verhoogde kans op DVT of een LE, als gevolg van immobiliteit door ogenschijnlijk onschuldige verwondingen of kortdurende bedlegerigheid. Gezien de belangrijke rol van immobiliteit en de goede preventieve mogelijkheden, is het terecht hierop bij ouderen extra alert te zijn. Een gewaarschuwd mens telt voor twee. ■

Bèr Pleumeekers

Engbers MJ, et al. The contribution of immobility risk factors to the incidence of venous thrombosis in an older population. J Thromb Haemost 2014;12:290-6.

Rectificatie
Tot onze spijt is een fout geslopen in de rubriek CATS van Huisarts Wet 2014:57:278 (Systemische corticosteroïden bij acute rhinosinusitis). Als eerste auteur staat vermeld: Bart van Schijndel. Er moet staan: Bregje van Schijndel. Onze excuses voor de verwarring.
De redactie

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

Madeleine Bruins Slot, Frans Rutten, Geert van der Heijden, Pieter Doevendans, Gijs Mast, Ad Bredero, Onno van der Spoel, Jan Glatz, Arno Hoes

ONDERZOEK

De H-FABP-sneltest bij verdenking op acuut coronair syndroom

Samenvatting

Bruins Slot MH, Rutten FH, Van der Heijden GJ, Doevendans PA, Mast EG, Bredero AC, Van der Spoel OP, Glatz JF, Hoes AW. De H-FABP-sneltest bij verdenking op acuut coronair syndroom. Huisarts Wet 2014;57(7):338-41.

ACHTERGROND Biomarkers voor cardiale necrose en ischemie kunnen de vroege diagnostiek van het acuut coronair syndroom (ACS) verbeteren. We onderzochten of een sneltest op *heart-type fatty acid binding protein* (H-FABP) in de huisartsenpraktijk de diagnostische accuratesse verbetert bij een vermoeden van ACS.

METHODE Prospectief onderzoek in huisartsenpraktijken en huisartsenposten. Wij includeerden patiënten bij wie vermoedelijk sprake was van een ACS. Binnen 24 uur na het begin van de klachten, meestal pijn op de borst, voerden wij de H-FABP-sneltest uit. Een panel van twee cardiologen en een huisarts stelde de definitieve diagnose.

RESULTATEN Aan het onderzoek namen 298 patiënten deel, van wie 52% vrouwen en met een gemiddelde leeftijd van 66 jaar (SD 14). De H-FABP-sneltest vond plaats mediaan 3,1 uur na het begin van de klachten. Het panel stelde de diagnose ACS bij 66 deelnemers (22%). De H-FABP-sneltest had een positief voorspellende waarde van 65% (95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) 50 tot 78), een negatief voorspellende waarde van 84% (95%-BI 80 tot 88), een sensitiviteit van 39% (95%-BI 29 tot 51) en een specificiteit van 94% (95%-BI 90 tot 96%). Toegevoegd aan een diagnostisch model met diverse klinische variabelen verbeterde de sneltest de area under the curve van 0,66 (95%-BI 0,58 tot 0,73) naar 0,75 (95%-BI 0,68 tot 0,82).

CONCLUSIE De H-FABP-sneltest verbetert de vroege diagnostiek van ACS, maar kan niet worden aanbevolen in de huisartsenpraktijk. De test is onvoldoende in staat om deze aandoening, waar je liefst niemand mist, veilig uit te sluiten.

INLEIDING

Vroege diagnostiek van het acuut coronair syndroom (ACS) is belangrijk omdat vroege interventies gericht op het herstellen van de doorbloeding van de kransslagaderen de kans op hartschade verminderen en de prognose verbeteren. Pijn, druk of een benauwd gevoel op de borst in rust, veelal met uitstraling naar de kaken, armen of schouderbladen en in combinatie met vegetatieve verschijnselen (transpireren, bleek zien, misselijkheid) zijn klachten die wijzen op een ACS. De meeste mensen met een mogelijk ACS, dat wil zeggen een acuut myocardinfarct of instabiele angina pectoris in rust, nemen eerst contact op met de huisarts of huisartsenpost. Deze baseert zich in eerste instantie op anamnese en lichamelijk onderzoek, maar hiermee kan een ACS niet worden aangetoond of uitgesloten.[1] Een ECG verbetert de diagnostiek, maar onvoldoende om de diagnose betrouwbaar te kunnen stellen, en is vaak niet beschikbaar.[2] Sneltests op biomarkers die vroege myocardschade aantonen, zouden dus erg nuttig zijn. Troponine is de meest geschikte biomarker, maar de concentratie hiervan neemt pas 6 tot 9 uur na de start van de klachten toe.[2,3] Nieuwere hoogsensitieve troponinetests zijn sneller mogelijk, maar een echte sneltest is nog niet beschikbaar. De meeste mensen met een mogelijk ACS melden zich 1 tot 3 uur na het begin van de klachten bij de huisarts.[4-5] Troponinetests, ook hoogsensitieve, zijn derhalve niet geschikt als sneltest in de huisartsenpraktijk.

Er is echter een andere biomarker, waarvan al een uur na het begin van de klachten verhoogde waardes kunnen worden aangetoond: *heart-type fatty acid binding protein* (H-FABP).[6,7] De sneltest op H-FABP geeft een uitslag binnen 15 minuten.[8] Het doel van ons onderzoek was de diagnostische waarde en het praktische gebruik van de H-FABP-sneltest voor de huisarts te onderzoeken.

METHODE

Deelnemers

De opzet van het onderzoek hebben wij elders beschreven.[9] Wij rekruteerden onze deelnemers tussen maart 2006 en zomer

Wat is bekend?

- Om een acuut coronair syndroom (ACS) op tijd te kunnen diagnosticeren, zou een sneltest met een geschikte biomarker voor hartnecrose erg welkom zijn bij de huisarts.
- De meeste mensen met een mogelijk ACS melden zich binnen drie uur na aanvang van de klachten bij de huisarts of huisartsenpost; binnen deze tijdsspanne zijn zelfs hoogsensitieve troponinetests niet betrouwbaar genoeg om een ACS uit te sluiten.

Wat is nieuw?

- Het uitvoeren van een sneltest op H-FABP in enkele druppels capillair bloed is goed uitvoerbaar op de huisartsenpost of in de huisartsenpraktijk.
- De H-FABP-sneltest met 7 ng/ml als afkappunt kan niet worden aanbevolen voor huisartsen. De test verbetert weliswaar de diagnostiek van de huisarts bij verdenking van een ACS, maar is niet in staat om veilig een ACS uit te sluiten.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. M.H.E. Bruins Slot, huisarts-onderzoeker; dr. F.H. Rutten, huisarts-onderzoeker; O.P. van der Spoel, huisarts; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar Klinische epidemiologie en Huisartsgeneeskunde. Academisch Centrum voor Tandheelkunde, Amsterdam: prof.dr. G.J.M.G. van der Heijden, hoogleraar Sociale tandheelkunde. UMC Utrecht, afdeling Cardiologie: prof.dr. P.A.F.M. Doevendans, hoogleraar Cardiologie. St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, afdeling Cardiologie: E.G. Mast, cardioloog. Diakonessenhuis Utrecht, afdeling Cardiologie: A.C. Bredero, cardioloog. Universiteit van Maastricht, Cardiovascular Research Institute Maastricht (CARIM): prof. dr. J.F.C. Glatz, hoogleraar Metabole aspecten van hart- en vaatziekten • Correspondentie: F.H.Rutten@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: voor dit onderzoek werd subsidie verleend door ZonMw (945-06-009).

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Bruins Slot MH, Rutten FH, Van der Heijden GJ, Doevendans PA, Mast EG, Bredero AC, et al. Diagnostic value of a heart-type fatty acid-binding protein (H-FABP) bedside test in suspected acute coronary syndrome in primary care. Int J Cardiol 2013;168:1485-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

2008 onder de patiënten met een vermoedelijk ACS die zich meldden bij de huisartsenposten Houten, Zeist en Nieuwegein of bij de groepspraktijken in deze regio. Uitgesloten werden patiënten bij wie de klachten langer dan 24 uur bestonden of bij wie er vanwege spoedverwijzing naar het ziekenhuis geen tijd was om de H-FABP-test af te nemen en af te lezen, wat 15 minuten duurt.

Interventie

Bij de anamnese vroeg de huisarts alle deelnemers naar de aard en duur van de pijn op de borst, de aan- of afwezigheid van uitstraling of vegetatieve verschijnselen en een eventuele cardiale voorgeschiedenis (myocardinfarct, coronaire bypassoperatie of dotterbehandeling, angina pectoris). De huisarts noteerde de bevindingen en nam daarna de geblindeerde H-FABP-test af. Nadat de beslissing over verwijzing was genomen, mocht de huisarts de blindering opheffen en de uitslag noteren. De huisartsen kregen het advies om in die gevallen dat het H-FABP-testresultaat positief bleek terwijl zij eerder niet van plan waren te verwijzen, de patiënt voor alle zekerheid toch te verwijzen.

Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en alle patiënten gaven schriftelijk toestemming.

De gebruikte H-FABP-sneltest, de Cardiodetect® (Rennesens GmbH, Berlijn) detecteert H-FABP in capillair bloed bij een grenswaarde van 7 ng/ml. De test wordt afgenomen door 4 druppels bloed aan te brengen op de teststrip en deze na 15 minuten af te lezen. Bij concentraties ≥ 7 ng/ml verschijnt er op de teststrip een rood oplichtende streep. Bij alle deelnemers werd in het ziekenhuis of thuis 12 tot 36 uur na het begin van de klachten veneus bloed afgenomen voor de bepaling van de concentraties troponine en CK-MB, en er werd een twaalfkanaals ECG gemaakt.

Een panel bestaande uit twee cardiologen en een ervaren huisarts bepaalde de uiteindelijke diagnose bij iedere deelnemer aan de hand van de gegevens uit anamnese, lichamelijk onderzoek, ECG, troponine en CK-MB, specialistenbrieven en follow-upgegevens tot een maand na het gebeuren (verkregen via de huisarts). Het panel was niet op de hoogte van de uitslag van de H-FABP-sneltest. Voor de diagnose ACS volgde het panel de criteria van de Europese en Amerikaanse Vereniging voor Cardiologie.[2,3] Er is sprake van een acuut myocardinfarct (AMI) als er bijpassende klachten zijn (zoals pijn op de borst) en als de maximale concentratie troponine-T of -I boven het 99e percentiel van normaal is, of de CK-MB-waarde groter is dan tweemaal de bovengrens van normaal. ST- of T-topafwijkingen en Q-golven op het ECG ondersteunen de diagnose: ST-elevatiemyocarinfarct (STEMI) bij ST-elevatie, niet-ST-elevatiemyocarinfarct (NSTEMI) bij afwezigheid van ST-elevatie. Criteria voor de diagnose instabiele angina pectoris (IAP) zijn klachten die passen bij een ACS, gevoegd bij ST- of T-topafwijkingen op het ECG die suggestief zijn voor ischemie, zonder dat de concentraties troponine of CK-MB boven de genoemde afkappunten stijgen. Voor patiënten bij wie de diagnose AMI of IAP niet kon worden gesteld, bepaalde het panel een alternatieve diagnose.

Analyse

Voor het berekenen van de diagnostische accuratesse van de H-FABP-sneltest maakten wij een diagnostische 2 × 2-tabel met ACS als uitkomstmaat.

Voor de analyse gebruikten wij SPSS versie 17.0. Ontbrekende gegevens en onduidelijke testuitslagen van de H-FABP-test rekenden wij toe met behulp van multipele imputatie. Met multivariabele logistische regressie berekenden wij de toegevoegde waarde van de sneltest, in termen van *area under the curve* (AUC), in combinatie met het klinisch-diagnostische model van Grijseels dat uitgaat van de klinische variabelen mannelijk geslacht, uitstraling van de thoracale pijn, vegetatieve verschijnselen (misselijkheid, zweten en bleek of grauw zien) en een voorgeschiedenis van hart- of vaatziekte.[10] Met behulp van *bootstrapping* corrigeerden wij voor 'overoptimisme' van beide modellen. De overeenkomst tussen de geobserveerde proporties ACS en het risico volgens het model werd beoordeeld met een calibratiecurve.

RESULTATEN

Van maart 2006 tot zomer 2008 includeerden wij 336 achtereenvolgende patiënten [**tabel 1**], van wie wij er 298 konden analyseren. Van de 38 (11%) uitgesloten patiënten weigerden er 12 informed consent en hadden er 23 langer dan 24 uur klachten. Bij 3 patiënten kwam het panel niet tot een definitieve diagnose omdat deze patiënten thuisbleven en om logistieke redenen geen troponinebepaling of ECG kregen.

De gemiddelde leeftijd van onze deelnemers was 66 jaar (SD 14), 52% was vrouw. Zeventig procent meldde zich binnen 6 uur na het begin van de klachten bij de huisarts; de mediane duur tot afname van de H-FABP-sneltest was 3,1 uur (interkwartielafstand 1,5 tot 7,1).

Volgens het panel hadden 66 patiënten (22%) een ACS; 52 (79%) een acuut myocardinfarct, van wie 18 (27%) een STEMI en 34 (52%) een NSTEMI, en 14 (21%) instabiele angina pectoris [**tabel 2**].

Tabel 1 Patiëntkenmerken van de 298 deelnemers met vermoedelijk acuut coronair syndroom

Kenmerken	n*	%*
Gemiddelde leeftijd, jaren (SD)	66	14
Mannelijk geslacht	143	48%
Myocardinfarct, bypass, primaire coronaire interventie of angina pectoris in de voorgeschiedenis	108	36%
Cardiovasculaire risicofactoren aanwezig†	236	79%
Mediane duur van de klachten tot de H-FABP-test, uren (P25-P75)	3,1	1,5-7,1
Verwezen naar het ziekenhuis	218	73%
H-FABP-test positief	30	10%
H-FABP-test onduidelijk	34	11%

H-FABP = hart-type vetzuurbindend eiwit; SD = standaarddeviatie.
* Aantallen en procenten, tenzij anders aangegeven.
† Roken, diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie.

Tabel 2 Uiteindelijke diagnoses van de deelnemers volgens het panel

Uiteindelijke diagnose	n	%
Acuut coronair syndroom	**66**	**22%**
■ instabiele angina pectoris (IAP)	14	21%
■ niet-ST-elevatiemyocarinfarct (NSTEMI)	34	52%
■ ST-elevatiemyocarinfarct (STEMI)	18	27%
Andere cardiovasculaire ziektes	**51**	**17%**
■ stabiele angina pectoris	30	
■ hartfalen	3	
■ aritmie	15	
■ pericarditis	3	
Niet-cardiovasculaire ziektes	**59**	**20%**
■ myogene pijn	20	
■ angst, hyperventilatie	11	
■ longembolie	4	
■ galstenen	8	
■ refluxklachten/ulcus pepticum	16	
Overige diagnosen	**16**	**5%**
Oorzaak onbekend	**106**	**36%**

De positief voorspellende waarde van de sneltest (deelnemers met een H-FABP ≥ 7 ng/ml die inderdaad een ACS hadden) bleek 65%, de negatief voorspellende waarde 85% (deelnemers met een H-FABP < 7 ng/ml die inderdaad geen ACS hadden). Positief en negatief voorspellende waarden voor specifieke patiëntencategorieën waren respectievelijk 72% en 83% voor patiënten die zich meldden binnen 6 uur na het begin van de klachten, 65% en 68% voor vrouwen, en 88% en 82% voor 65-plussers.

De AUC van de diagnostische beslisregel van Grijseels (mannelijk geslacht, uitstraling van de thoracale pijn en vegetatieve verschijnselen) was 0,66 (95%-BI 0,58 tot 0,73). In combinatie met de H-FABP-test steeg dit naar 0,75 (95%-BI 0,68 tot 0,82). De kalibratie van beide modellen was goed.

De huisarts verwees 218 deelnemers (73%) naar het ziekenhuis. Het panel constateerde dat 66 deelnemers een ACS hadden. Van deze 66 had de huisarts er 61 (92%) verwezen, de overige 5 hadden alle een negatieve H-FABP-uitslag. Drie van deze 5 hadden een verhoogd troponine en ST-elevaties op het ECG. Het panel lichtte de huisartsen hierover zo snel mogelijk in en één deelnemer werd alsnog direct naar het ziekenhuis verwezen, de twee anderen bleven thuis gezien de korte levensverwachting door bijkomende comorbiditeit. De beide andere niet-verwezen patiënten hadden volgens het panel instabiele angina pectoris (geen verhoogde troponineconcentratie). Een van hen kreeg binnen een maand alsnog een hartinfarct, de ander had geen klachten meer in de maand na de gebeurtenis.

Bij 235 patiënten (79%) kon de uitslag van de H-FABP-test afgelezen worden. Bij 63 patiënten (21%) was de testuitslag onduidelijk of was het voor de huisarts onduidelijk of er op de teststrip inderdaad een rode lijn verscheen. Bij 38 van hen (60%) werd een tweede sneltest afgenomen, waarna 29 uitslagen (76%) alsnog duidelijk waren. Uiteindelijk bleef de testuitslag onduidelijk bij 34 (11%) patiënten.

Tabel 3 Diagnostische accuratesse van de H-FABP-sneltest per tijdsinterval

	0-6 uur	(95%-BI)	0-24 uur	(95%-BI)
Positief voorspellende waarde	72%	(55 tot 84%)	65%	(50 tot 78%)
Negatief voorspellende waarde	83%	(77 tot 88%)	85%	(80 tot 88%)
Sensitiviteit	43%	(31 tot 57%)	39%	(29 tot 51%)
Specificiteit	94%	(89 tot 97%)	94%	(90 tot 96%)

H-FABP	0-6 uur		0-24 uur	
	ACS+	ACS−	ACS+	ACS−
≥ 7 ng/ml	23	9	26	14
< 7 ng/ml	30	147	40	218

ACS+ = acuut coronair syndroom; ACS− = geen acuut coronair syndroom.

DISCUSSIE

Bij een prevalentie (oftewel priorkans) van ACS in de onderzochte populatie van 22% is de positief en negatief voorspellende waarde van de H-FABP-sneltest voor ACS, met een afkappunt van 7 ng/ml respectievelijk 65% en 84%. Eerdere onderzoeken met de Cardiodetect® hadden een vergelijkbaar resultaat, met positief en negatief voorspellende waarden van 63-100% respectievelijk 47-97%.[11-16] Deze onderzoeken zijn echter niet rechtstreeks te vergelijken, vanwege verschillen in de samenstelling van de deelnemersgroep, de ernst van het ACS en de priorkans op ACS (13 tot 64%).[17]

Ons onderzoek laat zien dat de H-FABP-sneltest toegevoegde waarde heeft bovenop de anamnese, maar omdat huisartsen liefst niemand met een ACS willen missen is 15% foutnegatieve uitslagen te hoog. Wij vinden dan ook dat de H-FABP-sneltest niet kan worden gebruikt om ACS uit te sluiten in de huisartsensetting. Of de test bij een veel lager afkappunt wel bruikbaar zou zijn, is de vraag. Het aantal foutpositieven zou dan wel toenemen.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt is dat we ons onderzoek in de huisartsensetting hebben uitgevoerd, daar waar de grootste behoefte aan verbetering aan diagnostiek ligt. Een tekortkoming is dat de huisartsen geen ervaring hadden met het uitvoeren van de test.

CONCLUSIE

De H-FABP-sneltest met een afkappunt van 7 ng/ml kan niet worden aanbevolen in de huisartsenpraktijk. De test heeft weliswaar toegevoegde diagnostische waarde bij verdenking op een ACS, maar is onvoldoende om ACS veilig te kunnen uitsluiten.

DANKWOORD

Wij danken alle deelnemers, Saltro Utrecht en de deelnemende huisartsen, assistentes en chauffeurs van de huisartsenposten voor hun bijdrage. ■

LITERATUUR

1 Culic V, Eterovic D, Miric D, Silic N. Symptom presentation of acute myocardial infarction: Influence of sex, age, and risk factors. Am Heart J 2002;144:1012-7.
2 Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology; Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007;28:1598-660.
3 Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, Jr., et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. J Am Coll Cardiol 2007;50:e1-e157.
4 Broer J, Bleeker JK, Bouma J, De Jongste MJ, Erdman RA, Meyboom-de Jong B. Regionale verschillen in de tijd tot ziekenhuisopname bij patiënten met een acuut myocardinfarct; Rotterdam en Groningen, 1990-1995. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144:78-83.
5 Hitchcock T, Rossouw F, McCoubrie D, Meek S. Observational study of prehospital delays in patients with chest pain. Emerg Med J 2003;20:270-3.
6 Glatz JF, Van der Vusse GJ, Simoons ML, Kragten JA, Van Dieijen-Visser MP, Hermens WT. Fatty acid-binding protein and the early detection of acute myocardial infarction. Clin Chim Acta 1998;272:87-92.
7 Pelsers MM, Hermens WT, Glatz JF. Fatty acid-binding proteins as plasma markers of tissue injury. Clin Chim Acta 2005;352:15-35.
8 Chan CP, Sum KW, Cheung KY, Glatz JF, Sanderson JE, Hempel A, et al. Development of a quantitative lateral-flow assay for rapid detection of fatty acid-binding protein. J Immunol Methods 2003;279:91-100.
9 Bruins Slot MH, Van der Heijden GJ, Rutten FH, Van der Spoel OP, Mast EG, Bredero AC, et al. Heart-type Fatty acid-binding protein in Acute Myocardial infarction Evaluation (FAME): background and design of a diagnostic study in primary care. BMC Cardiovasc Disord 2008;8:8.
10 Grijseels EW, Deckers JW, Hoes AW, Boersma E, Hartman JA, Van der Does E, et al. Implementation of a pre-hospital decision rule in general practice. Triage of patients with suspected myocardial infarction. Eur Heart J 1996;17:89-95.
11 Ecollan P, Collet JP, Boon G, Tanguy ML, Fievet ML, Haas R, et al. Pre-hospital detection of acute myocardial infarction with ultra-rapid human fatty acid-binding protein (H-FABP) immunoassay. Int J Cardiol 2007;119:349-54.
12 Alhashemi JA. Diagnostic accuracy of a bedside qualitative immunochromatographic test for acute myocardial infarction. Am J Emerg Med 2006;24:149-55.
13 Lefevre G, Fayet JM, Graine H, Berny C, Maupas-Schwalm F, Capolaghi B, et al. Évaluation multicentrique du dosage semi-quantitatif de la h-FABP (Cardio Detect®) au laboratoire central : intérêt dans le diagnostic de l'infarctus du myocarde. Ann Biol Clin 2007;65:377-84.
14 Mad P, Domanovits H, Fazelnia C, Stiassny K, Russmuller G, Cseh A, et al. Human heart-type fatty-acid-binding protein as a point-of-care test in the early diagnosis of acute myocardial infarction. QJM 2007;100:203-10.
15 Naroo GY, Ali SM, Butros V, Al Haj A, Mohammed I, Alosert M, et al. Elevated heart-type fatty acid-binding protein predicts early myocardial injury and aids in the diagnosis of non-ST elevation myocardial infarction. Hong Kong Journal of Emergency Medicine 2009;16:141-7.
16 Valle HA, Riesgo LG, Bel MS, Gonzalo FE, Sanchez MS, Oliva LI. Clinical assessment of heart-type fatty acid binding protein in early diagnosis of acute coronary syndrome. Eur J Emerg Med 2008;15:140-4.
17 Bruins Slot MHE, Van der Heijden GJMG, Stelpstra SD, Hoes AW, Rutten FH. Point-of-care tests in suspected myocardial infarction: a systematic review. Int J Card 2013;168:5355-62.

Foto's gezocht voor rubriek Uw diagnose

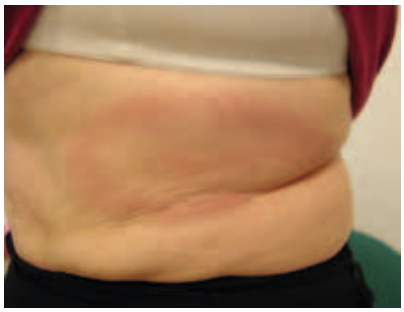
Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding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

Een vrouw van 50 jaar heeft sinds enkele weken een ronde, rode, groeiende plek op haar rug. Ze weet niet waardoor dit komt en heeft geen koorts. Wat is uw diagnose?

a. Cellulitis
b. Erythema exsudativum multiforme
c. Ringworm
d. Erythema migrans

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

Fotoquiz van de maand juli



Jochen Cals

COMMENTAAR

Acuut coronair syndroom: klinische blik niet bij het oud ijzer

De patiënt uit het boekje. Weet u nog? Een casusbeschrijving van een patiënt met klachten die passen bij de klassieke presentatie van een aandoening. In mijn geneeskundeopleiding werd de meeste casuïstiek opgehangen aan de klassieke patiënt. Zo had de patiënt met appendicitis altijd loslaatpijn en zaten de psoriasisplekken altijd netjes op de elleboog of knie. Cardiologie leerden we aan de hand van een patiënt met pijn op de borst. Een man natuurlijk, die drukkende pijn had, alsof er een olifant op stond. Geen neushoorn, zult u vragen? Nee, een olifant, dat was het klassieke beeld. Gelukkig leer je later dat het in de huisartsenpraktijk vooral typisch is dat je de typische patiënt zelden tegenkomt. Dat maakt het vak veel leuker, maar niet per se gemakkelijker. Als de mogelijke aandoening ernstig is, dan is de uitdaging het grootst. Aanvullende diagnostiek zal daarbij een steeds grotere rol spelen, ook in de eerste lijn. Het acuut coronair syndroom (ACS) is daarvan een treffend voorbeeld.

(G)OUDE(N) STANDAARD IN ONTWIKKELING

Juist bij een acute aandoening is de werkdiagnose van de huisarts een belangrijke stap in het besliskundig proces, want de daaruit voortvloeiende acties zijn cruciaal voor de prognose van de patiënt. De afgelopen decennia is grote vooruitgang geboekt in de diagnostiek en de behandeling van het acuut coronair syndroom, waarop de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom ook volledig is toegespitst.[1] De European Society of Cardiology (ESC) beschrijft dat voor patiënten met een myocardinfarct met ST-elevatie (STEMI) de behandelvoorkeur uitgaat naar primaire percutane coronaire interventie (PCI) binnen 90 minuten na het eerste patiëntcontact,[2] en dat blijkt in Nederland goed haalbaar. Dat 'vlaggend' ECG herkennen we goed en steeds meer huisartsen(posten) beschikken over ECG-apparatuur. Maar met een ECG-apparaat alleen zijn we er niet, want het merendeel van de myocardinfarcten wordt tegenwoordig veroorzaakt door niet-ST-segment verhoogd myocardinfarct (NSTEMI). De gouden standaard diagnose is in de tijd verschoven van een klinische diagnose naar een klinische diagnose mét een troponinestijging en al dan niet met ECG-veranderingen.[3] Opvallend is dat de klinische uitkomst van STEMI en NSTEMI – zoals de prognose na 1 jaar – dezelfde is, ondanks verschillende behandelstrategieën.[4] In beide gevallen geldt: tijd is hartspier. Dat maakt snelle actie noodzakelijk. We willen dus beide groepen patiënten goed verwijzen, met de beperkte middelen die we in de eerste lijn hebben. De juist verwezen patiënten profiteren daarvan door genezing, minder morbiditeit, langere overleving en betere kwaliteit van leven. De onjuist verwezen patiënten gaan met loeiende sirene het ziekenhuis in en komen vaak diezelfde dag nog met de stadsbus naar huis, vol met indrukken, angstig en een forse ziektekostenrekening rijker.

NIEUWE HARTMERKSTOFFEN

De gouden standaard voor de diagnose acuut myocardinfarct is weefselschade. Ook bij afwezigheid van ECG-afwijkingen wordt de diagnose NSTEMI gesteld door weefselschade aan te tonen met hartmerkstoffen, waarvan we de cardiale troponine het best kennen vanuit de tweede lijn. Volgens de regels van de wetenschap is onze klinische blik vaak ontoereikend om die weefselschade aan te tonen of uit te sluiten. Alleen pijn die kan worden opgewekt door palpatie van de thorax sluit ACS goed uit in een setting met een lage verdenking.[5] We kunnen dus wel wat hulp gebruiken. Huisarts Madeleine Bruins Slot en haar team onderzochten de diagnostische waarde van een nieuwe sneltest – het hart-type vetzuurbindend eiwit (Engelse afkorting H-FABP) – bij de verdenking acuut coronair syndroom in de huisartsenpraktijk, waarvan de bevindingen in dit nummer staan.[6] De eigenschappen van de H-FABP-sneltest lijken goed: een snelle test uit een vingerprik (15 minuten) en het stofje is al kort (1 uur) nadat de patiënt pijn-op-de-borstklachten heeft in bloed aantoonbaar.

In haar onderzoek werd 73% van de 336 patiënten verwezen. Uiteindelijk bleek 22% van de verwezen patiënten ACS te hebben. Wat betreft de klinische blik: 92% van de patiënten met ACS werden terecht verwezen door de huisarts. De H-FABP-sneltest verbeterde de diagnostiek wel degelijk, met een positief voorspellende waarde van 65%. De negatief voorspellende waarde was echter 'maar' 84%. Als we dus alleen op de sneltest zouden afgaan – en ons verwijsbeleid hier volledig vanaf laten hangen – dan zouden we 1 op de 6 patiënten met ACS ten onrechte thuislaten. De auteurs concluderen met recht dat de test met dit afkappunt voor 'uitsluiten' (waarbij je een hoge mate van zekerheid wilt) ongeschikt is voor gebruik in de huisartsenpraktijk. Mogelijk levert een lager afkappunt een betere negatief voorspellende waarde op. Dat wordt momenteel in de regio's Maastricht, Leuven en Den Bosch onderzocht in het Rapida-onderzoek.[7] Het blijft afwachten hoeveel foutpositieven een nieuw afkappunt oplevert. Zo gaat de zoektocht naar een geschikte sneltest voor weefselschade van het hart door. De geschikte test is er nog niet, maar mogelijk kan deze nieuwe H-FABP of een hoogsensitieve troponine onze onzekerheid bij patiënten met thoracale klachten die korter duren dan 6 uur, verder verkleinen.[8]

DE KLINISCHE BLIK

Bij onderzoek naar nieuwe (sneltest)diagnostiek zou het verstandig zijn om vooraf te bepalen wat we een acceptabele marge vinden om te missen. Laten we niet vergeten dat we met onze anamnese en lichamelijk onderzoek, inclusief contextu-

Universiteit Maastricht, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. J.W. Cals, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: j.cals@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

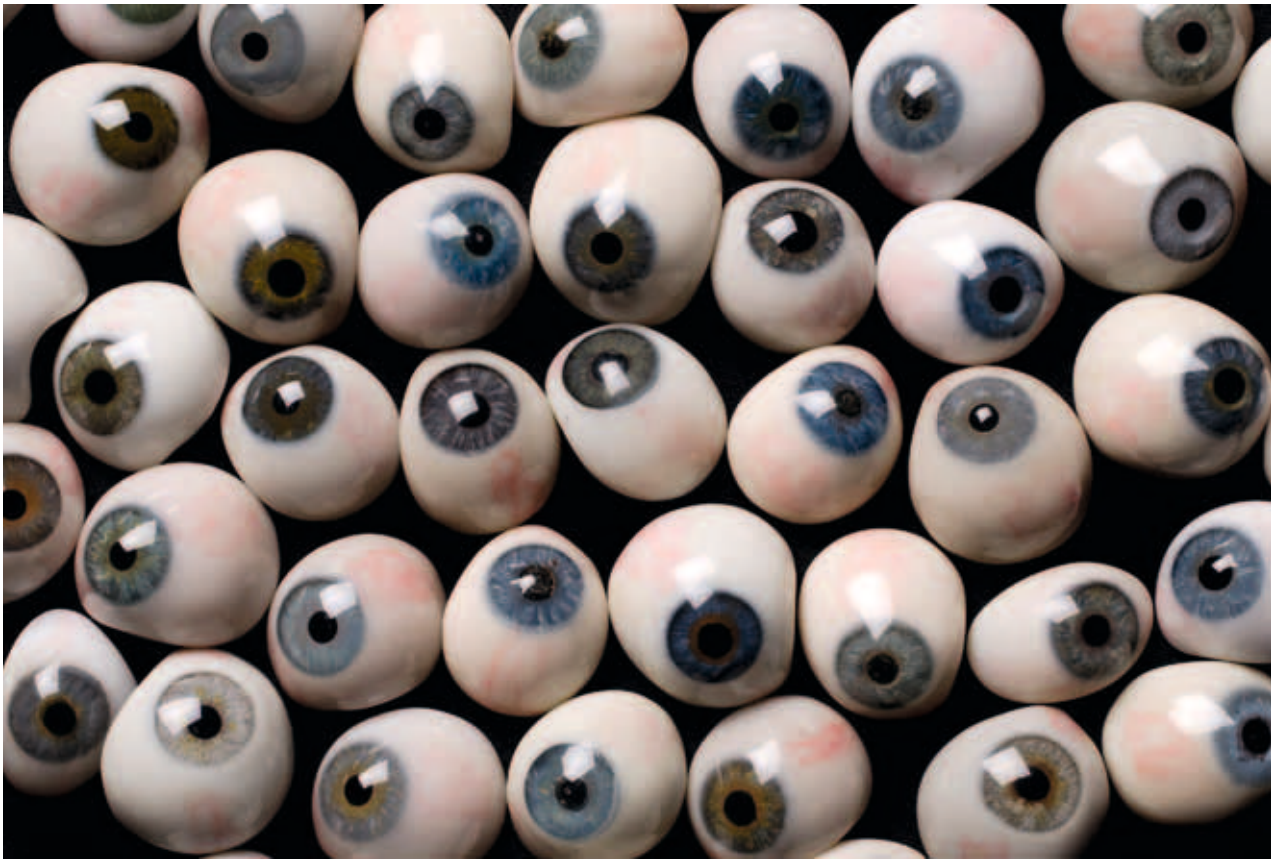


Foto: Marc de Haan/Hollandse Hoogte

ele factoren, ook zaken missen. Dat gebeurt ook in ziekenhuizen, ondanks alle verfijnde diagnostiek. Perfecte testen zijn er niet, maar naar gelang de aandoening ernstiger is, zullen de eisen aan de test toenemen, en zal de verwijsdrempel laag blijven liggen. De (invasieve) behandelingsmogelijkheden voor ACS zijn groter dan vroeger, en die willen we onze patiënten niet onthouden, maar we willen de Eerste Harthulp ook niet overspoelen met patiënten met refluxklachten of myogene pijn. In de nabije toekomst zullen nieuwe hartmerkstoffen ook geschikt en beschikbaar worden in de eerste lijn. Training in de interpretatie van die waardes is dan zeer belangrijk.[9] Tot die tijd, en ook na die tijd, hoeft onze klinische blik zeker niet bij het oud ijzer. De ontwikkelingen in diagnostiek, gouden standaard en behandelopties, maakt wel dat we onze klinische blik, al dan niet met extra kennis uit aanvullend onderzoek, zullen moeten blijven oppoetsen. ■

LITERATUUR

1 Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55: 564-70.
2 Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andeotti F, Arden C, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013;34:2949-3003.
3 Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Third universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J 2012;33:2551-67.
4 Montalescot G, Dallongeville J, Van Belle E, Rouanet S, Baulac C, Degrandsart A, et al. STEMI and NSTEMI: are they so different? 1 year outcomes in acute myocardial infarction as defined by the ESC/ACC definition (the OPERA registry). Eur Heart J 2007;28:1409-17.
5 Bruyninckx R, Aertgeerts B, Bruyninckx P, Buntinx F. Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute coronary syndrome: a diagnostic meta-analysis. Br J Gen Pract 2008;58:105-11.
6 Bruins Slot MH, Rutten FH, Van der Heijden GJ, Doevendans P, Mast G, Bredero O, et al. De H-FABP-sneltest bij verdenking op acuut coronair syndroom. Huisarts Wet 2014;57:338-41.
7 http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01826994.
8 Bruins Slot MH, Van der Heijden GJ, Stelpstra SD, Hoes AW, Rutten FH. Point-of-care tests in suspected acute myocardial infarction: a systematic review. Int J Cardiol 2013;168:5355-62.
9 Cals JWL, Van Weert HCPM. Sneltests: hoop of hype? Huisarts & Wetenschap 2011;54:543-47.

Birgit Brinkman, Kornelis van Hateren, Nanne Kleefstra, Sebastiaan Houweling, Klaas Groenier, Henk Bilo

ONDERZOEK

Vragenkaartjes voegen niet veel toe aan het consult

Samenvatting

Brinkman BS, Van Hateren KJ, Kleefstra N, Houweling ST, Groenier KH, Bilo HJ. Vragenkaartjes voegen niet veel toe aan het consult. Huisarts Wet 2014;56(7):344-6.

ACHTERGROND Het goed uitvragen van de hulpvraag is een belangrijk element in de communicatie tussen huisarts en patiënt. Buitenlands onderzoek naar het effect van vragenkaartjes, flyers en vragenlijsten op de patiënttevredenheid laat wisselende resultaten zien.

METHODE In twee plattelandspraktijken en één stadspraktijk in het oosten van Nederland voerden wij een enkelblind gerandomiseerd onderzoek uit, waarbij de patiënten geblindeerd werden. Patiënten die met een nieuw probleem op consult kwamen en die toestemden in deelname, randomiseerden we in een interventie- en een controlegroep. Alle deelnemers kregen algemene informatie over patiënttevredenheid, de interventiegroep kon daarnaast de hulpvraag invullen op een kaartje. De huisarts begon dan het consult met dit vragenkaartje. Na afloop van het consult maten wij patiënttevredenheid met behulp van de Consultation Satisfaction Questionnaire (subschaal Professional care) en een visueel analoge schaal.

RESULTATEN In totaal randomiseerden we 210 patiënten. De mediane score op de subschaal Professional Care (bereik 0-100) bedroeg in beide groepen 92,9 punten; er was geen verschil in tevredenheid.

CONCLUSIE Het invullen van de hulpvraag op een vragenkaartje voor aanvang van het consult vergroot de patiënttevredenheid niet.

INLEIDING

Patiënttevredenheid is een belangrijke patiëntgebonden uitkomst van de gezondheidszorg.[1] Men beschouwt het goed uitvragen van de hulpvraag als essentieel onderdeel van goede communicatie, en die heeft op zijn beurt grote invloed op de patiënttevredenheid. In onderzoeken naar patiënttevredenheid heeft men patiënten voorafgaand aan een consult vragenkaartjes, flyers of vragenlijsten laten invullen om hen een actieve rol te geven tijdens het consult.[2-6] De resultaten waren wisselend. Eén onderzoek vond een positief effect op de patiënttevredenheid, ten koste van een langere duur van de consulten.[2] Vanwege de wisselende resultaten en de wisselende methodologische kwaliteit van de genoemde onderzoeken hebben wij het huidige onderzoek opgezet. Ons primaire doel was te onderzoeken in hoeverre het de patiënttevredenheid zou verhogen als de patiënt voor aanvang van het consult een vragenkaartje invulde waarop de huisarts tijdens het consult nader kon ingaan.

METHODE

Deelnemers

Het onderzoek is opgezet als een enkelblind gerandomiseerd onderzoek waarbij de deelnemers geblindeerd waren voor de interventie. Tussen januari en maart 2011 rekruteerden wij deelnemers in 2 plattelandspraktijken (5 huisartsen) en 1 stadspraktijk (4 huisartsen) in de regio Zwolle. Inclusie en randomisatie werden in alle praktijken gedaan door één van de auteurs (BSB), die gedurende 5 dagen aanwezig was in de stadspraktijk en 6 dagen in beide plattelandspraktijken. Alle patiënten die een afspraak maakten voor een nieuw probleem kregen het verzoek deel te nemen aan een onderzoek naar patiënttevredenheid. Er was geen leeftijdslimiet. Exclusiecriteria waren verstandelijke beperking, geen of slechte beheersing van de Nederlandse taal, analfabetisme en beperkte visus. Voor de randomisatie (in blokken van 10) werden gesloten, ondoorzichtige enveloppen gebruikt.

Dit onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van de Isala Klinieken te Zwolle. Alle deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven.

Interventie

Patiënten in de interventiegroep kregen een envelop met algemene informatie over het onderzoek, plus een kaartje waarop zij één of twee vragen met betrekking tot de hulpvraag konden opschrijven voordat ze de spreekkamer ingingen. De patiënten in de controlegroep kregen een envelop met alleen de algemene informatie. Alle patiënten kregen de instructie

Wat is bekend?

- Het is aannemelijk dat het goed uitvragen van de hulpvraag bijdraagt aan de patiënttevredenheid.
- De uitkomsten van (vooral buitenlands) onderzoek naar het vooraf opschrijven van de hulpvraag laten geen eenduidige conclusie toe.

Wat is nieuw?

- De tevredenheid van patiënten was in de onderzochte praktijken al heel hoog.
- Het invullen van een vragenkaartje voorafgaand aan het consult draagt niet bij aan de patiënttevredenheid en heeft geen effect op de duur van het consult.

Isala, Diabetes kenniscentrum, Dr. van Heesweg 2, 8025 AB Zwolle: B.S. Brinkman, huisarts-in-opleiding; dr. K.J.J. van Hateren, huisarts; dr. N. Kleefstra, arts-onderzoeker (tevens Onderzoeksgroep Langerhans, Zwolle en UMCG, Groningen); prof.dr. H.J.G. Bilo, internist (tevens UMCG, Groningen). Onderzoeksgroep Langerhans, Zwolle: dr. S.T. Houweling, huisarts (tevens Huisartsenpraktijk Sleeuwijk, Sleeuwijk). UMCG, Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. K.H. Groenier, universitair docent Statistiek en Kansrekening • Correspondentie: k.j.j.van.hateren@isala.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • Onderzoeksregistratie clinicaltrials.gov NCT01466140.

De auteurs Brinkman en Van Hateren hebben in gelijke mate bijgedragen aan het manuscript.

Dit artikel is een vertaling van Brinkman BS, Van Hateren KJ, Kleefstra N, Houweling ST, Groenier KH, Bilo HJ. Effects of writing down the request for help: A randomized controlled trial. Eur J Gen Pract 2013 Nov 13. [Epub ahead of print]. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

om de envelop aan het begin van het consult aan de huisarts te overhandigen. Bij patiënten uit de interventiegroep begon de huisarts het consult met de vragen op het vragenkaartje.

Metingen

De huisarts gaf aan het eind van het consult op een vragenlijst aan om welk type consult het ging (kleine kwaal, psychosociaal, geruststelling, anders) en hoe lang het duurde, en scoorde de eigen tevredenheid op een visueel analoge schaal (VAS). Demografische karakteristieken van de deelnemers, hun medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en het aantal consulten gedurende één maand follow-up verkregen we uit het elektronisch patiëntendossier. De deelnemers gaven na het consult aan wat hun hoogst genoten opleiding was, scoorden hun tevredenheid op een VAS en vulden de Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ) in, die speciaal voor dit onderzoek is vertaald volgens de WHO-criteria.[7] De CSQ heeft vier subschalen: *General satisfaction* (algemene tevredenheid; 3 items), *Depth of relationship* (kwaliteit van het contact; 5 items), *Perceived time* (ervaren duur; 3 items) en *Professional care* (professionele zorg; 7 items).[1] De laatste subschaal hebben we gebruikt om de patiënttevredenheid met betrekking tot het consult zelf te bepalen; zij bevat vragen over het lichamelijk onderzoek, over de informatie die de huisarts gaf aangaande de aandoening en behandeling, of de patiënt het met de huisarts eens is en in hoeverre de patiënt zich als een individu voelt behandeld. Wij drukten de score op de vragenlijst uit als percentage van de maximale score (0-54 op de totale CSQ, 0-21 op de subschaal Professional care).

Uitkomstvariabelen

De primaire uitkomstvariabele van dit onderzoek was patiënttevredenheid, gemeten op de subschaal Professional care van de CSQ.[1] Secundaire uitkomstvariabelen waren de patiënttevredenheid gemeten met de VAS, de tevredenheid van de huisarts, de consultduur, de scores op de andere CSQ-subschalen en het aantal vervolgconsulten tijdens de follow-upperiode.

Analyse

Wij voerden de statistische analyse uit met SPSS, versie 18.0.3. We bepaalden het significantieniveau voor alle tests op 5%. Categorische variabelen vergeleken wij met behulp van de chikwadraattoets. Als scores niet normaal verdeeld waren, bepaalden wij de verschillen tussen de interventie- en de controlegroep met de mann-whitneytest. Voor de verschillen tussen de medianen bepaalden wij 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI).

In een eerder onderzoek bedroegen de standaarddeviaties (SD) op de subschaal Professional care 11,8% (interventiegroep) en 16,1% (controlegroep).[2] De onderzoekers vonden een verschil van 7,3 punten tussen beide groepen, terwijl hun onderzoek opgezet was om een verschil van 1,7 punten aan te tonen. Voor ons onderzoek zijn wij bij het bepalen van de groepsgrootte uitgegaan van SD 15%. Met een *power* van 90% en een α van 5% (tweezijdig) hadden we 196 deelnemers nodig om een verschil te vinden van 7 punten; we hebben in totaal 210 patiënten geïncludeerd.

RESULTATEN

Deelnemers

[**Tabel 1**] toont de basiskenmerken van de deelnemers. Aan het onderzoek hebben 209 patiënten deelgenomen; 1 patiënt konden we niet volgen doordat deze met de ambulance werd ingestuurd. Gegevens over vervolgconsulten en consultduur ontbraken voor respectievelijk 6 en 56 patiënten. In de interventiegroep was de gemiddelde leeftijd iets hoger dan in de controlegroep. Een mogelijk relevant verschil betrof macrovasculaire complicaties in de voorgeschiedenis (angina pectoris, myocardinfarct, percutane transluminale coronaire angioplastiek, coronary-artery bypass graft, perifeer vaatlijden, cerebrovasculair accident of transiënte ischemische aanval).

Uitkomsten

Zoals [**tabel 2**] laat zien, was de mediane score op de subschaal Professional care in beide groepen 92,9% (95%-BI 0 tot 3,6%). De mediane patiëntentevredenheid op de VAS was in beide groepen 9,0 op een schaal van 0-10 (95%-BI 8,0 tot 10,0). Wij zagen geen verschillen tussen de interventie- en de controlegroep voor wat betreft het aantal consulten in de follow-upperiode en de andere subschaalscores.

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat de patiënttevredenheid niet groter wordt als men de patiënt voorafgaand aan het huisartsconsult de hulpvraag laat invullen op een vragenkaartje. In het verleden hebben twee onderzoeken aangetoond dat de patiënttevredenheid verbetert als de huisarts de hulpvraag goed uitvraagt. In één van deze onderzoeken deed de huisarts dat aan de hand van een lijstje met standaardvragen. De patiënttevredenheid in de interventiegroep nam daardoor weliswaar toe, maar ook de duur van het consult nam toe met een

Tabel 1 Patiëntkenmerken

Variabele	Interventiegroep (n = 105)		Controlegroep (n = 104)	
Gemiddelde leeftijd, jaren (SD)	47,3	(17,4)	43,5	(18,1)
Mannelijk geslacht, n (%)	33	(31,4%)	37	(35,6%)
Opleidingsniveau, n (%)				
■ basisschool of minder	16	(16,3%)	13	(14,6%)
■ middelbaar onderwijs	52	(53,1%)	48	(53,9%)
■ vervolgonderwijs	30	(30,6%)	28	(31,5%)
Medicijnen, mediaan aantal (p25-p75)	1,0	(0,0-2,0)	1,0	(0,0-2,0)
Inschrijfduur, mediaan aantal jaren (p25-p75)	17,0	(8,5-47,0)	17,0	(7,0-33,0)
Consulten in het afgelopen jaar, mediaan aantal (p25-p75)	4,0	(1,0-6,0)	4,0	(1,0-7,0)
COPD/astma, n (%)	9	(8,7%)	9	(8,7%)
Diabetes mellitus, n (%)	7	(6,7%)	6	(5,8%)
Hypertensie in voorgeschiedenis, n (%)	14	(13,5%)	15	(14,6%)
Macrovasculaire complicaties*, n (%)	12	(11,5%)	5	(4,9%)
Soort consultatie, n (%)				
■ kleine kwaal	58	(56,9%)	61	(61,0%)
■ psychosociaal	10	(9,8%)	10	(10,0%)
■ geruststelling	18	(17,6%)	11	(11,0%)
■ overig	16	(15,7%)	18	(18,0%)

* Angina pectoris, myocardinfarct, percutane transluminale coronaire angioplastiek, coronary-artery bypass graft, perifeer vaatlijden, cerebrovasculair accident of transiënte ischemische aanval.

Tabel 2 Primaire en secundaire uitkomstmaten

Variabele	Interventiegroep (n = 105)	Controlegroep (n = 104)	95%-BI van het verschil
CSQ-totaalscore, percentage	88,1% (74,2-96,9)	88,1% (77,0-94,1)	−2,9 tot 3,6
CSQ subschaalscores:			
■ Professional care*	92,9% (85,7-100,0)	92,9% (82,1-100,0)	0,0 tot 3,6
■ General satisfaction	100,0% (75,0-100,0)	100,0% (75,0-100,0)	0,0 tot 0,0
■ Depth of relationship	80,0% (60,0-100,0)	75,0% (58,8-90,0)	0,0 tot 10,0
■ Perceived time	100,0% (66,7-100,0)	100,0% (79,2-100,0)	0,0 tot 0,0
Patiënttevredenheid, VAS-score	9,0 (8,0-10,0)	9,0 (8,0-10,0)	0,0 tot 0,0
Artstevredenheid, VAS-score	8 (7,0-8,0)	8 (7,0-8,0)	0,0 tot 0,0
Consultduur, minuten	8,0 (5,3-10,0)†	7,4 (5,0-10,3)‡	−1,0 tot 1,6
Vervolgconsult§, n (%)	20/103 (19,4%)	14/100 (14,0%)	−5,7 tot 16,3%

Waarden zijn mediaan (p25-p75), tenzij anders aangegeven.
95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; CSQ = Consultation Satisfaction Questionnaire; VAS = visueel analoge schaal (0-10 punten).
* Primair eindpunt.
† n = 79/105.
‡ n = 74/104.
§ Vervolgconsult binnen een maand voor hetzelfde probleem.

minuut.[2] In het andere onderzoek bleek de tevredenheid van patiënten die waren aangemoedigd hun hulpvraag te formuleren eveneens toegenomen, maar dit gold alleen voor korte consulten.[3] Daartegenover staan drie andere onderzoeken die geen effect vonden.[4-6] Slechts één van deze drie onderzoeken was dubbelblind gerandomiseerd.[5] Het lijkt erop dat de beschreven interventies (vragenkaartjes, folders of vragenlijsten) die gebruikt werden om de hulpvraag duidelijker te krijgen niet resulteren in een toename van de patiënttevredenheid.

Er zijn verschillende verklaringen waarom wij geen gunstig effect konden aantonen. Allereerst, en dat geldt ook voor andere onderzoeken, was de patiënttevredenheid in ons onderzoek aan het begin al hoog zodat een eventueel extra effect van de interventie lastig meetbaar is. Ten tweede kan het zijn dat de deelnemende huisartsen de hulpvraag altijd al goed uitvroegen, want huisartsen-in-opleiding oefenen daar veel op.[8] Verder is het niet onmogelijk dat de deelnemende huisartsen meer gemotiveerd waren om de hulpvraag in beide groepen goed uit te vragen, juist omdat ze meededen aan dit onderzoek. Tot slot kan er sprake zijn geweest van selectiebias op praktijkniveau, aangezien de patiëntenpopulatie bestond uit relatief hoogopgeleide mensen, die hun hulpvraag goed kunnen uiten en voor wie een vragenkaartje dus weinig meerwaarde heeft.

Sterke punten van ons onderzoek waren de grootte van de deelnemersgroep en het feit dat het een enkelblind gerandomiseerd onderzoek was. Het was niet mogelijk om de huisartsen ook te blinderen, omdat zij de enveloppen van de patiënten kregen. We hadden kunnen kiezen voor een andere opzet, waarbij ook de patiënten in de controlegroep een vragenkaartje moesten invullen. Wij wilden onze interventie echter vergelijken met de dagelijkse praktijk.

Als zwak punt noemden wij al de mogelijkheid van selectiebias. Er zijn nog diverse andere beperkingen. Ten eerste hadden we de deelnemers aan het eind van het consult nog kunnen vragen of hun vragen beantwoord waren. Ten tweede werd van 56 patiënten de consultduur niet opgetekend, waardoor geen betrouwbare uitspraak kunnen doen over die duur. Een derde en laatste beperking is dat wij alle patiënten geïncludeerd hebben die met een nieuw probleem bij de huisarts kwamen. We moeten toegeven dat het belangrijker is de hulpvraag goed uit te vragen als er ongerustheid bestaat over een mogelijk ernstige aandoening dan wanneer het om een kleine kwaal gaat. In ons onderzoek betrof de meerderheid van de consulten (rond de 60%) juist zo'n kleine kwaal, waarbij de hulpvraag meestal duidelijker is en een vragenkaartje dus minder toegevoegde waarde heeft.

CONCLUSIE

De patiënttevredenheid over een huisartsconsult neemt niet toe als men de patiënt voorafgaand aan het consult een vragenkaartje laat invullen.

DANKWOORD

De auteurs willen de volgende praktijken en huisartsen bedanken voor hun deelname aan ons onderzoek: huisartsenpraktijk Westerbeek en Tan-Koning, Giethoorn: R.D. Westerbeek, H. Tan-Koning; huisartsenpraktijk Kolderveen, Nijeveen: P. Speelman, R. Poutsma; huisartsenpraktijk De Linden, Zwolle: Chr. Meyer, C.R Meeder, H.J.W. Pruijs, A.N.J. Brizar-Zuurmond. Huisartsenpraktijk Huisartsen Sleeuwijk heeft geholpen bij de voorbereidingen, de auteurs bedanken R.J.P. de Gardeyn, M.F.M. Hoogstraten, S.T. Houweling en M. Biewenga. ■

LITERATUUR

1 Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. Br J Gen Pract 1990;40:487-90.
2 McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: A randomized controlled trial of different approaches by the doctor. Br J Gen Pract 2004;54:663-6.
3 Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J, et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. BMJ 2004;328:441.
4 Hornberger J, Thom D, MaCurdy T. Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patients' concerns in primary care. J. Gen Intern Med 1997;12:597-606.
5 McCann S, Weinman J. Empowering the patient in the consultation: A pilot study. Patient Educ Couns 1996;27:227-34.
6 Albertson G, Lin CT, Schilling L, Cyran E, Anderson S, Anderson RJ. Impact of a simple intervention to increase primary care provider recognition of patient referral concerns. Am J Manag Care 2002;8:375-81.
7 World Health Organisation. Management of substance abuse: Process of translation and adaptation of instruments [internet]. Geneva: WHO, geraadpleegd december 2010.
8 Baarveld F, Bottema BJAM. Raamcurriculum huisartsopleidingen. Utrecht: SVUH, 2005.

Hope bias

Het protocol voor een wetenschappelijk onderzoek moet worden geschreven door een genie (u dus) maar het onderzoek moet worden uitgevoerd door een blind paard (uw vijand dus). Alleen zo kunt u vertekening, questionable research practices en fraude voorkomen. Wel is het lastig dat uw vijand dan noodgedwongen tweede auteur wordt en u voor het volgende onderzoek op zoek moet naar een ander blind paard.

De belangrijkste, maar weinig onderkende bedreiging van wetenschappelijk onderzoek is misschien wel de *hope bias*: niemand begint een onderzoek zonder hoop op een goede afloop. Veel andere vormen van vertekening zijn een eerste of tweede afgeleide van die hope bias, en de enige manier om die tegen te gaan, is hem te neutraliseren door iemand die het onderzoek volstrekt geen warm hart toedraagt, die geen enkel belang heeft bij het welslagen van uw onderneming, en die deze liever ziet mislukken dan slagen.

De kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek, zo leert reeds de vluchtigste rondgang door de Cochrane-bibliotheek, wordt het meest bedreigd door mislukte blindering. Er is bijna geen meta-analyse te vinden waarin niet de kolom 'blindering' de meeste rode stippen krijgt: het risico op bias door onvolledige blindering achtten de meta-analytici hoog. Blindering is de zwakke stee in misschien wel elk wetenschappelijk onderzoek.

Natuurlijk, bij chirurgische ingrepen, zoals knieoperaties, is blindering moeilijk (al zijn er ingenieuze oplossingen voor bedacht), maar de Captopril Prevention Trial is het andere uiterste: daarin moeten een of meer onderzoekers geregeld stiekem in de randomisatie-enveloppen hebben gekeken om ervoor te zorgen dat hun ernstigste patiënten niet in de placebogroep terechtkwamen.[1]

En wie herinnert zich niet het onderzoek van de Franse immunoloog Jacques Benveniste, die in 1988 beweerde dat basofielen nog op homeopatische verdunningen van antigenen reageerden. Het groeide uit tot een enorme rel, maar een eenvoudige statistische analyse had direct duidelijk kunnen maken dat de tellingen in zijn lab, opzettelijk of onopzettelijk, onvoldoende geblindeerd waren. Over de te mooie uitkomsten van Gregor Mendel bij diens kruisingsproeven wordt nog steeds gedebatteerd, en in de sociale psychologie schijnt dit soort ingrepen bijna de normale gang van zaken te zijn – 'iedereen doet het'.

Diezelfde sociale psychologie leert ons ondertussen wel dat het voor onderzoekers onmogelijk is geheel vertekeningsvrij te werken. Er zijn eenvoudig te veel valkuilen. De grondlegger van de evidence-based medicine, David Sackett, onderscheidde al 35 soorten bias,[2] Bernard Choi en Anita Pak gaven er in hun artikel over in de *Encyclopedia of biostatistics*[3] al 65, later kwamen ze tot 109, plus nog eens 48 die in vragenlijsten kunnen sluipen. Op Wikipedia staat een voorproefje.[4]

De hope bias is het verschijnsel dat iedereen, bewust of onbewust, de resultaten in een zo goed mogelijk daglicht stelt. Niet alleen in wetenschappelijk onderzoek: dokters schijnen de neiging te hebben een akelig hoge hartslag van de jonggeborene altijd iets lager op te geven dan de apparatuur. In wetenschappelijk onderzoek kan deze al te menselijke neiging echter desastreus uitpakken: wie drie metingen moet doen (en wie moet dat tegenwoordig nu niet?) en weet dat volgens de onderzoekshypothese het gemiddelde zo laag mogelijk moet zijn, ontkomt bijna niet aan de neiging drie metingen te nemen die het laagste gemiddelde geven. Sommige waarden variëren niet alleen van hartslag tot hartslag, maar ook van uur tot uur, van middag naar avond, van lente naar winter. De keuze is onuitputtelijk, de geringste deblindering kan al leiden tot selectie.

En het effect van die vaak onbewuste selectie is veel sterker dan veelal wordt aangenomen. Matthew Shun-Shin en Darrell Francis lieten in een fraai artikel in 2012 zien hoe gemakkelijk niet-significante resultaten omslaan in significante puur door ogenschijnlijk onschuldige selectie.[4] Met het blote oog onzichtbare voorkeuren, afrondingen en bijstellingen in een enkele meting kunnen onderscheid aanbrengen tussen in feite identieke groepen; door hermeting en andere voorzorgen om bias te voorkomen, wordt het vaak alleen maar erger.

Shun-Shin en Francis geven in hun artikel ettelijke adviezen over het voorkomen en ondervangen van de hope bias – het belangrijkste is het advies dat aan het begin van deze column staat, maar dan iets netter geformuleerd: schrijf het protocol zodanig dat als uw ergste vijand het onverhoopt zou moeten uitvoeren, zij toch geen enkele kans zal zien het oneerlijk te laten verlopen. Alleen zo weet u zeker dat u het zelf ook niet kunt. ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

1 Peto R. Failure of randomisation by 'sealed' envelope. Lancet 1999;354:73.
2 Sackett DL. Bias in analytic research. J Chronic Dis 1979;32:51-63.
3 Armitage P, Colton T. Encyclopedia of biostatistics. New York: Wiley, 2104. http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/0470011815.
4 http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_cognitive_biases.
5 Shun-Shin M, Francis DP. Why are some studies of cardiovascular markers unreliable? The role of measurement variability and what an aspiring clinician scientist can do before it is too late. Prog Cardiovasc Dis 2012;55:14-24.

Sander Hilberink, Annelies Jacobs

BESCHOUWING

Hoe betrouwbaar is zelfrapportage van het rookgedrag bij COPD?

Samenvatting

Hilberink SR, Jacobs JE. Hoe betrouwbaar is zelfrapportage van het rookgedrag bij COPD? Huisarts Wet 2014;57(7):348-50.

Stoppen met roken is een cruciaal onderdeel van het behandelbeleid bij COPD: het vertraagt de achteruitgang van de longfunctie en het verbetert de prognose. Maar ondanks de overduidelijke relatie tussen roken en longklachten lukt het een deel van de rokers met COPD niet te stoppen. Een deel van hen geeft de huisarts foutieve informatie over hun rookgedrag. In deze beschouwing bespreken we de mogelijke oorzaken daarvan en geven we manieren hoe om te gaan met jokkende patiënten met COPD.

INLEIDING

COPD is een aan roken gerelateerde aandoening. Als een patiënt met COPD blijft roken, gaat de longfunctie sneller achteruit dan bij COPD-patiënten die niet roken. Daarom is stoppen met roken de belangrijkste behandeling voor rokende longpatiënten.[1-3] Maar hoe pak je dit in de praktijk aan? De effectiviteit van stoppen-met-rokeninterventies bij COPD-patiënten is ontmoedigend laag. Eén van de kwaliteitsindicatoren genoemd in de Zorgstandaard COPD is het registreren van de rookstatus van COPD-patiënten. In 2012 was in 41 zorggroepen bij gemiddeld 80% van de COPD-patiënten de actuele rookstatus vastgelegd.[4] Maar dan? Een deel van de patiënten lukt het te stoppen met roken, maar er zijn aanwijzingen dat 30 tot 40% nog rookt.[5,6]

Hoe betrouwbaar zijn deze getallen en zijn patiënten wel eerlijk over hun rookgedrag? In deze beschouwing gaan we in op de barrières waar zorgverleners in de eerste lijn tegenaan lopen als ze COPD-patiënten willen begeleiden tijdens een stoppen-met-rokeninterventie en hoe effectief deze interventies in de praktijk zijn. Wat zijn de alternatieven?

VERSLAVINGSZIEKTE

Rokende COPD-patiënten lijden niet alleen aan een longaandoening, maar ook aan een verslavingsziekte. Niet voor niets is nicotineafhankelijkheid opgenomen in de DSM-IV en gehandhaafd in diens opvolger, de DSM-5.[7,8] Volgens de DSM kan een roker als verslaafd aangemerkt worden wanneer voldaan wordt aan drie of meer criteria [**kader**]. Nicotine, het verslavende bestandsdeel in tabak, grijpt in op het autonome en centrale zenuwstelsel. Nicotine leidt tot het vrijkomen van adrenaline en dopamine in de hersenen, en stimuleert daarmee het beloningssysteem in dezelfde mate als heroïne en cocaïne.[9] Er zijn aanwijzingen dat rokers met COPD ernstiger nicotineafhankelijk zijn dan rokers zonder die aandoening,[10-12] maar ook gemotiveerder zijn om te stoppen met roken.[5] Een grotere ervaren ziektelast lijkt bij te dragen aan de motivatie om te stoppen.

Stoppen met roken gaat gepaard met ontwenningsverschijnselen en vereist het doorbreken van een lange periode van verslavingsgedrag, die bij rokers met COPD vaak meerdere decennia omspant. Daarbij kan het een bron van schaamte zijn dat men blijft roken ondanks de longproblemen. Omdat ondersteuning bij stoppen met roken centraal staat in de behandeling, is het belangrijk dat huisartsen betrouwbare informatie krijgen over het rookgedrag van hun patiënten met COPD. Dit is nodig om de effectiviteit van de stoppen-met-rokeninterventie te beoordelen en de behandeling hierop aan te passen. De hamvraag voor elke huisarts is dan ook: is deze patiënt succesvol gestopt met roken?

SMOCC

Recentelijk verschenen de resultaten van een gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van een stoppen-met-rokenprotocol in de huisartsenpraktijk voor rokers met COPD, getiteld Smoking Cessation of Patients with COPD (SMOCC).[13] De interventie bestond uit maximaal drie consulten met de huisarts, farmacologische ondersteuning en telefonische begeleiding van de stoppoging. Twaalf maanden na de introductie van het protocol zei 14,5% van de patiënten in de interventiegroep dat zij gestopt waren met roken, in de controlegroep was dit 7,4%. Dit verschil wees op een significant effect van de interventie. De onderzoekers vroegen patiënten die zeiden gestopt te zijn om urine in te leveren, en 70% gaf daaraan gehoor. De urine werd onderzocht op de aanwezigheid van cotinine, een afbraakproduct van nicotine; een gehalte van ≥ 50 ng/ml cotinine wees erop dat de patiënt nog rookte. Het urineonderzoek wees uit dat niet 14,5% maar slechts 7,5% van de interventiegroep daadwerkelijk was gestopt, en niet 7,4% maar 3,4% in de controlegroep.

In een aanvullend validatieonderzoek onder 60 COPD-patiënten die hadden aangegeven gestopt te zijn, werd daarop cross-sectioneel het 'jokpercentage' vastgesteld aan de hand

De kern

- Als COPD-patiënten jokken over hun rookgedrag moet men dat niet in de eerste plaats interpreteren als ondermijnend gedrag, maar als symptoom van hun rookverslaving.
- Intensievere begeleiding, hetzij in de huisartsenpraktijk, hetzij door gespecialiseerde verslavingszorg, kan een noodzakelijke volgende stap zijn om de rokende COPD-patiënt te ondersteunen bij stoppogingen.
- Het biochemisch objectiveren van zelfgerapporteerd stoppen is een instrument om jokkers van succesvolle stoppers te onderscheiden, maar moet binnen de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt in alle openheid worden toegepast.

Radboudumc, IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. S.R. Hilberink, psycholoog-onderzoeker (tevens Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie, Rotterdam); dr. J.E. Jacobs, medisch socioloog • Correspondentie: s.r.hilberink@hetnet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

***Criteria voor nicotineafhankelijkheid in de DSM*[7]**

- Tolerantie: (a) de behoefte aan steeds meer van het middel om het gewenste effect te bereiken, of (b) een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid.
- Onthouding, zoals blijkt uit (a) het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom of (b) hetzelfde middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te vermijden.
- Gebruik in grotere hoeveelheden of gedurende langere tijd dan bedoeld.
- Aanhoudende wens of pogingen zonder succes het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
- Een groot deel van de tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan het middel te komen, het te gebruiken (bijvoorbeeld kettingroken), of bij te komen van de gevolgen van het gebruik.
- Belangrijke activiteiten worden gestopt of verminderd door het gebruik van het middel.
- Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel.

van een korte vragenlijst die de deelnemers invulden bij het inleveren van hun urine.[14] Van degenen die aangaven gestopt te zijn, bleek 22% volgens de urineanalyse (gecontroleerd voor het gebruik van nicotinevervangende middelen) nog steeds te roken.

BEHANDELING

Zelfmanagement

Stoppen met roken hoort integraal onderdeel te zijn van de behandeling van COPD-patiënten. Daarbij wordt de inbreng van de patiënt, op basis van diens eigen verantwoordelijkheid voor het omgaan met de aandoening, steeds belangrijker gevonden. Informeren, het aangaan van een *partnership* met de patiënt en het vergroten en ondersteunen van diens vaardigheden zijn cruciale elementen in die benadering. COPD is echter niet goed te behandelen zolang de patiënt nog rookt, en gebrek aan stopmotivatie bij rokers met COPD is dan ook een enorme barrière voor het bedoelde zelfmanagement.[15]

Deze beschouwing leent zich niet voor kritische reflectie op het begrip 'zelfmanagement' en de vertaling ervan naar de praktijk. Wel willen we enkele kanttekeningen plaatsen bij de gedachtegang dat patiënten met COPD doelbewust hun behandeling ondermijnen doordat ze niet stoppen met roken. Recentelijk bleek dat 53% van de rokende COPD-patiënten het afgelopen jaar ten minste één stoppoging had ondernomen (ter vergelijking: in dezelfde periode had 26% van alle rokers in Nederland gepoogd te stoppen).[16-17] Van de rokers met COPD die willen stoppen betwijfelt echter 60% of hen dat daadwerkelijk zal lukken. Schaamte om het roken ondanks de longklachten kan het zoeken naar hulp ondermijnen,[18] maar toch maken rokers met COPD veel vaker gebruik van hulpmiddelen dan 'gezonde' rokers (41,7% tegenover 23,7% in dezelfde periode).[19] Er lijkt dus geen grond voor de aanname dat rokers met COPD geen extra moeite doen om hun rookgedrag aan te pakken.

Verslavingsziekte

Hoe moet men hiermee omgaan als behandelaar? Onze kanttekeningen zetten het 'jokken' van COPD-patiënten over hun rookgedrag in een ander licht. De jokkende patiënten, in ons onderzoek ongeveer eenvijfde, waren niet alleen persisterende rokers maar gaven ook onjuiste informatie aan de behandelaar. De literatuur stelt dat risicogroepen in het algemeen vaker jokken over hun rookgedrag dan rokers zonder chronische aandoening. Meedoen aan een stoppen-met-rokeninterventie lijkt de neiging van rokers met COPD tot onjuiste zelfrapportage te versterken: in een onderzoek zei 19% voor aanvang van de interventie niet te roken, na de interventie was dit maar liefst 52%.[20] Liegen (om dit woord dan toch maar te gebruiken) over de mate van middelengebruik is symptomatisch voor elke verslaving en het lijkt dan ook goed om rokers met COPD niet alleen maar te benaderen als patiënt met COPD, maar ook als patiënt met een verslavingsziekte.

Hoe zijn rokende COPD-patiënten het best te begeleiden?

Om te beginnen moeten huisartsen en praktijkondersteuners bedacht zijn op onjuiste zelfrapportage van rookgedrag. Vervolgens moeten zij dit interpreteren als symptoom in plaats van als ondermijnend gedrag. In de praktijk zijn er mogelijkheden om betrouwbare informatie te verkrijgen met behulp van biomarkers. Er is een aantal praktisch bruikbare instrumenten waarmee rookgedrag op een betrouwbare manier gemeten kan worden, zoals koolmonoxidemeters die rookgedrag in de afgelopen 24 uur detecteren aan de hand van CO in de adem, en dipsticks waarmee men de cotininespiegel in urine kan bepalen.[21] Deze instrumenten kunnen de kwaliteit van zorg verbeteren, mits aan een aantal voorwaarden voldaan wordt. De belangrijkste is wel om de controle op het rookgedrag in de context te plaatsen van de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt, dus het gebruik van biomarkers uitdrukkelijk te bespreken en met wederzijdse overeenstemming op te nemen in het behandelplan. Herhaaldelijk meten van het rookgedrag is slechts één onderdeel van een stoppen-met-rokeninterventie, daarnaast zijn ook motiverende interventies die de patiënt aanzetten tot een gezondere leefstijl noodzakelijk. Bij rokende COPD-patiënten is extra aandacht nodig voor angst en schaamte, en voor de mogelijkheid dat door de verslaving stoppen moeilijk of niet zal lukken.

Slechts een minderheid van de COPD-patiënten stopt bij een minimale interventie in de huisartsenpraktijk, dus voor de grote meerderheid van degenen die in principe willen

Abstract

Hilberink SR, Jacobs JE. How reliable is self-reported smoking in patients with COPD? Huisarts Wet 2014;57(7):348-50.

Stopping smoking is a crucial part of COPD management: it slows the deterioration of lung function and improves the prognosis. However, despite the clear association between smoking and pulmonary symptoms, some smokers with COPD do not succeed in stopping smoking. In addition, some of these patients give their general practitioner incorrect information about their smoking behaviour. This article discusses possible reasons for this and ways to cope with these 'fibbing' patients.

Foto: Bas de Meijer/Hollandse Hoogte

stoppen is een intensievere behandeling gewenst. Men kan daarbij denken aan groepstrainingen of aan intensievere persoonlijke begeleiding. Via www.rokeninfo.nl kan op postcode naar de beschikbare ondersteuning gezocht worden.

TOT SLOT

Patiënten met COPD die jokken over hun rookgedrag maken het de huisarts lastig om een goed behandelbeleid uit te stippelen. We pleiten ervoor dit jokken niet te interpreteren als ondermijnend gedrag, maar als symptoom van de rookverslaving. Het biochemisch objectiveren van zelfgerapporteerd stoppen is een bruikbaar instrument om jokkers van succesvolle stoppers te onderscheiden, mits het in alle openheid wordt toegepast binnen de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt. Intensievere begeleiding, hetzij in de huisartsenpraktijk, hetzij door gespecialiseerde verslavingszorg, kan een noodzakelijke volgende stap zijn om de rokende COPD-patiënt te ondersteunen bij stoppogingen. De behandeling van nog rokende COPD-patiënten is gebaat bij realistische verwachtingen omtrent de te behalen resultaten van beperkt intensieve stopinterventies in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Leuven/Manchester: GOLD, 2011-2014. http://www.goldcopd.org, geraadpleegd mei 2014.
2 Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (tweede herziening). Huisarts Wet 2007;50:362-79.
3 Salomé PhL, In 't Veen JCCM, Van Vliet M, Euving E, Göttgens W, Harms LM, et al. Zorgstandaard COPD. Amersfoort: LAN, 2013. http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-copd/, geraadpleegd mei 2014.
4 Klomp M, Romeijnders A, Roosenboom M, Vogelzang F, Bilo H, Van Althuis T, et al. Transparante ketenzorg diabetes mellitus, COPD en VRM: Rapportage zorggroepen over 2012. Utrecht: LOK, 2013. http://www.organisatieketenzorg.nl/over-zorggroepen, geraadpleegd mei 2014.
5 Hilberink SR, Jacobs JE, Schlösser M, Grol RPTM, De Vries H. Characteristics of patients with COPD in three motivational stages related to smoking cessation. Patient Educ Couns 2006; 61:449-57.
6 Smeele I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg. Huisarts Wet 2012;55:194-8.
7 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA, 2000.
8 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: APA, 2013.
9 Zijlstra FJ, Zaagsma J. Farmacologie van nicotine. In: Knol K, Hilvering C, Wagener DJT, Willemsen MC, redactie. Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding. Utrecht: Lemma, 2005.
10 Vozoris NT, Stanbrook MB. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma. Respir Med 2011;105:477-84.
11 Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. Thorax 2006; 61:1043-7.
12 Jiménez-Ruiz CA, Masa F, Miravitlles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, et al. Smoking characteristics: Differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. Chest 2001;119:1365-70.
13 Hilberink SR, Jacobs JE, Breteler MHM, De Vries H, Grol RP. General practice counseling for patients with chronic obstructive pulmonary disease to quit smoking: impact after 1 year of two complex interventions. Patient Educ Couns 2011;83:120-4.
14 Hilberink SR, Jacobs JE, Van Opstal S, Van der Weijden T, Keegstra J, Kempers PL, et al. Validation of smoking cessation self-reported by patients with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Gen Med 2011;4:85-90.
15 Kotz D, Van Litsenburg W, Van Duurling R, Van Schayck CP, Wesseling GJ. Smoking cessation treatment by Dutch respiratory nurses: reported practice, attitudes and perceived effectiveness. Patient Educ Couns 2008;70:40-9.
16 Baan D, Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD. Utrecht: Nivel, 2012. www.nivel.nl, geraadpleegd mei 2014.
17 Nagelhout GE. Trendpublicatie percentage rokers: Percentage rokers in de Nederlandse bevolking 1958-2011. Den Haag: Stivoro, 2012.
18 Wilson JS, Elborn JS, Fitzsimons D. 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. J Clin Nurs 2011;20:819-27.
19 Henselmans I, De Witt LJ, Hilberink SR, Jacobs JE. Professionele behandeling van tabaksverslaving: het cliëntenperspectief. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), 2003.
20 Monninkhof E, Van der Valk P, Van der Palen J, Mulder H, Pieterse M, Van Herwaarden C, et al. The effect of a minimal contact smoking cessation programme in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pre-post-test study. Patient Educ Couns 2004;52:231-6.
21 Mudde AN, Willemsen MC, Kremers S, De Vries H. Meetinstrumenten voor onderzoek naar roken en stoppen met roken. Den Haag: Stivoro, 2006.
22 Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, et al. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet 2007:50:306-14.

Arie Knuistingh Neven, Wim van Geldrop

Equivalentie: aantonen van gelijkheid

PRAKTIJKPROBLEEM

Bij onderzoeken (trials) wil men doorgaans aantonen dat een te testen behandeling beter is dan de standaardbehandeling of beter is dan een placebo. Maar er zijn ook situaties waarin men juist wil aantonen dat twee behandelingen gelijk zijn of dat een nieuwe behandeling in ieder geval niet slechter is dan de standaardbehandeling. Wanneer de nieuwe behandeling minder bijwerkingen heeft of goedkoper is dan de bestaande behandeling, kan gelijke mate van werkzaamheid voldoende zijn om als alternatief van de bestaande behandeling in aanmerking te komen.

ACHTERGROND

Superiority trials. In de bijdragen 'P-waarden en klinische relevantie' en 'Steekproefgrootte' kon u lezen hoe 'gewone' superiority trials getoetst worden en welke factoren bepalend zijn voor de steekproefgrootte. Bij de laatste zijn het minimale relevante verschil, de kans op overschatting (α) en de kans op onderschatting (β; de power = 1–β) van belang. Wanneer onderzoekers geen klinisch relevant verschil kunnen aantonen, betekent dat uiteraard niet dat het effect van de twee interventies gelijk is.

Bij *equivalence trials* willen onderzoekers juist aantonen dat er geen verschil is in effectiviteit tussen twee interventies. Hierbij moeten de nulhypothese (Ho) en de alternatieve hypothese (HA) omgedraaid worden.[1] In deze situatie luidt de nulhypothese: 'er is verschil tussen de twee steekproeven'; de alternatieve hypothese luidt: 'de twee steekproeven zijn gelijk'.

Bij *non-inferiority trials* wil men aantonen dat het nieuwe product in ieder geval niet slechter is dan de gebruikelijke behandeling. Hierbij zijn er dus maar twee mogelijkheden: er is geen relevant verschil tussen de interventies of het nieuwe product is effectiever. De farmaceutische industrie gebruikt deze onderzoeksmethode vaak om een 'me-too'-preparaat in de markt te zetten.

UITWERKING

Net als bij superiority trials wordt getracht de nulhypothese te verwerpen.[1,2] Pas dan mag men de alternatieve hypothese accepteren. Bij equivalentietrials wordt de nulhypothese ('er is verschil tussen de steekproeven') tweezijdig getoetst. Indien deze Ho verworpen kan worden, mag men de HA accepteren. In dit geval neemt men na verwerpen van de Ho dus aan dat de twee interventies equivalent zijn. Bij non-inferiority trials volgen onderzoekers ook dezelfde omgekeerde hypothese. Hierbij wordt echter eenzijdig getoetst, omdat alleen gekeken wordt of de nieuwe interventie niet slechter is dan de standaardinterventie.

STEEKPROEFGROOTTE

Bij de gebruikelijke (superiority) trials geldt dat hoe kleiner het minimale relevante verschil is, hoe meer proefpersonen er nodig zijn.[3] Een verschil van 0 is in feite onhaalbaar, omdat de steekproeven dan oneindig groot zouden moeten zijn. Het gaat er dus om dit klinisch relevante verschil zo te definiëren dat men redelijkerwijs van 'gelijkheid' kan spreken. Een vuistregel luidt: het verschil moet de helft bedragen van het klinisch relevante verschil bij de gebruikelijke (superiority) trials.[4] De steekproefgrootte zal dus 4 maal groter moeten zijn. Wanneer je van equivalentie mag spreken hangt echter af van het vooraf gestelde verschil. Er zijn echter altijd beduidend meer proefpersonen nodig dan bij gewone RCT's.

Zijn er voor een verschil van 20% in een gewone (superiority) trial 94 personen voor beide groepen nodig, dan zijn er bij een equivalentietrial (dus 10% verschil tussen beide groepen) 376 personen per groep nodig. In een non-inferiority trial moeten 295 personen per groep ingesloten worden.[3]

BETEKENIS

Vaak wordt gesteld dat de twee interventies even effectief zijn, wanneer men in een gewone RCT niet kan vaststellen dat het gewenste verschil is aangetoond. Dit is feitelijk onjuist. Om equivalentie aan te tonen moeten de nulhypothese en de alternatieve hypothese omgedraaid worden. Doorgaans zijn veel grotere steekproeven nodig dan bij superiority trials. Dit is in de praktijk echter meestal niet haalbaar. ■

LITERATUUR

1 Streiner DL. Unicorns do exist: a tutorial on 'proving' the null hypothesis. Can J Psychiatry 2003;48:756-61.
2 Pocock SJ. Clinical trials, a practical approach. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
3 Christensen E. Methodology of superiority vs. equivalence trials and non-inferiority trials. J Hepatol 2007;46:947-54.
4 Jones B, Jarvis P, Lewis JA, Ebbutt AF. Trials to assess equivalence: the importance of rigorous methods. BMJ 1996;313:36-9.

De serie Praktische epidemiologie laat zien dat er een wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert. Aan de hand van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit praktijkprobleem in elkaar zit. Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog, ex-CWO-lid. Huisartsenpraktijk 't Heelhuis, Ameidepark 21, 5701 ZZ Helmond: W. van Geldrop, huisarts, ex-CWO-lid • Correspondentie: a.knuistingh-neven@upcmail.com

NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening)

NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen

Belangrijkste wijzigingen

- Het niet-medicamenteuze beleid bij langerdurende slapeloosheid is uitgebreid met aanbevelingen voor een gedragsmatige aanpak en advies over lichaamsbeweging.

Kernboodschappen

- De behandeling van slapeloosheid is bij voorkeur niet-medicamenteus; voorlichting en gedragsmatige adviezen zijn hierbij belangrijke elementen.
- Alleen in uitzonderingsgevallen, bijvoorbeeld bij acute ernstige slapeloosheid, overweegt de huisarts om een slaapmiddel voor te schrijven, met het doel om symptomen zoals disfunctioneren overdag, te verlichten.
- Indien de huisarts slaapmedicatie geeft, gaat de voorkeur uit naar een terughoudend beleid waarbij de patiënt eenmalig niet meer dan vijf tot tien tabletten krijgt en dagelijks gebruik wordt vermeden, om gewenning en afhankelijkheid te voorkomen.
- Bij ernstige slaperigheid overdag behoren het obstructieveslaapapneusyndroom, narcolepsie of vertraagdeslaapfasesyndroom tot de diagnostische overwegingen.
- Bij chronisch slaapmiddelengebruik probeert de huisarts de patiënt te laten stoppen via een minimale interventiestrategie of via gereguleerde dosisreductie.

INLEIDING

De NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten ouder dan 18 jaar die met slaapproblemen bij de huisarts komen. De standaard bespreekt vooral slapeloosheid, dat 90% van de slaapproblemen vormt. Overige slaapstoornissen die in de standaard worden besproken zijn het obstructieveslaapapneusyndroom, restless-legssyndroom, nachtelijke kuitkrampen, het vertraagdeslaapfasesyndroom en narcolepsie. Als laatste geeft de standaard aanbevelingen voor het beleid bij chronisch gebruik van slaapmiddelen. Slaapproblemen zoals tandenknarsen, nachtmerries en slaapwandelen blijven in deze standaard buiten beschouwing evenals snurken zonder verdenking op het obstructieveslaapapneusyndroom. De standaard sluit aan bij de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructieveslaapapneusyndroom bij volwassenen (2009). De samenwerkingsaspecten (verwijscriteria, taakafbakening) zijn afgestemd met de Nederlandse Vereniging voor Neurologie.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

De standaard hanteert de volgende begrippen:

Slecht slapen: klacht van de patiënt die betrekking heeft op te lange tijd tot het inslapen, te vaak ontwaken 's nachts, moeite om dan weer in slaap te vallen, te vroeg wakker worden, onrustig dromen en/of niet uitgerust wakker worden.

Vermeende slapeloosheid: slecht slapen, zonder dat de patiënt klachten over het functioneren overdag heeft.

Slapeloosheid (insomnie): minstens driemaal per week slecht slapen gepaard gaande met slechter functioneren overdag, zoals moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie.

Kortdurende slapeloosheid: slapeloosheid die minder dan drie weken bestaat.

Langerdurende slapeloosheid: slapeloosheid die langer dan drie weken bestaat.

Negatieve conditionering: de patiënt ontwikkelt de overtuiging niet meer te kunnen slapen en associeert slapen met iets onaangenaams. Er ontstaat spanning om niet te kunnen slapen, wat het slapen extra bemoeilijkt. De patiënt raakt in een vicieuze cirkel die kan blijven bestaan, ook als de aanvankelijke oorzaak van het slechte slapen verdwenen is.[1]

Slaperigheid overdag (hypersomnie): de onbedwingbare neiging om overdag in slaap te vallen. Bij het obstructieveslaapapneusyndroom, het vertraagdeslaapfasesyndroom en narcolepsie staat slaperigheid overdag op de voorgrond.

Chronisch slaapmiddelengebruik: gebruik van slaapmiddelen gedurende meer dan zestig dagen in de afgelopen drie maanden.[2]

Slaapproblemen: klachten met betrekking tot het slaapwaakpatroon, zoals slecht slapen, slaperigheid overdag.

Slaapstoornis: een stoornis in het slaapwaakpatroon, zoals slapeloosheid, het obstructieveslaapapneusyndroom, restless-legssyndroom, nachtelijke kuitkrampen, het vertraagdeslaapfasesyndroom en narcolepsie, vastgelegd als diagnose.[3]

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 het 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 moet worden geraadpleegd 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 Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening). Huisarts Wet 2014;57(7):352-61.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. Huisarts Wet 2005;48(8):402-15.

Fysiologische slaap

De totale slaaptijd varieert sterk van persoon tot persoon. De totale slaapduur bedraagt bij ongeveer 65% van de volwassenen 7 à 8 uur. Acht procent kan met minder dan 6 uur slaap toe, terwijl 2% langer dan 10 uur slaap nodig heeft. Adolescenten slapen gemiddeld 9 uur. De gemiddelde inslaaptijd bedraagt ongeveer een kwartier, maar ook de inslaaptijd kan sterk variëren. Arbitrair wordt 10 tot 20 minuten genoemd. Per nacht treden gemiddeld 2 à 3 slaaponderbrekingen op. Vaak zijn deze zeer kort en herinnert men ze zich niet.[4]

Op grond van de verschijnselen die optreden bij polysomnografisch onderzoek deelt men de slaap in verschillende stadia in: de REM (*rapid eye movements*)-slaap en de non-REM-slaap.[5] Samen vormen deze stadia een slaapcyclus, die ongeveer 90 minuten duurt en per nacht ongeveer 4 à 5 keer doorlopen wordt. De non-REM-slaap is op basis van de slaapdiepte onder te verdelen in 3 (voorheen 4) stadia. Stadium 1 is het sluimerstadium, een toestand van gedaald bewustzijn, waarin een of enkele schokkende bewegingen van het lichaam kunnen optreden. Deze zogeheten *hypnic jerks* worden als fysiologisch beschouwd. Stadium 2 is kwantitatief het belangrijkste deel van de slaap en hoort nog tot de ondiepe slaap. Stadium 3 (voorheen 3 en 4) vormt de diepe slaap. Bij toenemende slaapdiepte dalen spierspanning, bloeddruk, ademhalings- en hartslagfrequentie. Het EEG lijkt in die fase op de situatie in wakkere toestand, de skeletspieren zijn echter volledig verslapt. Diepe slaap komt het meest voor in het eerste gedeelte van de nacht, REM-slaap vooral in het laatste deel. Tijdens de REM-slaap droomt men het meest. Na slaaponthouding wordt vooral de diepe slaap ingehaald. Bij korte slapers is de diepe slaap even lang als bij anderen. De hoeveelheid diepe slaap lijkt het meest essentieel voor het herstel van de hersenen. Zowel een gefragmenteerde slaap als minder diepe slaap zijn geassocieerd met niet-verkwikkende slaap en klachten overdag. Personen ouder dan 65 jaar hebben echter vaak maar heel weinig diepe slaap, terwijl ze geheel normaal functioneren.

Epidemiologie

Van de volwassenen heeft 20 tot 30% last van slapeloosheid. Slechts 10 tot 15% van deze volwassenen raadpleegt hiervoor een arts.[6] Slapeloosheid komt vaker voor op latere leeftijd en bij vrouwen. Bij niet-westerse allochtonen stellen huisartsen minder vaak de diagnose slapeloosheid dan bij autochtonen en westerse allochtonen. Naar schatting 4% van de patiënten met slapeloosheid heeft vermeende slapeloosheid.

Ongeveer 60% van de patiënten met slapeloosheid als nieuwe klacht krijgt van de huisarts een slaapmiddel voorgeschreven, 36% krijgt meer dan één recept. Na een jaar gebruikt ongeveer de helft van deze patiënten nog het slaapmiddel.[7]

Slaapstoornissen

Slapeloosheid

Kortdurende slapeloosheid wordt bij ongeveer 40% van de onbehandelde patiënten chronisch (langerdurende slapeloosheid). Bij langerdurende slapeloosheid raakt de oorspronkelijke oorzaak op de achtergrond en zijn meerdere factoren verantwoordelijk voor het in stand blijven van de klacht. Na enkele weken treedt negatieve conditionering op. De slapeloosheid houdt hierdoor zichzelf in stand.[1] De patiënt ontwikkelt daarnaast vaak een verkeerd slaapgedrag, onder andere door lang in bed te blijven liggen, of een slaapmiddel of alcohol te gebruiken, wat de negatieve spiraal verder doet toenemen. Langerdurende slapeloosheid is geassocieerd met een hoger gebruik van de gezondheidszorg, chronische gezondheidsproblemen, een grotere kans op depressie en angststoornis, meer gebruik van medicatie, slechtere subjectieve gezondheid, verminderde prestaties op werk en opleiding, en hoger ziekteverzuim.[8]

Het obstructieveslaapapneusyndroom (OSAS)

Het OSAS wordt gekenmerkt door meer dan vijf keer per uur optredende slaapapneus (ademstops van tien seconden of langer) gepaard gaande met excessieve slaperigheid overdag of minimaal twee van de volgende klinische verschijnselen: vermoeidheid overdag, verminderde concentratie, stokkende ademhaling tijdens de slaap, en niet-verfrissende slaap.[9] Andere oorzaken van de klachten, zoals chronisch slaaptekort, slapeloosheid, centraleslaapapneusyndroom, psychia-

Abstract

Dutch College of General Practitioners' guideline Sleep problems and sleeping pills (second revision). Huisarts Wet 2014;57(7):352-61.

Sleeping problems The Dutch College of General Practitioners (NHG) has revised the 2005 guideline on sleep problems and sleeping pills. The revised guideline covers the diagnosis and management of sleep problems, predominantly insomnia, in adults in general practice. In addition, it gives recommendations for the management of chronic users of sleeping pills.

Background Sleep problems are highly prevalent in the adult population, with insomnia being the most common diagnosis. Within three weeks, patients develop negative conditioning, as a result of which the insomnia persists and becomes chronic. Chronic insomnia is associated with an increased use of health services, chronic mental and physical morbidity, and absenteeism.

Management Patients with acute insomnia should be given information about the do's and don'ts of sleep. If insomnia persists for more than three weeks, patients should receive cognitive behavioural therapy consisting of stimulus control, sleep restriction, relaxation, and cognitive therapy. Treatment can be provided by a nurse practitioner specialized in mental health problems, but other options are self-help courses available on Internet or referral to a sleep course offered, for example, by a local home care organization. Sleeping pills should be prescribed only to patients with acute severe insomnia who experience considerable distress from the condition. If indicated, sleeping pills should be prescribed for maximally two weeks and in combination with the management measures described above. The guideline recommends that chronic users of sleeping pills be evaluated regularly (e.g., annually) and advised about the benefits and negative side effects of sleeping pills, and about the need to stop using them. An alternative approach is to send patients a letter with information and advice about how to stop using sleeping pills (the minimal intervention strategy). Patients who are motivated to stop using sleeping pills, but who are not able to do this on their own, can be helped by systematically reducing the dosage and phasing out pill use.

trische aandoeningen (depressie) en narcolepsie, dienen daarbij uitgesloten te zijn. OSAS is een onafhankelijke risicofactor voor hypertensie, mogelijk ook voor hart- en vaatziekten. De cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit is verhoogd bij patiënten jonger dan vijftig jaar met ernstig OSAS (meer dan dertig apneus per uur). OSAS is daarnaast geassocieerd met een hogere kans op verkeers- of bedrijfsongevallen. Behandeling met *continuous positive airway pressure* (CPAP) heeft een positief effect op de klachten, de bloeddruk en het cardiovasculaire risico. De prevalentie van OSAS in Nederland is niet goed bekend. Waarschijnlijk ligt deze tussen de 0,45 en 4% voor mannen; bij vrouwen is de prevalentie lager. De minderheid heeft ernstig OSAS. Er zijn aanwijzingen dat sprake is van onderdiagnostiek. OSAS komt vooral voor in de leeftijd van 45 tot 65 jaar. De gemiddelde OSAS-patiënt heeft overgewicht, 2/3 heeft hypertensie, 16% heeft diabetes mellitus en bijna 2/3 heeft verhoogde cholesterol- of triglyceridenwaarden.

Het restless-legssyndroom

Het *restless-legssyndroom* (RLS) is een klinische diagnose die wordt gesteld op basis van de anamnese, waarbij alle volgende verschijnselen moeten bestaan: een niet te bedwingen aandrang om de benen te bewegen (rusteloze benen), gepaard gaand met een onprettig gevoel in de benen, de klachten treden op in rust, verminderen bij beweging en zijn het ergst in de avond en nacht. Ondersteunend voor de diagnose zijn het bestaan van (niet pijnlijke) onwillekeurige schoppende bewegingen van de benen tijdens de slaap (een verschijnsel dat overigens ook zonder RLS kan voorkomen), een positieve familieanamnese voor RLS en een positieve reactie op behandeling met dopamineagonisten.[10,11] Differentiaaldiagnostisch kan bij RLS sprake zijn van nachtelijke kuitkrampen, claudicatio intermittens, varicosis of perifere neuropathie. De prevalentie van RLS in de huisartsenpraktijk is gemiddeld 2,1 per 1000 patiënten per jaar. De aandoening komt vaker voor op hogere leeftijd, en mogelijk ook bij zwangere vrouwen en patiënten met terminale nierinsufficiëntie. Bepaalde geneesmiddelen, zoals SSRI's en antipsychotica kunnen RLS uitlokken of verergeren. Ook roken, alcohol, koffie, overgewicht en weinig lichaamsbeweging hebben mogelijk negatieve invloed op RLS. Bij de meeste patiënten is echter geen oorzakelijke factor aan te wijzen. Slaapproblemen komen bij patiënten met RLS ruim twee keer vaker voor dan bij andere patiënten. Naar schatting heeft tweederde van de patiënten met RLS slechts milde, incidentele klachten. RLS heeft meestal een chronisch en progressief beloop, met uitzondering van RLS in de zwangerschap.

Nachtelijke kuitkrampen

Nachtelijke kuitkrampen is net als RLS een klinische diagnose die wordt gesteld op basis van de anamnese bij aanwezigheid van de volgende verschijnselen: pijnlijke, acute, doorgaans in de kuitspier gelokaliseerde, krampen die 's nachts optreden en herhaaldelijk de slaap verstoren. De krampen kunnen seconden tot zelfs minuten aanhouden en aanvalsgewijs optreden.[12] Differentieeldiagnostisch kan sprake zijn van RLS, schoppende beenbewegingen (niet pijnlijk),[11] perifere neuropathie en claudicatio intermittens. Intensief sporten, te weinig drinken en het gebruik van calciumantagonisten met dihydropyridinestructuur (zoals amlodipine en nifedipine) kunnen de krampen uitlokken. Nachtelijke kuitkrampen komen naar schatting bij 2% van de mensen wekelijks voor. De meesten bezoeken hun huisarts niet voor deze klacht. De aandoening komt vaker voor bij vrouwen, in de zwangerschap en bij ouderen met neurologische of vasculaire comorbiditeit. Het beloop is wisselend en onvoorspelbaar. Klachten kunnen elke nacht optreden of intermitterend, soms in episodes van een aantal weken achter elkaar.

Het vertraagdeslaapfasesyndroom

Bij het vertraagdeslaapfasesyndroom is het slaap-waakritme consequent verschoven naar een tijdstip minimaal twee uur later dan normaal. De biologische klok staat te laat afgesteld. Kenmerkende klachten zijn een inslaapprobleem 's avonds en een probleem met wakker worden 's morgens. Patiënten hebben last van slaperigheid overdag, vooral in de ochtenduren; zij vallen tijdens werk, school of autorijden in slaap waardoor zij disfunctioneren; zij functioneren het beste in de avond en vroege nacht. De patiënt heeft geen doorslaapproblemen en de kwaliteit van de slaap is goed. Belangrijk criterium voor de diagnose is dat het voor de patiënt niet mogelijk is om de slaapperiode te vervroegen naar conventionele tijden.[13] Differentieeldiagnostisch moet onderscheid gemaakt worden met chronisch slaaptekort (door uit gewoonte te laat naar bed gaan). De prevalentie van het vertraagdeslaapfasesyndroom is naar schatting 1,7 per 1000 patiënten per jaar en is het hoogst bij patiënten jonger dan 30 jaar. Ongeveer een kwart van de patiënten heeft ernstige klachten (slaap-waakritme meer dan 3 uur later dan normaal).

Narcolepsie

Bij *narcolepsie* zijn dagelijks klachten aanwezig van overmatige slaperigheid, waardoor de patiënt overdag in slaap valt tijdens dagelijkse bezigheden. Daarnaast kunnen de volgende symptomen aanwezig zijn: verstoorde nachtelijke slaap met frequent kortdurend wakker worden, kataplexie (plotselinge bilaterale spierverslapping uitgelokt door emoties, vooral positieve emoties zoals lachen, seconden tot hoogstens twee minuten aanhoudend), het optreden van levensechte droomervaringen bij het in slaap vallen of wakker worden en slaapparalyse (kortdurend onvermogen te bewegen bij het in slaap vallen of wakker worden).[14] Bij een vermoeden van narcolepsie zonder kataplexie kan differentiaaldiagnostisch sprake zijn van een chronisch slaaptekort en het slaapapneusyndroom. De geschatte prevalentie van narcolepsie in Europa is 0,5 per 1000 patiënten per jaar, in Nederland zijn echter slechts 1000 patiënten met narcolepsie gediagnosticeerd, wat mogelijk wijst op onderdiagnostiek. Narcolepsie begint meestal tussen het 15e en 35e levensjaar, maar kan op elke leeftijd beginnen en blijft levenslang bestaan.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

De anamnese van slaapproblemen is afhankelijk van de klacht waarmee de patiënt komt. De ingangsklacht kan zijn: slecht slapen, slaperigheid overdag, snurken en/of nachtelijke ademstops, rusteloze benen of spierkrampen. Deze klachten kunnen in combinatie met elkaar voorkomen. Bij een deel van de anamnese is de heteroanamnese van de bedpartner van belang. Omdat patiënten slaperigheid soms duiden als moeheid, is het van belang daartussen onderscheid te maken (bij moeheid bestaat geen neiging om spontaan in slaap te vallen).

Slecht slapen

De huisarts informeert bij *slecht slapen* naar:

- de aard van de klacht (heeft de patiënt een probleem met in slaap vallen, 's nachts vaak wakker worden, te vroeg wakker worden, niet uitgerust wakker worden);
- de duur, beloop en frequentie van optreden van de klachten;
- klachten overdag en gevolgen voor het dagelijks functioneren (moeheid, verminderde concentratie);
- mogelijke oorzaken;
- slaappatroon (hoe ziet het slaappatroon eruit en hoe zag het eruit voordat de klachten optraden);
- verwachtingen over de slaap;
- wat de patiënt zelf al heeft geprobeerd om beter te slapen;
- het bestaan van andere verschijnselen, zoals snurken, rusteloze benen, nachtelijke kuitkrampen of slaperigheid overdag;
- verwachtingen ten aanzien van mogelijke oplossingen voor de slapeloosheid (hulpvraag).

Indien bij slecht slapen geen klachten overdag bestaan is er sprake van vermeende slapeloosheid en is verdere anamnese niet nodig. Ook bij patiënten met kortdurende slapeloosheid die zelf een duidelijke oorzaak kunnen aanwijzen is verdere anamnese niet nodig. Bij de overige patiënten neemt de huisarts een uitgebreidere anamnese af, bij voorkeur in een vervolgconsult. De huisarts kan voorafgaand aan dit vervolgconsult de patiënt een slaapdagboek in laten vullen (zie *Aanvullend onderzoek*).

Vervolganamnese bij *slecht slapen:*
De huisarts neemt, mede aan de hand van het ingevulde slaapdagboek, een systematische anamnese af, gericht op het signaleren van negatieve conditionering, verkeerd slaapgedrag en het achterhalen van oorzaken.[35]
De huisarts vraagt naar:

- opvattingen, cognities en gevoelens over de slapeloosheid;
- het omgaan met de klachten (angst om te gaan slapen, vermijdingsgedrag, langer uitslapen, vroeger naar bed gaan, dutjes doen);
- het bestaan van acute of chronische psychosociale en/of werkgerelateerde problematiek;
- verstoring van het dag-nachtritme door onregelmatige slaaptijden, doen van dutjes overdag, jetlag, ploegendienst, ziekenhuisopname;
- klachten passend bij psychiatrische aandoeningen, vooral depressie en angst;
- lichamelijke klachten en aandoeningen, zoals pijn, zuurbranden, hoest, nycturie, dyspneu, neusverstopping, nachtzweten, hartkloppingen of climacteriële klachten;
- slaapverstorende activiteiten in de avonduren (complexe activiteiten, intensief sporten, overmatige blootstelling aan beeldschermen, het nuttigen van zware maaltijden);
- intoxicaties (alcohol, cafeïne, (soft) drugs) of het stoppen daarmee;
- bijwerkingen van geneesmiddelen (SSRI's, cardiovasculaire en hormonale medicatie, pijnstillers, methylfenidaat en middelen voor stoppen met roken) of zonder afbouwen stoppen met SSRI's en TCA's.

Slaperigheid overdag

De huisarts informeert bij *slaperigheid overdag* naar:

- de ernst van de klacht (hoe vaak en in welke situaties treedt het op);
- gevolgen voor het dagelijks functioneren;
- het bestaan van andere klachten overdag (aanvallen van gedeeltelijk slap worden, uitgelokt door emoties, zoals lachen);
- het bestaan van andere klachten 's nachts (slapeloosheid, snurken, ademstops, levensechte nachtmerries of kortdurend onvermogen om te bewegen bij het in slaap vallen of wakker worden);
- slaapgewoontes (tijdstip van naar bed gaan en opstaan, sluit daarbij uit dat de klachten te verklaren zijn door te laat naar bed gaan, vraag bij vertraagde slaapfase of patiënt in staat is zelf de slaapperiode te vervroegen).

Snurken en/of nachtelijke ademstops

De huisarts informeert bij *snurken en/of ademstops* specifiek naar:

- de duur van de ademstops (minimaal tien tot zestig seconden);
- het bestaan van andere verschijnselen, zoals slapeloosheid, slaperigheid overdag, vermoeidheid of concentratieverlies.

Rusteloze benen

De huisarts informeert bij *rusteloze benen* specifiek naar:

- aard van de klacht (drang om te bewegen, het bestaan van onaangename of oncomfortabele gevoelens, zoals tintelen, prikken, een strak gevoel, of soms pijn);
- op welk moment van de dag treden de klachten op, op welk moment zijn ze het ergst;
- in hoeverre nemen de klachten toe door stilzitten en verminderen ze door te bewegen;
- het tevens bestaan van onwillekeurige trappende bewegingen in de benen gedurende de nacht;
- familiair voorkomen van RLS;
- gevolgen, zoals slapeloosheid of problemen met lang stilzitten in bijvoorbeeld bioscoop of vliegtuig;
- invloed van roken, alcohol, cafeïne, overgewicht en weinig lichaamsbeweging;
- het gebruik van geneesmiddelen met negatief effect op RLS, zoals SSRI's en antipsychotica.

Nachtelijke kuitkrampen

De huisarts informeert bij *nachtelijke kuitkrampen* specifiek naar:

- aard van de klacht: pijn tijdens de spierkramp is een obligaat verschijnsel;
- duur en frequentie van de kramp;
- gevolgen, zoals slapeloosheid;
- invloed van weinig drinken en (intensief) sporten op de klachten;
- het gebruik van calciumantagonisten, zoals nifedipine of amlodipine.

Lichamelijk onderzoek

Indien de anamnese daar aanleiding toe geeft, verricht de huisarts gericht lichamelijk onderzoek. Vooral bij rusteloze benen en nachtelijke kuitkrampen is dit van belang om andere diagnoses uit te sluiten (claudicatio intermittens, varicosis, perifere neuropathie).

Aanvullend onderzoek

Bij patiënten die slecht slapen kan de huisarts in aanvulling op de systematische vervolganamnese de patiënt vragen om gedurende een week een slaapdagboek in te vullen. Deze is te vinden als bijlage bij de standaard op www.nhg.org en op de NHG-Publiekswebsite www.thuisarts.nl. Het slaapdagboek kan een hulpmiddel zijn om meer inzicht te krijgen in de ernst van de klachten en het bestaan van gewoontes die een belemmerend effect hebben op de slaap (dutjes overdag, onregelmatige slaaptijden, intoxicaties).[16] De resultaten worden besproken in een vervolgconsult.

Bij patiënten met rusteloze benen wordt routinematige diagnostiek naar ijzergebreksanemie niet langer aanbevolen.[17]

Overig aanvullend onderzoek vindt gericht plaats voor zover anamnese en lichamelijk onderzoek daar aanleiding toe geven.

Evaluatie

Op grond van de bevindingen bij anamnese en onderzoek stelt de huisarts de volgende (waarschijnlijkheids)diagnose (zie *Achtergronden*):

- slapeloosheid (vermeende, kortdurende of langerdurende);
- obstructieveslaapapneusyndroom;
- RLS;
- nachtelijke kuitkrampen;
- vertraagdeslaapfasesyndroom;
- narcolepsie.

De (verdere) diagnostiek en het beleid met betrekking tot differentiaal diagnoses worden in deze standaard niet besproken.

RICHTLIJNEN BELEID

Slapeloosheid

Het beleid bij slapeloosheid omvat altijd eerst voorlichting (zie *Voorlichting*). Bij vermeende slapeloosheid is dit meestal voldoende. Bij kortdurende slapeloosheid richt de aanpak zich daarnaast op de eventuele oorzaak, voor zover dit mogelijk is (zie *Behandeling oorzaken*). Bij langerdurende slapeloosheid is de oorspronkelijke oorzaak naar de achtergrond geraakt en spelen meerdere factoren (negatieve conditionering, verkeerd slaapgedrag) een rol bij het in stand houden van het probleem. Daarom omvat het beleid ook gedragsmatige behandeling, om negatieve conditionering te verminderen (zie *Gedragsmatige behandeling*). Elementen uit de gedragsmatige aanpak kunnen ook toegepast worden bij kortdurende slapeloosheid, om negatieve conditionering te voorkómen. De behandeling kan afhankelijk van de voorkeur en mogelijkheden van de patiënt aangevuld worden met adviezen voor structurele lichaamsbeweging (zie *Structurele lichaamsbeweging*). Voor slaapmedicatie is slechts in uitzonderingsgevallen en alleen kortdurend plaats (zie *Medicamenteuze behandeling*).[18] Patiënten met verstoring van het 24-uursritme ten gevolge van *jetlag of ploegendiensten* kunnen baat hebben bij enkele specifieke adviezen (zie *Adviezen bij verstoring van het dag-nachtritme*). Voor melatonine is slechts plaats bij jetlag, indien niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende effect hebben.

De huisarts kan de gedragsmatige behandeling van patiënten met slapeloosheid delegeren aan een hiervoor getrainde praktijkondersteuner ggz.[19] Als de klachten (mede) arbeidsgerelateerd zijn, overlegt de huisarts met de bedrijfsarts (zie *Consultatie en verwijzing*).

Behandeling oorzaken

De huisarts optimaliseert voor zover mogelijk de behandeling van eventuele oorzaken van de slapeloosheid, zoals psychosociale of psychiatrische problematiek, lichamelijke klachten en intoxicaties, conform de relevante NHG-Standaarden. Vooral indien geen verdere verbetering mogelijk is, is een steunende houding essentieel. Bij slapeloosheid ten gevolge van een bijwerking van geneesmiddelen heroverweegt de huisarts de indicatie en eventuele alternatieven voor het geneesmiddel.

Voorlichting

Het doel van voorlichting is het corrigeren van eventuele incorrecte aannames over het slapen en de slapeloosheid en daarnaast het vergroten van het inzicht in slaapbevorderende en slaapbelemmerende activiteiten. De huisarts stemt de voorlichting af op bevindingen tijdens anamnese en in het slaapdagboek.

In de voorlichting kunnen de volgende punten aan de orde komen:

- de totale slaaptijd varieert sterk van persoon tot persoon (normaal zes tot tien uur);
- de tijd benodigd om in te slapen kan sterk variëren, zonder direct abnormaal te zijn;
- met het vorderen van de nacht wordt de slaap steeds minder diep en is kortdurend wakker worden normaal;
- ouderen slapen minder diep en vaak ook korter;
- de nadelen van incidenteel tekort aan slaap op het lichamelijk en geestelijk functioneren zijn beperkt;
- patiënten met slaapklachten onderschatten vaak de periode waarin wél wordt geslapen en de effectiviteit daarvan;
- door onregelmatige slaap-waaktijden raakt de biologische klok ontregeld, waardoor slapeloosheid kan ontstaan;
- denkprocessen bij het niet kunnen slapen kunnen een vicieuze cirkel doen ontstaan;
- dutjes overdag verminderen de nachtelijke slaapbehoefte;
- activiteiten in de avonduren die een negatief effect kunnen hebben op de slaap zijn bijvoorbeeld:

– verrichten van complexe activiteiten;
– piekeren;
– nuttigen van koffie, alcohol, copieuze maaltijden;
– intensief sporten;
– overmatige blootstelling aan licht van smartphone, computer of tablet.

De huisarts informeert patiënten die ten gevolge van slapeloosheid overdag erg slaperig of moe zijn over de nadelige invloed daarvan op het vermogen om auto te rijden of machines te bedienen.[20]

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

Niet-medicamenteuze adviezen

Gedragsmatige behandeling

Gedragsmatige behandeling bestaat uit adviezen over stimuluscontrole, slaaprestrictie, ontspanningsoefeningen en cognitieve therapie. Bij patiënten met langerdurende slapeloosheid is aangetoond dat deze gecombineerde aanpak op langere termijn effectiever is dan behandeling met slaapmiddelen.[21] Ook patiënten met kortdurende slapeloosheid kunnen baat hebben bij (elementen uit) deze aanpak. Gedragsmatige behandeling kan individueel, als zelfhulp of in groepsverband plaatsvinden. Het effect van zelfhulp neemt echter toe als de patiënt hierbij enige coaching (bijvoorbeeld per telefoon of e-mail) krijgt van een hulpverlener.[22]

Afhankelijk van de voorkeur van de patiënt en de mogelijkheden in de huisartsenpraktijk kan gekozen worden voor gedragsmatige behandeling in de huisartsenpraktijk, voor zelfhulpmogelijkheden die er zijn op internet (bijvoorbeeld de NTR-cursus Beter slapen? Doe het zelf!) en in boeken[23] of voor het volgen van een slaapcursus bij een lokale ggz- of thuiszorginstelling.

De huisarts informeert de patiënt voorafgaand aan de behandeling dat de klachten kortdurend kunnen toenemen en pas na enkele dagen zullen verbeteren.

Stimuluscontrole

Het achterliggende idee van stimuluscontrole is de psychologische associatie tussen de slaapkamer en slapen te versterken. Adviezen zijn:
- gebruik de slaapkamer alleen voor slapen en seks, niet voor televisie kijken, bellen etc;
- creëer een donkere slaapkamer en zorg voor een goed bed, matras en hoofdkussen, prettige nachtkleding en een plezierige atmosfeer in de slaapkamer (rustige ruimte, beter iets te koel dan te warm, goede ventilatie en niet te droge lucht);
- ga pas naar bed als u slaperig bent;
- als het langer dan vijftien minuten duurt voor u in slaap valt, sta dan op en ga naar een andere ruimte, doe iets rustigs en ga weer naar bed als u zich slaperig voelt;
- vermijd dutjes overdag;
- sta elke ochtend op hetzelfde tijdstip op.

Slaaprestrictie

Het achterliggende idee van slaaprestrictie is dat patiënten door hun slapeloosheid hun bedtijd geleidelijk hebben vervroegd en/of steeds later zijn gaan opstaan, met het doel om 'bij te slapen'. Hierdoor kan een vicieuze cirkel ontstaan, omdat de patiënt alleen maar meer wakker ligt. De eerste dagen van slaaprestrictie dient de patiënt rekening te houden met toename van eventuele klachten van slaperigheid overdag, maar geleidelijk zal de patiënt een nieuw evenwicht vinden met minder tijd in bed, maar een betere slaapefficiëntie (deel van de tijd in bed dat de patiënt slaapt). Adviezen zijn:
- beperk uw tijd in bed tot uw huidige gemiddelde slaapduur;
- bepaal uw bedtijd door terug te rekenen vanaf het tijdstip dat u normaal gesproken opstaat (sta elke dag op hetzelfde tijdstip op);
- vergroot de tijd in bed met 15 minuten als u meer dan 90% van de tijd in bed slapend doorbrengt gedurende 5 dagen (zie noot voor een rekenvoorbeeld).[24]

Ontspanningsoefeningen

De huisarts gaat samen met de patiënt na op welke manier deze het beste kan ontspannen, bijvoorbeeld door het doen van ademhalings- of ontspanningsoefeningen of door het luisteren naar muziek.[25]

Cognitieve therapie

De huisarts besteedt aandacht aan het ombuigen van disfunctionele gedachten en negatieve cognities.

Structurele lichaamsbeweging

Naast gedragsmatige behandeling kan lichaamsbeweging een positief effect hebben op slapeloosheid.[26] Ook kan het een manier zijn om te ontspannen. Overweeg structurele lichaamsbeweging te adviseren bij patiënten die hiervoor gemotiveerd zijn en voor wie dit praktisch haalbaar is. Adviezen zijn:
- beweeg minstens 4 keer per week matig intensief (bijvoorbeeld wandelen 5 km per uur, fietsen 15 km per uur);
- tijdsduur per keer 40 tot 60 minuten;
- bij onvoldoende fysieke vermoeidheid: beweeg langer en/of intensiever;
- beweeg vooral overdag, of in het begin van de avond.

Adviezen bij verstoring van het dag-nachtritme

Bij verstoring van het dag-nachtritme door jetlag gelden de volgende adviezen:[27]
- houd bij kortdurende verblijven indien mogelijk het oude ritme aan;
- begin uitgeslapen aan de reis;
- eet lichte maaltijden tijdens de vlucht en beperk het gebruik van alcohol;
- zorg per 24-uursperiode voor een bepaald minimum aan slaap (bijvoorbeeld minimaal 4 uur aaneengesloten, aangevuld met dutjes);
- koffie (cafeïne) kan helpen om slaperige momenten te overwinnen, weeg het effect af tegen het nadelige effect op de later gewenste slaap.

Bij verstoring van het dag-nachtritme door ploegendiensten gelden de volgende adviezen:
- probeer het dienstrooster bij voorkeur met de klok mee op te stellen (van dagdienst, naar avonddienst, naar nachtdienst);

- probeer een verandering, zoals een langere periode nachtdiensten achter elkaar of juist kortere periodes;
- doe een dutje voorafgaand aan de nachtdienst.

Medicamenteuze behandeling

Slaapmiddelen

In vergelijking met placebo verkorten slaapmiddelen de inslaapduur gemiddeld met 15 tot 20 minuten en verlengen zij de slaapduur met 30 tot 50 minuten. Na 2 weken neemt dit effect geleidelijk af.[28,29] Ongewenste bijwerkingen blijven echter bestaan.[30] Daarom is voor slaapmiddelen slechts kortdurend plaats bij:

- kortdurende slapeloosheid ten gevolge van acute, voorbijgaande problematiek, als de lijdensdruk door slapeloosheid onaanvaardbaar hoog wordt;
- langerdurende slapeloosheid indien geen (verdere) verbetering mogelijk is en de slapeloosheid leidt tot ernstig disfunctioneren overdag.

Het doel van het voorschrijven van een slaapmiddel is om symptomen, zoals disfunctioneren overdag, op korte termijn te verlichten.

Schrijf geen slaapmiddelen voor in combinatie met andere middelen met effecten op het centrale zenuwstelsel, bij vermoeden van het obstructieveslaapapneusyndroom en gedurende zwangerschap en borstvoedingsperiode.[31]

Huisarts en patiënt wegen de voor- en nadelen van slaapmiddelen tegen elkaar af. De huisarts geeft de patiënt daarbij voorlichting over:

- het effect van slaapmedicatie op de slaap (alleen bij kortdurend gebruik aangetoond);
- bijwerkingen (de kans op vallen en daaruit volgende fracturen is 's nachts en overdag verhoogd);
- de grote kans op gewenning en afhankelijkheid, waardoor het al snel moeilijk kan zijn om te stoppen met het gebruik van slaapmiddelen (deze kans is groter bij angstige, vermijdende patiënten, patiënten die antidepressiva gebruiken en bij problematisch alcoholgebruik);[32]
- gevolgen voor verkeersdeelname: binnen 8 uur na inname van kortwerkende benzodiazepinen (temazepam maximaal 20 mg, zolpidem maximaal 10 mg) wordt verkeersdeelname afgeraden;[33]
- het risico van gelijktijdig gebruik met alcohol en/of drugs (meer bijwerkingen, sterker effect).

Indien gekozen wordt voor medicamenteuze behandeling zijn de volgende richtlijnen van belang:

- bereik overeenstemming met de patiënt over het doel van het slaapmiddel (herstellen van vertrouwen in eigen slaapcapaciteit op korte termijn) en dat het voorschrift eenmalig is;
- schrijf alleen kortwerkende slaapmiddelen voor, zoals temazepam of zolpidem.[34] Het hypnotische effect en de bijwerkingen van bovengenoemde middelen is vergelijkbaar;
- doseer zo laag mogelijk: temazepam 10 tot 20 mg (ouderen 10 mg), zolpidem 10 mg (ouderen 5 mg);[35]
- schrijf per keer niet meer dan 5 tot 10 tabletten voor;
- maak afspraken over de wijze van het gebruik (bij voorkeur niet dagelijks: alleen wanneer nodig of intermitterend, bijvoorbeeld elke derde nacht);[36]
- laat verzoeken tot herhalingsrecepten van slaapmedicatie niet via de praktijkassistent afhandelen, maar laat de patiënt terugkomen op het spreekuur;[37]
- combineer het voorschrijven van slaapmiddelen altijd met voorlichting en gedragsmatige adviezen.

Melatonine

Het voorschrijven van melatonine aan volwassenen met slapeloosheid wordt niet aangeraden, omdat het geen klinisch relevant effect heeft. Alleen bij patiënten ouder dan 55 jaar met langerdurende slapeloosheid is een klein effect aangetoond van melatonine *met gereguleerde afgifte* 2 mg (tijd tot inslapen nam af met 9 tot 15 minuten, maar er was geen effect op de totale slaapduur en het effect op de kwaliteit van de slaap was wisselend).[38]

Ook bij verstoring van het dag-nachtritme ten gevolge van ploegendiensten is melatonine niet effectief en wordt behandeling niet aangeraden.[39]

Alleen bij verstoring van het dag-nachtritme ten gevolge van jetlag is een matig positief effect op jetlagklachten aangetoond en kan de huisarts, indien niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende effectief zijn, overwegen om *kortwerkend* melatonine 2 tot 3 mg (maximaal 5 mg), voor te schrijven, in te nemen bij bedtijd vanaf de dag van vertrek.[40]

Overige medicatie

Het voorschrijven van valeriaan aan volwassenen met slapeloosheid wordt niet aangeraden, onder andere vanwege het ontbrekende effect.[41] Beperk het voorschrijven van antidepressiva tot patiënten die daar volgens de NHG-Standaarden Depressie en Angststoornis een indicatie voor hebben. Voor antipsychotica, zoals quetiapine, en sederende antihistaminica is eveneens geen plaats bij de behandeling van slapeloosheid.[42] Er is voor deze middelen te weinig bewijs voor effectiviteit, terwijl bijwerkingen veel voorkomen.

Controles

De huisarts evalueert het effect van de ingezette behandeling met de patiënt na twee tot vier weken. Zolang de klachten persisteren herhaalt de huisarts dit op regelmatige basis.[43] Ook bij keuze voor zelfhulp of een slaapcursus evalueert de huisarts het behandelresultaat met de patiënt. De huisarts besteedt bij controle aandacht aan:

- het klachtenpatroon;
- de effectiviteit van en tevredenheid over het ingezette beleid;
- bij nog bestaande klachten: mogelijke oorzaken en gevolgen van de slaapproblemen, zoals arbeidsongeschiktheid, relatieproblemen, psychosociale problemen, depressie;
- het huidig gebruik van slaapmiddelen.

Beleid overige slaapstoornissen

Ook patiënten met één van de overige slaapstoornissen kunnen baat hebben bij voorlichting over de normale slaap en gedragsmatige adviezen ter voorkoming of vermindering van negatieve conditionering. Bij vermoeden van OSAS verwijst de huisarts de patiënt voor nadere diagnostiek en behandeling naar long- of kno-arts of neuroloog, afhankelijk van regionale afspraken; bij vermoeden van narcolepsie of ernstig vertraagde-

slaapfasesyndroom verwijst de huisarts naar een neuroloog, bij voorkeur in een slaap-waakcentrum, voor diagnostiek en behandeling (zie *Consultatie en verwijzing*).[44,45] De huisarts informeert patiënten die overdag erg slaperig of moe zijn over de nadelige invloed daarvan op het vermogen om auto te rijden of machines te bedienen.[21]

Voor OSAS, RLS en nachtelijke kuitkrampen gelden onderstaande specifieke aanbevelingen voor het beleid.

Obstructieveslaapapneusyndroom

De huisarts verricht bij patiënten met OSAS diagnostiek naar het bestaan van obesitas, hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes mellitus type 2 en behandelt conform de betreffende NHG-Standaarden.

Restless-legssyndroom

De huisarts legt de patiënt uit dat de aandoening weliswaar hinderlijk is, maar dat het (meestal) geen teken is van een ernstige onderliggende aandoening. Bij zwangere vrouwen gaat RLS vaak na de bevalling vanzelf over. De huisarts kan adviseren om het effect te onderzoeken van stoppen met roken, het gebruik van koffie en alcohol te vermijden en overdag voldoende te bewegen, maar niet intensief te sporten vlak voor het slapen gaan.[46] De huisarts heroverweegt het gebruik van medicatie die RLS kan verergeren, zoals SSRI's en antipsychotica.

Behandeling met dopamineagonisten is vanwege het beperkte effect en bijwerkingen alleen te overwegen bij patiënten met ernstige klachten (voor de patiënt onacceptabele lijdensdruk), ondanks niet-medicamenteuze behandeling.[47] De huisarts maakt alleen met deze patiënten de afweging of behandeling met dopamineagonisten gewenst is en besteedt hierbij aandacht aan:

- het te verwachten effect van dopamineagonisten (meer dan 50% verbetering van de klachten treedt op bij 60% van de patiënten die dopamineagonisten gebruiken, versus 40% van de placebogebruikers; number needed to treat (NNT) is 5);
- de mogelijke bijwerkingen (regelmatig, vooral in het begin: misselijkheid, duizeligheid en slaperigheid; bij gebruik op langere termijn: augmentatie, waarbij de klachten verergeren, zich uitbreiden of eerder op de dag optreden; zeldzame, maar ernstige bijwerkingen zijn: verslavingsgedrag en plotseling in slaap vallen).

Dopamineagonisten zijn gecontra-indiceerd in de zwangerschap. Clonazepam en hydrokinine zijn niet effectief en worden ontraden.[48]

Gezien het weinige voorkomen van ernstige RLS in de huisartsenpraktijk is behandeling met dopamineagonisten door de huisarts facultatief. Indien de huisarts niet zelf behandelt, verwijst deze de patiënt naar de neuroloog.

Indien de patiënt kiest voor behandeling met een dopamineagonist en de huisarts behandelt zelf, gelden de volgende aanbevelingen:

- de voorkeur gaat uit naar ropinirol 1 dd 0,25 mg of pramipexol 1 dd 0,125 mg, in te nemen 1 tot 2 uur voor het naar bed gaan, indien nodig wekelijks op te bouwen in stappen van respectievelijk 0,25 mg en 0,125 mg, tot een maximale dosering ropinirol 1 dd 1,5 mg of pramipexol 1 dd 0,75 mg;[49]
- adviseer de patiënt om de eerste dagen van het gebruik niet auto te rijden;
- evalueer na maximaal 6 weken het behandeleffect en bijwerkingen (adviseer bij optreden van vermoede bijwerkingen eerder contact op te nemen);
- bij voldoende effect: continueer het gebruik van de dopamineagonist gedurende drie tot zes maanden en probeer de medicatie geleidelijk op proef af te bouwen in enkele weken (vermijd indien mogelijk langdurig gebruik);
- bij onvoldoende effect: bouw de medicatie geleidelijk af (in enkele weken), heroverweeg de diagnose en overweeg verwijzing naar een neuroloog voor diagnostiek en behandeladvies;
- bij toename van de klachten: maak onderscheid tussen onvoldoende effectieve medicamenteuze behandeling en augmentatie (bij augmentatie nemen de klachten door verhoging van de dosis van de dopamineagonist toe en bij verlaging van de dosis nemen de klachten af. Bij onvoldoende effectieve behandeling is dit andersom);
- verwijs patiënten bij wie mogelijk sprake is van augmentatie en patiënten bij wie onacceptabele bijwerkingen optreden, maar wel behandeling wensen, naar een neuroloog, bij voorkeur in een slaap-waakcentrum.

Nachtelijke beenkrampen

Een acute kramp in de kuit kan opgeheven worden door met de handen tegen de muur te leunen en de kuit te strekken; hierbij bewerkstelligt men dorsale flexie van voet en tenen. Beenkrampen tijdens de zwangerschap verdwijnen na de zwangerschap in het algemeen vanzelf.

De huisarts adviseert patiënten om te onderzoeken of het vermijden van uitlokkende factoren (weinig drinken, alcoholgebruik, intensief sporten) helpt. Overweeg het geven van adviezen over het dragen van goede schoenen, voldoende vochtinname, een andere slaaphouding, massage van de aangedane spier, preventieve strekoefeningen en het hoog leggen van de benen.[50]

De huisarts heroverweegt het gebruik van calciumantagonisten met dihydropyridinestructuur (amlodipine, nifedipine).

Medicamenteuze behandeling is weinig effectief en wordt niet aangeraden.[51] Bespreek alleen met patiënten met ernstige aanhoudende klachten waarbij onvoldoende effect wordt bereikt met bovenstaande maatregelen de mogelijkheid van het voorschrijven van een proefbehandeling met hydrokinine. Geef de patiënt daarbij voorlichting over:

- het beperkte te verwachten effect;
- regelmatig optredende bijwerkingen, zoals hoofdpijn, tinnitus met gehoorstoornissen, duizeligheid (en vooral bij ouderen toename van de valkans), bittere smaak en maag-darmklachten.

Indien besloten wordt tot een proefbehandeling met hydrokinine gelden de volgende aanbevelingen:

- geef hydrokinine 200 mg bij het avondeten en 100 mg voor de nacht;
- evalueer het effect van de behandeling na 2 tot 4 weken;
- staak ook bij gewenst effect de behandeling en ga na of de klachten wegblijven;

- langdurig gebruik van hydrokinine wordt afgeraden;
- zwangerschap is een contra-indicatie voor hydrokinine (een alternatief is in dat geval magnesium, bijvoorbeeld magnesiumoxide 1 dd 500 mg).

Consultatie en verwijzing

De volgende patiënten komen in aanmerking voor verwijzing of consultatie:

- patiënten die een slaapcursus willen volgen bij langerdurende slapeloosheid, indien het niet mogelijk is deze behandeling in de huisartsenpraktijk toe te passen: verwijzing naar een thuiszorg- of ggz-instelling;
- patiënten met langerdurende slapeloosheid met ernstige lijdensdruk bij wie de behandeling binnen redelijke termijn niet effectief is: mogelijk is verwijzing naar een in behandeling van slapeloosheid gespecialiseerde psycholoog of een slaap-waakcentrum voor diagnostiek en (multidisciplinaire) behandeling zinvol;[52]
- patiënten met slapeloosheid met sterke aanwijzingen voor arbeidsgerelateerdheid: overleg met de bedrijfsarts;
- patiënten met RLS met hoge lijdensdruk ondanks niet-medicamenteuze behandeling: naar de neuroloog
  - voor behandeling met dopamineagonisten (indien de huisarts niet zelf behandelt);
  - bij onvoldoende effect of onacceptabele bijwerkingen van dopamineagonisten.
- patiënten met vermoeden van het obstructieveslaapapneusyndroom: verwijs voor diagnostiek en behandeling naar long- of kno-arts of neuroloog, afhankelijk van regionale afspraken. Er zijn ontwikkelingen gaande om diagnostiek voor OSAS in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Vanwege het ontbreken van wetenschappelijke evaluaties is het nog niet mogelijk om hierover aanbevelingen te doen;[53]
- patiënten met vermoeden van narcolepsie of vertraagdeslaapfasesyndroom met hoge lijdensdruk: verwijs voor diagnostiek en behandeling naar een neuroloog, bij voorkeur in een slaap-waakcentrum.

Chronisch slaapmiddelengebruik

Chronisch gebruik van slaapmiddelen is ongewenst vanwege de risico's die er aan verbonden zijn en vanwege de beperkte effectiviteit van slaapmiddelen op de langere termijn. Patiënten ervaren zelf vaak weinig negatieve effecten van het gebruik. Ontwenningsverschijnselen die optreden bij een stoppoging kunnen de patiënt de indruk geven dat hij het slaapmiddel nodig heeft. Voor het terugdringen van chronisch gebruik is dan ook een actieve rol van de huisarts gewenst door bestaande chronisch gebruikers te motiveren om te stoppen.

Bij chronische gebruikers van slaapmiddelen herhaalt de huisarts daarom regelmatig de voorlichting over de redenen waarom het chronisch gebruik ongewenst is (zie *Medicamenteuze behandeling, slaapmiddelen*) en geeft het advies om met het gebruik te stoppen.

Patiënten die maximaal één standaarddagdosering slaapmiddel per dag gebruiken kan de huisarts adviseren te stoppen door het verzenden (of meegeven) van een stopbrief via de minimale interventiestrategie (zie *Minimale interventiestrategie*). Deze methode kost de huisarts weinig tijd, maar is vooral effectief bij deze specifieke patiëntencategorie.[54] Patiënten die een hogere dagelijkse dosis innemen lukt het slechts zelden om op eigen kracht te stoppen op basis van een stopbrief. Deze patiënten biedt de huisarts begeleiding aan door middel van gereguleerdedosisreductiemethode, indien zij gemotiveerd zijn om te stoppen (zie *Gereguleerdedosisreductiemethode*).[54] Dit geldt ook voor patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen, maar bij wie het niet gelukt is te stoppen via de minimale interventiestrategie, of patiënten die de huisarts zelf om extra begeleiding vragen.

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

MINIMALE INTERVENTIESTRATEGIE

De minimale interventiestrategie is geschikt voor patiënten die maximaal één standaarddagdosering slaapmiddel per dag gebruiken. De huisarts adviseert de patiënt in een brief (stopbrief) om te stoppen met het gebruik van slaapmiddelen. De brief bevat daarvoor praktische aanwijzingen (zie de bijlage bij de standaard op www.nhg.org). Na drie maanden nodigt de huisarts de patiënt uit voor het spreekuur en evalueert de voortgang. Op deze manier lukt het een derde tot de helft van deze patiënten om op eigen kracht te stoppen.[54] De minimale interventiestrategie is geschikt voor een projectmatige aanpak.[55] Samenwerking met een apotheker, bijvoorbeeld voor het selecteren van chronisch gebruikers, kan hierbij zinvol zijn.

GEREGULEERDEDOSIS-REDUCTIEMETHODE

Met de gereguleerdedosisreductiemethode lukt het ongeveer de helft van de patiënten om te stoppen.[54] De aanpak is als volgt:

- Zet het slaapmiddel eventueel om in de equivalente dosering diazepam (schrijf voor in tabletten van 2 mg) [**tabel 1**]. Al-

Tabel 1 Equivalente doseringen*

Slaapmiddel	Omrekenfactor
alprazolam	10
bromazepam	1
brotizolam	40
chloordiazepoxide	0,5
clobazam	0,5
clorazepinezuur	0,75
flunitrazepam	10
flurazepam	0,33
loprazolam	10
lorazepam	5
lormetazepam	10
midazolam	1,33
nitrazepam	1
oxazepam	0,3
prazepam	0,5
temazepam	0,5
zolpidem	1
zopiclon	1,33

* Een equivalente dosering diazepam wordt verkregen door de dosering van het gebruikte slaapmiddel te vermenigvuldigen met de omrekenfactor. Bijvoorbeeld: 1 mg alprazolam komt overeen met 10 mg diazepam.
Bron: KNMP Kennisbank.

hoewel er geen overtuigend bewijs is dat initiële omzetting naar diazepam tot een beter resultaat leidt, lijken er op theoretische gronden enkele voordelen te zijn om dit wel te doen. Diazepam zou vanwege de langere halfwaardetijd minder ontwenningsverschijnselen kunnen geven dan kortwerkende middelen. Daarnaast is diazepam in lage tabletsterkte beschikbaar (2 mg tablet met breukgleuf), waardoor verdere dosisafbouw makkelijker uitvoerbaar is. Een nadeel van diazepam is dat het door de lange halfwaardetijd kan leiden tot slaperigheid overdag. Verkeersdeelname bij gebruik van diazepam wordt daarom afgeraden en ook het werk kan negatief worden beïnvloed.[34] Pas, indien dit bezwaarlijk is, de gereguleerdedosisreductie toe op het eigen slaapmiddel, zonder om te zetten naar diazepam.

- Laat de patiënt twee weken een vaste dosering diazepam gebruiken.
- Stel daarna samen met de patiënt een afbouwschema op. Het uitgangspunt is dat per week de dosering diazepam met 25% (van de uitgangsdosis) verminderd wordt. In de laatste 2 weken eventueel met 12,5% per week. Afhankelijk van de inschatting van de huisarts en de wensen van de patiënt kan het afbouwen trager of sneller plaatsvinden.
- Licht de patiënt in over mogelijke ontwenningsverschijnselen (bijvoorbeeld gevoelens van onrust, gespannenheid en slecht slapen). De ontwenningssymptomen zijn vaak het heftigst aan het eind van de afbouwperiode, maar gaan in de regel over binnen één tot vier weken. Bij heftige verschijnselen kan de patiënt de volgende dosisafbouwstap eventueel een week uitstellen.
- Controleer de patiënt wekelijks en besteed daarbij aandacht aan:
  - het bestaan van ontwenningsverschijnselen ofwel slapeloosheid;
  - het huidige gebruik van diazepam of andere slaapmiddelen;
  - bij slapeloosheid: volg de aanbevelingen voor het niet-medicamenteuze beleid uit deze standaard.

Het voorschrijven van geneesmiddelen, zoals antidepressiva, of melatonine ter ondersteuning van het afbouwen wordt niet aanbevolen. De effectiviteit van internetbehandeling bij het afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik staat nog niet vast.[55]

Verwijzing

De huisarts verwijst de volgende patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met chronisch slaapmiddelengebruik naar een ggz-instelling of instelling voor verslavingszorg, namelijk:

- patiënten bij wie gereguleerde dosisreductie niet effectief is;
- patiënten met ernstige benzodiazepineverslaving (gebruik van veel hogere dan de gebruikelijke doseringen, snelle toename van gebruik, receptvervalsing, manipulatie voor meer recepten);
- bij het tegelijkertijd bestaan van andere verslavingsproblematiek (middelen, alcohol of gok).

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de ontwikkeling van een NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen startte in december 2012 een werkgroep met het maken van een conceptversie. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. W. Gorgels, huisarts te Nijmegen en als docent verbonden aan de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc te Nijmegen; dr. A. Knuistingh Neven, destijds huisarts te Krimpen aan de Lek en senior onderzoeker op de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde van het LUMC te Leiden; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts te Bakel en als senior onderzoeker verbonden aan de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc te Nijmegen; dr. A. Smelt, huisarts te Leiden en als docent verbonden aan de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde van het LUMC te Leiden. Z. Damen-van Beek, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Dr. M. Bouma, huisarts, was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling. M.M. Verduijn, apotheker, was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. M. van Venrooij, huisarts, was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. Door geen van de leden van de werkgroep werd belangenverstrengeling gemeld.

In oktober 2013 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden elf commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen, Radboudumc te Nijmegen; K. Schutte, apotheker en adviseur Geneesmiddelenzorg, namens het College voor zorgverzekeringen (CVZ); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; dr. D. Bijl, hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; dr. J. Oltvoort, senior beleidsadviseur gezondheidseconomie, namens Nefarma; J.G.W. Lensink, directeur Zorg, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); M. Favié, namens de Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie Nederlands (Bogin); M. Nelissen namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); J. Michels, huisarts, namens de Domus Medica in België; dr. G.J. Lammers en dr. R.M. Rijsman, namens de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN); dr. N. de Vries en dr. T. Tan, namens de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied; R. Aleva, longarts en voorzitter van de Werkgroep ademhalingsstoornissen tijdens de slaap (WAS), J. Asin, longarts en secretaris van de WAS, beiden namens de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT); W.P. Soeteman, sectie Ouderenpsychologen, namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); P.H.J.M. van Mechelen, voorzitter, namens de ApneuVereniging; P. Reijngoud, voorzitter, namens de Stichting Restless Legs (RLS); prof.dr. A. van Straten, werkzaam op de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. I. van der Sar en H. Eekhof hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit herzieningsvoorstel.

In februari 2014 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

Samenwerking: de werkgroep heeft over samenwerkingsaspecten, maar ook inhoudelijk, advies gekregen van de werkgroep Slaap- en Waakstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN).

Patiëntparticipatie: de werkgroep heeft overleg gehad met de Stichting Restless Legs en de ApneuVereniging over ervaren knelpunten van patiënten bij het beleid van de huisarts.

Zamire Damen-van Beek, Irina Stirbu-Wagner, Margriet Bouma, Joke Korevaar

Slapeloosheid

In 2012 werd bij 22 per 1000 bij de huisarts ingeschreven patiënten de diagnose slapeloosheid (P06) gesteld. Bij slapeloosheid treedt al binnen enkele weken negatieve conditionering op. De herziene NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen beveelt bij slapeloosheid een niet-medicamenteuze behandeling aan. Voor slaapmiddelen is alleen in uitzonderingssituaties (bij hoge lijdensdruk) en slechts kortdurend plaats. Door tolerantie neemt het effect van slaapmiddelen na twee weken namelijk af en de kans op bijwerkingen is groot. Niet-medicamenteuze behandeling is op lange termijn effectiever dan slaapmiddelen. Uit eerder onderzoek is herhaaldelijk gebleken dat huisartsen bij slapeloosheid relatief vaak slaapmiddelen voorschrijven en regelmatig meerdere herhaalvoorschriften geven. Ter gelegenheid van de publicatie van de herziene standaard hebben we het huidige medicamenteuze beleid van huisartsen geëvalueerd. Daarvoor hebben we uit de NIVEL Zorgregistraties patiënten in de eerste lijn geselecteerd die in 2012 de diagnose P06 (slapeloosheid) hadden en daarnaast patiënten die dat jaar slaapmiddelen (kortwerkende benzodiazepinen, exclusief oxazepam) kregen voorgeschreven.

INDICATIES SLAAPMIDDELEN

Van alle voorschriften voor slaapmiddelen in 2012 was bijna de helft (43%) voor de indicatie slapeloosheid. Overige indicaties waren depressie (5%), angst (3%) en geneesmiddelenmisbruik (2%). Bij 23% van de voorschriften was de indicatie onbekend.

De huisarts schreef aan 63% van de patiënten met slapeloosheid een slaapmiddel voor. Het merendeel van de patiënten kreeg temazepam. Andere veel voorgeschreven middelen waren zolpidem en zopiclon. Patiënten met psychiatrische comorbiditeit kregen iets vaker een slaapmiddel dan overige patiënten (69%).

HERHAALRECEPTEN

Van de patiënten die voor slapeloosheid een slaapmiddel kregen, ontving ongeveer de helft één enkel voorschrift of maximaal één herhaling, wat in lijn is met de aanbeveling in de NHG-Standaard om kortdurend voor te schrijven [**figuur**]. De overige patiënten kregen minimaal twee herhaalrecepten in 2012, waarvan tweederde binnen een periode van 3 maanden werd gegeven. De kans op meerdere herhaalrecepten was groter bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit. Mogelijk is sprake van enige onderschatting van het aantal herhaalrecepten, aangezien alleen is gekeken naar voorschriften in 2012 en niet of patiënten in 2011 al slaapmiddelen kregen of in 2013 nog steeds slaapmiddelen kregen. Het was niet mogelijk om het aantal herhaalrecepten te relateren aan het aantal voorgeschreven tabletten. Het geven van meer dan één herhaalrecept in een relatief korte periode impliceert echter onafhankelijk van het aantal tabletten op het recept dat de patiënt langer dan de aanbevolen periode van twee weken met een slaapmiddel behandeld wordt.

Tabel Aantal voorschriften in samenhang met leeftijd

	Percentage van totaal aantal slaapmiddelen gebruikers in 2012* (n = 32.814)	Gemiddeld aantal voorschriften per persoon in 2012
Leeftijd 16-44 jaar	19	2,8
Leeftijd 45-64 jaar	37	4,2
Leeftijd 65-74 jaar	19	5,0
Leeftijd > 75 jaar	25	6,3
Totaal	100	4,6

**voor alle indicaties*

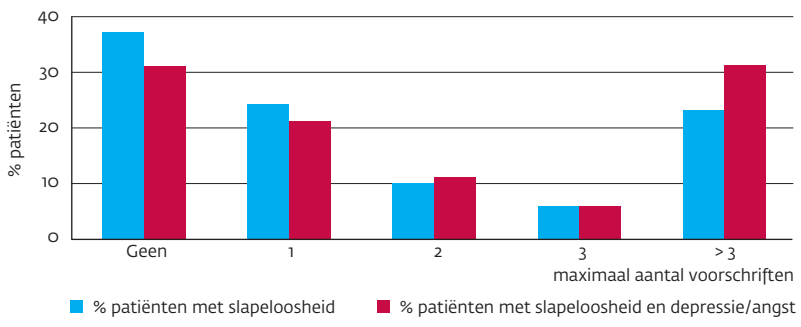
MEER VOORSCHRIFTEN BIJ OUDEREN

Het grootste deel van de gebruikers van slaapmiddelen viel in de leeftijdscategorie 45 tot 64 jaar [**tabel**]. Het hoogste aantal voorschriften werd echter gegeven in de leeftijdscategorie > 75 jaar. Het aantal voorschriften per patiënt neemt namelijk toe met het stijgen van de leeftijd. In de categorie 16 tot 44 jaar was het gemiddeld aantal voorschriften per patiënt 2,8 en dit nam toe tot gemiddeld 6,3 in de categorie 75 en ouder.

CONCLUSIE

Huisartsen schrijven bij slapeloosheid nog steeds relatief vaak een slaapmiddel voor en geven regelmatig meerdere herhaalvoorschriften. Er is dus ruimte voor verbetering. De niet-medicamenteuze behandeling, die uitgebreid staat beschreven in de herziene NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen, kost weliswaar meer tijd en energie van zowel huisarts als patiënt, maar biedt betere effecten op de langere termijn. ■

Figuur Aantal voorschriften voor slaapmiddelen bij patiënten met slapeloosheid



De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (voorheen bekend als Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg, LINH). Deze registratie maakt gebruik van de routinematig bijgehouden patiëntendossiers van een selectie van ruim 380 huisartsenpraktijken (zie ook www.nivel.nl/zorgregistraties).

Karin van Rosmalen-Nooijens

Adolescent als getuige van huiselijk geweld

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

PRAKTIJKVRAAG

Huisartsen zijn zich ervan bewust dat getuige zijn van geweld in de huiselijke kring grote impact heeft op kinderen. Adolescenten zijn hierbij een onderbelichte groep. Op welke wijze kunnen huisartsen deze adolescenten het best ondersteunen?

HUIDIG BELEID

Op het moment dat een huisarts te maken krijgt met huiselijk geweld is het beleid vooral gericht op het stoppen van geweld. Getuige zijn van geweld is een vorm van kindermishandeling en een reden om te overleggen met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).[1]

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

In Nederland hebben 118.000 kinderen te maken met een vorm van kindermishandeling: 30% betreft jongeren tussen de 12 en 17 jaar. Eenzelfde percentage betreft emotionele mishandeling, waaronder het getuige zijn van geweld. Getuige zijn van geweld in huis heeft dezelfde gevolgen als zelf fysiek mishandeld worden.[1] Het is, na emotionele verwaarlozing, de meest gemelde vorm van kindermishandeling.

Een melding van de adolescent bij de huisarts over geweld kan tot een belangenconflict leiden. Enerzijds is vertrouwelijkheid over de inhoud van het gesprek tussen de adolescent en de huisarts van belang. Anderzijds is de huisarts ook gebonden aan de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.[2] Bovendien is er bij jongeren onder de 16 jaar de informatieplicht naar ouders. De huisarts moet het risico op een onveilige situatie daarom altijd afwegen tegen het risico dat het vertrouwen van de adolescent wordt geschaad bij te snel of overhaast handelen.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

De adolescentie is een invloedrijke periode met grote fysieke en psychologische veranderingen, en de ontwikkeling van de eigen identiteit. Leeftijdsgenoten worden gezien als de norm. Adolescenten die getuige zijn van geweld bevinden zich in een moeilijke positie: vaak verlenen ze steun aan de ouder(s), in plaats van bescherming van hen te krijgen. Getuige zijn van geweld in deze periode kan van grote invloed zijn op het gevoel van, én de daadwerkelijke veiligheid. Blootstelling aan geweld in de adolescentie is geassocieerd met het optreden van geweld in tienerrelaties, een vroege seksuele start, seksueel risicogedrag, soa en tienerzwangerschap. Het is ook gerelateerd aan intergenerationele transmissie: de kans dat een kind als volwassene dader of slachtoffer wordt is 1 op 3. Daarnaast hebben deze kinderen ook vaker te maken met gedrags- en leerproblemen, suïcide, drugs- en alcoholmisbruik en andere psychische klachten.

Adolescenten die zijn blootgesteld aan geweld zijn bang de controle over de situatie te verliezen. Hierbij spelen (een gevoel van) onveiligheid, wantrouwen, angst voor consequenties en onwetendheid waar hulp te krijgen een rol. Vooralsnog zijn er weinig interventies beschikbaar en die hebben bovendien een hoge drempel (toestemming van ouders vereist, verzekeringsgegevens vereist of niet beschikbaar in de buurt).

Bij een inventarisatie van de wensen over hulpverlening bij jongeren uit een algemene populatie bleken de belangrijkste thema's: vertrouwelijkheid, informatie, advies en een luisterend oor.[3] Aangezien, in 2013, 100% van de jongeren tussen de 12 en 25 jaar toegang had tot internet en zij dit vooral gebruiken voor communicatie en informatie zoeken, zouden webgebaseerde interventies (e-health) mogelijk een rol kunnen spelen in de zorg voor adolescenten. Het is bekend dat e-healthinterventies laagdrempelige hulp kunnen bieden, waarbij anonimiteit en vertrouwelijkheid het belangrijkst lijken te zijn. Peer support wordt hierbij gezien als effectief in informatie delen, emotionele en instrumentele steun geven en gedragsverandering.

CONCLUSIE

Adolescenten die zijn blootgesteld aan huiselijk geweld en hierbij hulp zoeken hebben een aantal wensen en behoeften, waarbij veiligheid en vertrouwen vooropstaan. Bestaande hulpverlening lijkt hier nog onvoldoende bij aan te sluiten. Huisartsen kunnen laagdrempelig ondersteuning bieden door adolescenten alleen te laten komen, te luisteren, te wijzen op het beroepsgeheim en hen zo nodig te begeleiden naar een geschikte vorm van hulpverlening. E-healthmethodes lijken hierbij kansrijk. Het kan nuttig zijn hierbij (anoniem) advies te vragen aan collega's of het AMK. Bij het ontbreken van acuut levensgevaar is er voldoende tijd om dit traject te doorlopen, zodat het vertrouwen van de adolescent niet geschaad hoeft te worden.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Waaraan moet een e-healthinterventie voldoen voor adolescenten die getuige zijn van geweld en is deze interventie effectief?[4] ■

LITERATUUR

1 Nederlands JeugdInstituut. Dossier Partnergeweld. 2014 [cited 2014 18-03-2014]; Available from: http://www.nji.nl/Gevolgen-voor-het-kind.
2 KNMG. KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. 2014 [cited 2014 1-5-2014]. Available from: http://www.knmg.nl/meldcode.
3 Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals: a review of the literature. J Adolesc 2007;30:639-53.
4 http://www.feel-the-vibe.nl.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, gender & women's health, Postbus 9101, huispost 117, 6500 HB Nijmegen: K. van Rosmalen-Nooijens, aiotho • Correspondentie: karin.vanrosmalen-nooijens@radboudumc.nl

Aart Hendriks, Just Eekhof

NASCHOLING

Een patiënt die strafbare feiten pleegt

INLEIDING

Huisartsen krijgen in de dagelijkse praktijk geregeld te maken met dilemma's die een juridisch staartje kunnen krijgen. De huisarts moet vragen beantwoorden als: mag een dochter het obductieverslag van haar overleden vader inzien? Heeft een gescheiden vader recht op een kopie van het medisch dossier van zijn kinderen? Is er wel sprake van een natuurlijke dood indien een patiënt is komen te overlijden na het vallen van de trap? En mag een huisarts bij een gewelddadige patiënt de behandelingsrelatie opzeggen? Huisartsen zijn vaak niet op de hoogte van de juridische regels en de daarop betrekking hebbende KNMG-richtlijnen. In de serie 'Huisarts en recht' bespreken een gezondheidsjurist en een huisarts een aantal veelvoorkomende juridische problemen waarmee huisartsen te maken krijgen.

VRAAG

Wat kan of moet een huisarts doen als hij weet dat zijn patiënt strafbare feiten heeft gepleegd of mogelijk gaat plegen? Geldt voor de huisarts dan onverkort zijn beroepsgeheim? Of mag of moet hij dan spreken? Maakt het daarbij uit of het delict reeds heeft plaatsgevonden of dat een arts door te spreken schade kan helpen voorkomen? Alvorens nader in te gaan op dit vraagstuk, eerst een achtergrondschets.

ACHTERGROND: INFORMATIE EN GEHEIMHOUDING

Een huisarts kan zijn werk niet goed verrichten zonder gegevens van en over zijn patiënt. De patiënt zelf is vaak de belangrijkste informatiebron. Dat begint al bij de anamnese: het verhaal van de patiënt is uitgangspunt. Maar de huisarts kan ook zaken waarnemen (bijvoorbeeld een schotwond) of informatie verkrijgen door middel van onderzoek bij de patiënt. Daarnaast kan de huisarts, gevraagd of ongevraagd, informatie krijgen over de patiënt van andere hulpverleners (onder anderen de medisch specialist of via het dossier van de 'oude' huisarts), familie of andere personen en instanties.

Voor de huisarts is niet alle informatie even relevant voor het stellen van een diagnose, het formuleren van een behandelplan of het opstellen van een verwijsbrief. De overbodige gegevens kan de huisarts terzijde leggen. Of niet? Uit de informatie die de huisarts verzamelt, kan ook blijken dat de patiënt zich inlaat met illegale praktijken. Zo kan de patiënt thuis een wietplantage hebben, zich schuldig maken aan uitkeringsfraude of zijn partner blootstellen aan huiselijk geweld. Anders dan bij geweld tegen de huisarts zelf, heeft de huisarts persoonlijk geen 'last' van deze praktijken. Maar deze handelwijzen kunnen wel knagen aan het geweten, het rechtsgevoel en de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de huisarts.

Dit roept de vraag op of een huisarts naar aanleiding van ongeoorloofde praktijken door een patiënt actie dient te ondernemen door te spreken, bijvoorbeeld richting de politie of een andere instantie. Maakt het daarbij uit of de huisarts de informatie verkrijgt van de patiënt zelf of van anderen? Wat is in die situaties de betekenis van het beroepsgeheim? Wat schrijft de huisarts wel of niet in het dossier? Wij behande-

Samenvatting

Hendriks AC, Eekhof JAH. Een patiënt die strafbare feiten pleegt. Huisarts Wet 2014;57(7):364-8.

Een huisarts weet soms van een patiënt dat hij zich inlaat met strafbare feiten. De patiënt kan bijvoorbeeld huur- of uitkeringsfraude plegen, kinderporno downloaden of zonder geldig rijbewijs een auto besturen. Moet een huisarts naar aanleiding hiervan actie ondernemen richting de politie of een andere instantie? Maakt het daarbij uit of de huisarts deze kennis heeft verkregen van de patiënt zelf of van anderen? Wat is in die situaties de betekenis van het beroepsgeheim? Wat noteert de huisarts wel of niet in het dossier? Wij behandelen hier de belangrijkste *do's* en *don'ts*.

De kern

- Het beroepsgeheim van de (huis)arts heeft ook betrekking op kennis over strafbare feiten die zijn patiënt heeft gepleegd. Uitgangspunt is dat de huisarts hierover tegenover alle anderen – inclusief politie en justitie – zwijgt, tenzij de patiënt toestemming geeft om te spreken.
- Een huisarts is geen opsporingsambtenaar. Voor een huisarts is er ook nooit een aangifteplicht.
- Slechts in bijzondere gevallen mag de (huis)arts bij strafbare feiten zijn beroepsgeheim doorbreken.
- Spreken in plaats van zwijgen is volgens het conflict-van-plichtenmodel alleen gerechtvaardigd indien de arts door te spreken ernstige en anders onvermijdbare schade kan helpen voorkomen en andere interventies richting patiënt niet effectief zijn.
- De dreigende schade moet betrekking hebben op de gezondheid of het leven van anderen of van de patiënt zelf. Bij zuivere vermogensschade – zoals bij fraude – is doorbreking van de zwijgplicht niet toegestaan.
- Spreekt de huisarts te snel, dan vormt dat een strafbaar feit (schending van het beroepsgeheim).
- Een huisarts moet voorzichtig omgaan met informatie over strafbare feiten die hij verkrijgt via anderen dan de patiënt. De huisarts is ook dan gehouden aan zijn beroepsgeheim.
- Indien een huisarts zaken vermeldt in het medisch dossier, heeft de patiënt altijd recht op inzage. De huisarts moet daarom optimaal open zijn tegenover de patiënt, ook vanwege het belang van de vertrouwensrelatie.

Universiteit Leiden, Instituut voor Publiekrecht, Staats- en Bestuursrecht, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Postbus 9520, 2300 RA Leiden: prof.mr.dr. A.C. Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht en coördinator gezondheidsrecht KNMG. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog en hoofdredacteur Huisarts en Wetenschap • Correspondentie: a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

Jan Gerards (42), werkzaam als begeleider op een kinderdagverblijf, komt sinds een jaar geregeld met moeilijk te duiden psychosociale klachten bij zijn huisarts. Gerards klaagt over spanningshoofdpijn en slaapproblemen. Die klachten zouden samenhangen met zijn slechte huwelijk. Zijn vrouw en hij zouden bovendien seksueel op elkaar zijn 'uitgekeken', iets wat de kwaliteit van de relatie niet ten goede komt. De huisarts heeft hem verwezen naar de POH-ggz voor ontspanningsoefeningen en adviezen over slaaphygiëne, maar de heer Gerards heeft weinig vertrouwen in de POH en zijn problemen nemen nauwelijks af.

Afgelopen dinsdagochtend kwam de heer Gerards nerveuzer dan anders op de praktijk. Hij moest iets bekennen, zo begon hij het gesprek. Sinds enige tijd voelde hij zich seksueel erg aangetrokken door een van de kinderen op het kinderdagverblijf waar hij werkte. Nee, er was nooit iets gebeurd en Gerards was ervan overtuigd dat hij het kind nooit zou misbruiken. Maar hij had afgelopen maanden wel veelvuldig kinderporno gedownload en thuis bekeken. Zijn vrouw, die dit had opgemerkt, eiste dat Gerards zich onder behandeling zou stellen.

len hieronder de belangrijkste *do's* en *don'ts*, met aandacht voor relevante KNMG-richtlijnen. En om het onderwerp af te bakenen verstaan we onder 'illegale praktijken' handelingen die strafrechtelijk zijn verboden. In deze bijdrage gaan we niet in op handelwijzen die door de meeste mensen worden afgekeurd – zoals vreemdgaan zonder medeweten van de partner – maar waarop geen strafrechtelijke sanctie staat.

Het beroepsgeheim van de arts vormt een waarborg voor de vrije toegang tot de zorg en de privacy van de patiënt.[1] Op grond van deze plicht moet de arts zwijgen over *alles* wat hij over zijn patiënten te weten is gekomen [**kader**]. Naast een algemene zwijgplicht heeft de arts een verschoningsrecht. Op grond van dit laatste hoeft de arts geen getuigenis af te leggen tegenover of vragen te beantwoorden van politie en justitie (officier van justitie, rechter-commissaris en rechter). Ook hoeft een arts geen patiëntendossier te overleggen als de politie daarom vraagt. Het beroepsgeheim dient voorts ruim te worden uitgelegd. Onder dit geheim valt niet alleen 'medische informatie', maar alles was de arts in het kader van de beroepsuitoefening te weten is gekomen over een patiënt [**kader**]. Volgens de Hoge Raad valt ook informatie over het verlof van een patiënt onder het beroepsgeheim.

Het beroepsgeheim van de arts dient belangrijke doelen. Deze op artsen rustende norm bestaat zodat iedereen die hulp of bijstand behoeft zich vrij voelt om zich tot een arts te wenden en erop kan rekenen dat deze vertrouwelijk met zijn gegevens omgaat. Het beroepsgeheim dient aldus zowel een algemeen belang (toegankelijkheid van de zorg), als een individueel belang van de patiënt (de gezondheid en de privacy van patiënt).

Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. In bepaalde, hieronder te bespreken gevallen, mag de (huis)arts zijn zwijgplicht doorbreken door te spreken of gegevens te overleggen. Wat geldt nu voor een huisarts die hoort of ziet dat zijn patiënt zich inlaat met illegale praktijken, zoals het downloaden van kinderporno? Wat is dan de betekenis van het beroepsgeheim, naast de eventuele plicht voor de arts om de patiënt zodanig te behandelen en monitoren dat deze niet tot strafbare handelingen overgaat?

Omvang van het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim omvat alle informatie die een arts in de uitoefening van zijn beroep over de patiënt te weten komt, ook niet-medische zaken en zaken die de arts buiten de patiënt om te weten komt.[2]

REGELS EN VALKUILEN

Mensen die getuige zijn van een strafbaar feit, zoals diefstal of vernieling, kunnen daarvan aangifte doen bij een bevoegde opsporingsambtenaar (politie). Aldus bepaalt de wet. Via een aangifte verzoekt het slachtoffer of de getuige de officier van justitie tot het instellen van een strafrechtelijk onderzoek. Zo'n aangifte kan mondeling, schriftelijk of, in enkele gevallen, via de website van de politie plaatsvinden.

Het doen van aangifte zien we vaak als een morele burgerplicht, dat wil zeggen een gedraging die we van goede burgers verwachten. Maar op schending van deze norm staat geen wettelijke sanctie. Slechts in enkele gevallen bestaat er in Nederland een juridische plicht tot het doen van aangifte. Dan gaat het om zeer ernstige misdrijven, zoals moord, doodslag en verkrachting.

Voor artsen bestaat er nooit een aangifteplicht, ook niet in geval van levensdelicten. De wetgever heeft de principiële keuze gemaakt dat het beroepsgeheim van artsen zwaarder weegt dan de morele en soms juridische plicht om aangifte te doen in geval van strafbare feiten. De wetgever achtte de vrije toegang tot de zorg en de privacy en gezondheid van de patiënt belangrijker dan de opsporing van strafbare feiten. Slechts in bijzondere gevallen mag de arts meer gewicht toekennen aan het bestrijden van strafbare feiten en daartoe zijn geheimhoudingsplicht doorbreken. Daarop gaan we in deze bijdrage nader in. Daarbij willen we (huis)artsen direct waarschuwen dat zij deze uitzonderingen niet tot regel mogen bombarderen. Door het beroepsgeheim te snel te doorbreken, kan hij zelf (tucht)rechtelijk worden veroordeeld. Ook al wil een arts door te spreken een strafbaar feit helpen voorkomen of oplossen, een ongeoorloofde doorbreking van het beroepsgeheim vormt een zelfstandig strafbaar feit.

Volledigheidshalve voegen we daar direct aan toe dat deze principiële keuze van de wetgever ten faveure van het beroepsgeheim bovenal geldt voor behandelend artsen, zoals huisartsen. Voor beoordelend artsen, zoals verzekeringsartsen die moeten adviseren over de aanspraak op een uitkering, geldt soms wel een meldplicht bij vermoedens van bijvoorbeeld uitkeringsfrau-

Abstract

Hendriks AC, Eekhof JAH. Patients who have committed a criminal offence. Huisarts Wet 2014;57(7):364-8.

General practitioners sometimes know that a patient has committed a criminal offence, such as rental or benefit fraud, downloading child pornography, or driving without a valid driving licence. Is the GP obliged to report these cases to the police or other authorities? Does it make a difference whether the GP has acquired this information from the patient or another person? What is the role of doctor-patient confidentiality in this context? What information should the GP enter into the patient's medical record? This article discusses the most important do's and don'ts.

de. Met beoordelend arts doelen we kortheidshalve op artsen die een 'patiënt' in opdracht van een ander dan de patiënt aan een onderzoek onderwerpen en over zijn lichamelijke of geestelijke gezondheid moeten adviseren met het oog op bijvoorbeeld rijgeschiktheid, arbeidsongeschiktheid of toerekeningsvatbaarheid voor strafbare feiten. In sommige gevallen fungeren ook huisartsen als beoordelend arts (denk aan rijbewijskeuring), mits dat maar niet bij een eigen patiënt gebeurt. Ook voor forensisch artsen geldt tot op zekere hoogte een spreekplicht. Niet onvermeld kan blijven dat het beroepsgeheim geregeld onder druk staat. In dit opzicht kunnen we ter illustratie wijzen op de commotie die is ontstaan naar aanleiding van de schietpartij in Alphen aan den Rijn, enkele jaren geleden, en de kritiek die er daarbij was op de behandelend psychiaters. Volgens sommigen hadden zij ten onrechte niet gemeld dat Tristan van de V. een gevaar vormde voor anderen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) nam het deze artsen ook kwalijk dat zij niet regelmatig een risicotaxatie hadden uitgevoerd en hierover niets hadden opgenomen in het medisch dossier.[3]

Voor huisartsen is en blijft het uitgangspunt dat zij in de eerste plaats de behandelaar zijn van hun patiënten. Dat vraagt om een vertrouwensrelatie met een zwijgplicht. Ze zijn niet aangesteld om te fungeren als opsporingsambtenaar. Huisartsen die, om welke reden ook, te snel besluiten hun geheimhoudingsplicht te doorbreken, lopen daarom ook het risico hiervoor juridisch aansprakelijk te worden gesteld. Maar wat is te snel? Dat bepalen we veelal aan de hand van het conflict-van-plichtenmodel.

ZWIJGPLICHT EN DOORBREKING

Het beroepsgeheim, dat uitgaat van een zwijgplicht, vormt dus het kompas voor de huisarts, zeker in zijn hoedanigheid als behandelaar. Dit geldt ook bij patiënten die strafbare feiten hebben gepleegd of mogelijk gaan plegen. Op de zwijgplicht bestaan enkele uitzonderingen waarvan er in dit verband drie relevant zijn.

In de eerste plaats *mag* een huisarts spreken met of anderszins informatie doorgeven aan anderen indien de patiënt daarvoor toestemming geeft. Hierbij kunnen we bijvoorbeeld denken aan de situatie dat de patiënt er vrijwillig mee instemt dat een medisch adviseur van een verzekeraar via gerichte vragen informatie opvraagt.[4] In de tweede plaats *moet* de huisarts bepaalde gegevens verstrekken aan anderen indien de wet daartoe verplicht. Bij wijze van illustratie kunnen we wijzen op de plicht voor artsen om bepaalde besmettelijke ziekten te melden bij de GGD en de rapportageplicht die voor artsen geldt tegenover de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie in geval van euthanasie en hulp bij zelfdoding. In de derde plaats *kan* een arts besluiten zijn geheimhoudingsplicht te doorbreken in geval van een zogeheten conflict van plichten – de situatie waar we het in deze bijdrage over hebben en waarbij de vraag 'Wat is te snel?' in het bijzonder relevant is.

Met een conflict van plichten doelt men vanouds op een situatie waarbij de (huis)arts te maken krijgt met twee tegenstrijdige plichten. Enerzijds de wettelijke plicht om te zwijgen over wat hij weet en anderzijds de gevoelde noodzaak om te spreken tegenover anderen. Volgens vaste rechtspraak mag een arts zijn zwijgplicht in dergelijke gevallen alleen doorbreken indien hij, door te spreken, ernstige schade kan helpen voorkomen die zonder te spreken vrijwel zeker zal optreden. En dat mag pas wanneer de (huis)arts dat doel, het voorkomen van ernstige schade, niet anderszins kan bewerkstelligen – bijvoorbeeld door de patiënt zelf ertoe te bewegen anderen te informeren of door de patiënt te stimuleren van zijn voornemen af te zien. In de (tucht)rechtspraak is keer op keer uitgemaakt dat het volgens het zogeheten conflict-van-plichtenmodel moet gaan om het *voorkomen* van *ernstige* en hoogstwaarschijnlijk *onafwendbare* schade. Dat betekent onder meer dat een doorbreking van het beroepsgeheim niet is toegestaan bij mogelijk 'minimale' schade. Evenmin mag de zwijgplicht worden doorbroken bij mogelijk ernstige schade, maar waarover niet valt te zeggen of die überhaupt zal ontstaan. Wat betreft dit laatste kunnen we denken aan een patiënt met een arbeidsconflict, die woedend uitroept dat 'ze' nog niet van hem af zijn. Daarnaast volgt uit de rechtspraak over een conflict van plichten dat een doorbreking van het beroepsgeheim niet toelaatbaar is indien de schade reeds is toegebracht. Bijvoorbeeld een patiënt die in de spreekkamer stoer meldt dat hij een paar jaar geleden iemand opzettelijk heeft aangereden, maar dat noch het slachtoffer noch de politie weet dat hij het was. De zwijgplicht voor de (huis)arts geldt ook onverkort als het gaat om ernstige, eerder toegebrachte schade, zoals een moord of verkrachting. Ook al erkent een patiënt tegenover de huisarts dat hij een aanrijding, moord of verkrachting heeft gepleegd, dan is het niet aan de huisarts dit aan de politie te melden. Zo'n doorbreking, zonder toestemming van de patiënt, zou de (huis)arts alleen kunnen rechtvaardigen indien hij concrete aanwijzingen heeft dat de patiënt dergelijke schade nog eens zal veroorzaken of indien hij ernstige vervolgschade bij het slachtoffer kan voorkomen. Denk aan een patiënt die zich schuldig blijft maken aan kindermishandeling, respectievelijk een patiënt die een ander zonder diens medeweten een schadelijke dosis medicatie heeft toegediend, waarbij een interventie nodig is.

Doorbreken van het beroepsgeheim
Een arts kan zijn beroepsgeheim doorbreken als sprake is van:[2]
1. toestemming van de patiënt of
2. een wettelijke plicht tot spreken of
3. een conflict van plichten.

ERNST VAN DE SCHADE

Uit bovenstaande voorbeelden komt naar voren dat men met 'ernstige schade' bovenal doelt op schade voor de gezondheid of het leven van anderen. Het is om die reden dat de KNMG bijvoorbeeld de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld heeft opgesteld.[5] Deze code vormt een uitwerking van het conflict-van-plichtenmodel voor specifieke situaties en beoogt de arts houvast te bieden bij vermoedens van kindermishandeling en huiselijk geweld. Op grond van dit document is de arts verplicht tot handelen, en eventueel tot

melden, bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld. Dergelijke vormen van geweld zijn niet alleen strafbaar, maar vormen ook een bedreiging voor de gezondheid en het leven van het slachtoffer. Om soortgelijke redenen nemen juristen, ook volgens het conflict-van-plichtenmodel, aan dat een huisarts zo nodig zijn beroepsgeheim mag doorbreken, door te melden aan de politie, indien hij weet dat een dronken patiënt voornemens is een auto te besturen. Openbare dronkenschap is niet alleen een strafbaar feit; een dronken bestuurder vormt ook een ernstig gevaar voor het leven van anderen en hemzelf. Om dezelfde reden verwachten we van (huis)artsen dat zij collega's die onder invloed van alcohol of drugs patiëntenzorg verlenen, indringend hierop aanspreken en bijvoorbeeld wijzen op het project ABS-artsen. Daarentegen is het een huisarts niet toegestaan te melden dat hij weet dat zijn patiënt iemand anders onder invloed van drank heeft aangereden, als de schade reeds is ontstaan.

Van sommige strafbare feiten die onder de aandacht van een huisarts komen is niet altijd duidelijk of zij schade voor de gezondheid of het leven van anderen (of de patiënt zelf) tot gevolg hebben. Wij noemen daarvan twee voorbeelden: het downloaden van kinderporno en het kweken van wiet. Niemand kan volhouden dat het enkele feit dat iemand kinderporno downloadt of wiet teelt schadelijk is voor de gezondheid. Maar het in stand houden van kinderporno en het vaak illegaal aftappen van energie voor de teelt van wiet kunnen dat wel zijn. Bovendien kunnen belangstelling voor kinderporno en het gebruik van wiet duiden op risico's op of leiden tot gezondheidsschade. Van de (huis)arts kan daarom niet worden verwacht dat hij, als hij van deze informatie op de hoogte is, niets met deze kennis doet, zeker als een patiënt – zoals in de casus – kenbaar maakt zich aangetrokken te voelen tot een bepaald kind. De huisarts in bovenstaande casus moet daarom het gesprek aangaan met Gerards en kan daarbij het verzoek van zijn vrouw betrekken. Aan het downloaden van kinderporno en het gebruik van wiet kan ook een hulpvraag ten grondslag liggen. Bij bekendheid met deze strafbare feiten mogen we daarom van een huisarts verwachten dat hij de patiënt daarop aanspreekt en met de patiënt zoekt naar passende behandelingsopties. Slechts bijkomende omstandigheden – zoals de wetenschap dat iemand niet enkel kinderporno downloadt, maar ook kinderen misbruikt of wiet van inferieure kwaliteit verkoopt die een gevaar vormt voor de volksgezondheid – kunnen een doorbreking van het beroepsgeheim rechtvaardigen, bijvoorbeeld in de vorm van het waarschuwen van de politie. Kortom, na kennisname van strafbare feiten door een patiënt waarbij ernstige schade voor het welzijn en leven van anderen dreigt, moet een huisarts in actie komen. De gouden regel hierbij is om eerst de patiënt daarop aan te spreken. Melden, zeker bij de politie, gebeurt pas als andere middelen zijn uitgeput of indien er acuut gevaar dreigt. De huisarts moet de eigen handelwijze altijd via het conflict-van-plichtenmodel kunnen verantwoorden.

Nog lastiger voor een huisarts om te beoordelen of hij moet zwijgen of spreken is de situatie waarbij een patiënt zich inlaat met clandestiene handelwijzen die geen (rechtstreeks) gevaar vormen voor de volksgezondheid. Denk aan een patiënt die uitkerings- of zorgfraude pleegt. Volgens de KNMG-Gedragsregels voor artsen moeten artsen zorgvuldig en rechtmatig met voor de zorg bestemde gelden omgaan.[6] Indien andere artsen dit niet doen, verwacht men van artsen dat zij elkaar daarop aanspreken. Deze gedragsregels hebben echter geen betrekking op het handelen van patiënten. Toch zullen huisartsen een, minimaal morele, plicht voelen om patiënten op hun gedrag aan te spreken indien ze voor uitkeringen of zorg bestemde gelden onrechtmatig verkrijgen. (Voor verzekeringsartsen en artsen maatschappij en gezondheid is dit deels anders. Op grond van wetgeving en een richtlijn van NVVG (verzekeringsartsen) en KAMG (artsen maatschappij en gezondheid) moeten zij in bepaalde situaties melding doen van vermoedens van zorg- en uitkeringsfraude.) Een huisarts heeft bovendien een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Als de patiënt zich niet laat corrigeren, ontstaat er een probleem. Zolang frauduleuze handelingen geen gevolgen hebben voor de gezondheid van mensen, kan – zonder dat een wet daartoe verplicht – doorbreking van het beroepsgeheim niet aan de orde zijn. Indien een huisarts het niet met zijn geweten kan verenigen dat hij een overeenkomst heeft met een patiënt die doelbewust frauduleuze handelingen verricht, kan eventueel de behandelingsovereenkomst worden doorbroken, gesteld dat er juridisch sprake is van 'gewichtige redenen'.[7] Dat zal nog niet eenvoudig zijn om aan te tonen.

DOSSIER

Moet een huisarts bij (vermoedens van) strafbare feiten door patiënten hierover aantekening maken in het medisch dossier van de patiënt? Dat is in de regel niet het geval. Een medisch dossier bevat informatie die van belang is voor de kwaliteit en de continuïteit van de behandeling. Het medisch dossier is daarom niet bedoeld voor informatie over mogelijke strafbare feiten.

Op deze regel bestaat een uitzondering. Indien de strafbare handeling een aantoonbaar gevaar vormt voor anderen of voor de persoon zelf, ligt opname in het medisch dossier wel voor de hand. Uit het bovenstaande blijkt reeds dat men van een arts verwacht dat hij de betrokken patiënt daarop aanspreekt. In geval van vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld is die verwachting via de KNMG Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld zelfs verworden tot een plicht om actie te ondernemen.

Indien van strafbare feiten aantoonbare gevaren uitgaan voor anderen of voor de patiënt zelf, verwacht men daarom van de huisarts dat hij de patiënt daarop aanspreekt. Hiervan behoort de huisarts aantekening te maken in het medisch dossier van de patiënt. Uit de verslaglegging moet ook duidelijk worden waarom een huisarts al dan niet is overgegaan tot doorbreking van zijn beroepsgeheim. In andere gevallen blijft vermelding van het strafbare feit in het medisch dossier achterwege.

INFORMATIE VAN ANDEREN

Tot nu toe gingen we ervan uit dat een huisarts zelf illegale praktijken had geconstateerd. In de praktijk komt het echter ook voor dat anderen de huisarts ervan in kennis stellen

dat bepaalde zaken niet 'in de haak' zijn. Zo kan een huisarts tijdens een consult met een huisgenoot van de patiënt informatie krijgen over strafbare handelingen van de patiënt. Ook gebeurt het dat een huisarts een telefoontje krijgt van een buurvrouw, die bijvoorbeeld zegt dat zij zich zorgen maakt omdat een patiënt onder invloed of zonder rijbewijs autorijdt. In bovenstaande casus geeft de vrouw van Gerards ook een duidelijk advies: Gerards moet zich onder behandeling stellen.

Het staat de huisarts vrij om informatie te ontvangen van anderen dan de eigen patiënten en deze personen aan te horen. Dat vormt soms een welkome en belangrijke aanvulling op de eigen kennis over een patiënt. Naar aanleiding van deze informatie zal een huisarts soms ook in actie (moeten) komen, afhankelijk van de ernst van de mogelijke schade. Maar huisartsen moeten zich daarbij wel bewust zijn van de mogelijkheid dat de informatie niet (helemaal) klopt. Verificatie is altijd nodig. Huisartsen weten nooit precies of de melder, naast oprechte bezorgdheid, andere belangen heeft om hen te bellen. Er kan sprake zijn van relatie- of burenproblemen, waarbij de huisarts ongewild betrokken kan raken. Daarnaast moet een huisarts zich realiseren dat hij tegenover 'informanten' gehouden is aan het beroepsgeheim, zeker als de andere persoon geen vertegenwoordiger is van de patiënt en de patiënt geen weet heeft van de melding. De huisarts moet proberen te voorkomen dat de vertrouwensrelatie met de patiënt onder druk komt te staan door een goed bedoelde melding van een betrokken huisgenoot of buur. Daarvan is al snel sprake als de huisarts van de betrokken huisgenoot of buur niet alleen informatie in ontvangst neemt, maar deze huisgenoot of buur ook informatie verstrekt zonder dat de patiënt daarvan weet heeft ('U moet weten dat ik wekelijks bij de patiënt op bezoek ga en wat u nu vertelt is mij nog nooit opgevallen.') Door te antwoorden of anderszins te reageren richting melder, verstrekt de huisarts al snel informatie over zijn patiënt die onder zijn geheimhoudingsplicht valt. Dat is niet toegestaan, tenzij de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven.

Het is aan het professionele oordeel van de huisarts of hij met de verkregen informatie stappen onderneemt richting de patiënt. Dat geldt ook wat betreft het maken van aantekeningen in het dossier. Als de huisarts besluit zaken in het dossier te vermelden, dan moet hij zich realiseren dat de patiënt altijd het recht heeft inzage in het eigen dossier te verlangen. Alleen al om die reden doet men er verstandig aan naar zijn patiënt en naar de melder openheid te betrachten: tegen de melder zeggen dat hij de patiënt laat weten dat de melder heeft gebeld en aan de patiënt vertellen wat de melder heeft verteld.

ANTWOORD OP VRAAG

Uit het bovenstaande volgt dat een huisarts bij kennis van strafbare feiten gepleegd of te plegen door een patiënt slechts in uitzonderingsgevallen mag overgaan tot doorbreking van zijn zwijgplicht. Deze informatie valt geheel onder zijn beroepsgeheim en mag in de regel alleen worden geopenbaard met toestemming van de patiënt. Of doorbreking van het beroepsgeheim zonder toestemming van de patiënt geoorloofd is, moet de huisarts bepalen aan de hand van het conflict-van-plichtenmodel, waarbij hij vooral kijkt naar de ernst van de schade, de waarschijnlijkheid dat die zich voordoet en de mogelijkheid die schade, door te spreken, te helpen voorkomen. Melden aan anderen – waaronder de politie – mag in de regel slechts als andere interventies richting de patiënt niet zijn gelukt of in geval van acute nood.

CONCLUSIES

- Het beroepsgeheim van de (huis)arts heeft ook betrekking op kennis aangaande strafbare feiten die zijn patiënt heeft gepleegd.
- Uitgangspunt is dat de huisarts over deze informatie tegenover alle anderen – inclusief politie en justitie – zwijgt, tenzij de patiënt toestemming heeft gegeven om te spreken.
- Slechts in zeer bijzondere gevallen, te bepalen aan de hand van het conflict-van-plichtenmodel, mag de (huis)arts bij strafbare feiten zijn beroepsgeheim zonder toestemming van de patiënt doorbreken.
- Een en ander is afhankelijk van de ernst en waarschijnlijkheid van de gezondheids- of levensschade, die zonder te spreken anders vrijwel zeker zal intreden. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering van de serie 'Huisarts en recht'.

LITERATUUR

1 KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010). Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Richtlijnen-inzake-het-omgaan-met-medische-gegevens-2010.htm.
2 KNMG-Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie (2012). Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-beroepsgeheim-en-politiejustitie-2012-1.htm.
3 IGZ. Rapport calamiteitenonderzoek naar de hulpverlening aan V., dader van het schietincident in Alphen aan den Rijn op 9 april 2011. Den Haag: IGZ, september 2011.
4 Hendriks AC, Eekhof J. Verzoek van medisch adviseur van verzekeraar om informatie. Huisarts Wet 2013;56:130-3.
5 KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2012). Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2012.htm.
6 KNMG-Gedragsregels voor artsen. Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Themadossier-Gedragsregels-en-richtlijnen/Gedragsregels-en-richtlijnen-algemeen.htm.
7 Drewes YM, Eekhof J. Als een huisarts van een patiënt af wil. Huisarts Wet 2013;56:282-5.

RELEVANTE (TUCHT)UITSPRAKEN

HR 10 december 2013, ECLI:NL:HR:2013:1736
College van Toezicht NIP 20 juni 1997, *TvGR* 1999, 43.
CTG 30 augustus 2012, nr. C2011/302, Stcrt. 2012, 18829, GJ 2013, 4 (m.nt. T.M. Schalken), MC 2012, p. 2598 (m.nt. H. van Santen & Y.M. Drewes), LJN YG2310.

PRAKTISCH

Voor verdere gezondheidsrechtelijke of ethische vragen (alleen voor KNMG-leden): KNMG Artseninfolijn. Telefoon: 030-282 33 22 (maandag t/m vrijdag: 8.30-17.00 uur). E-mail: artseninfolijn@fed.knmg.nl.
ABS-artsen, steunpunt voor artsen met een verslavingsprobleem. http://knmg.artsennet.nl/Diensten/ABSartsen/ABSartsen-assessment-en-behandeling.htm

Ondertussen in TPO...

In het redactioneel gaat het nieuwste redactielid van TPO – Mattees van Dijk – in op het begrip zelfmanagement. Is het alleen een trending topic bij beleidsmakers en managers in de zorg of is het ook echt een oplossing voor patiënten? Hij benadrukt dat de praktijkondersteuners vooral oog moeten hebben voor de individuele patiënt en zijn behoeften.

WIE KIEST ER VOOR PAS?

Hoving et al. hebben onderzoek gedaan naar het online advies-op-maatprogramma Persoonlijk Advies bij het Stoppen met roken (PAS). Met PAS kunnen praktijkondersteuners hun patiënten goed helpen bij stoppen met roken en PAS is bewezen (kosten)effectief. Toch gebruikten praktijkondersteuners PAS vaak niet, en het was onduidelijk waarom. Daarom hebben ze twee kleinschalige onderzoeken gedaan om redenen van adoptie (start gebruik PAS, n = 139) en implementatie (blijvend gebruik PAS, n = 56) van PAS onder praktijkondersteuners te achterhalen.

Slechts een minderheid van deelnemers (38-39%) wilde PAS adopteren of implementeren. Praktijkondersteuners die positiever over PAS dachten en door anderen gesteund werden om PAS te gebruiken, kozen vaker voor adoptie en implementatie van PAS. De adoptie en implementatie van PAS zijn dus nog niet optimaal. Om te zorgen dat praktijkondersteuners PAS op grotere schaal gaan gebruiken, lijkt het in elk geval nodig om hen te laten zien welke positieve ervaringen en resultaten andere praktijkondersteuners hebben behaald, en ook dat patiënten uit hun eigen praktijk daadwerkelijk geïnteresseerd zijn in PAS.

DIABETES EN DEPRESSIE IN DE PRAKTIJK

Oostdijk en De Vries laten in hun beschouwing zien hoe praktijkondersteuners alert moeten zijn op depressie bij hun patiënten met diabetes. Eén op de zes diabetespatiënten kampt met depressieve klachten en slechts 20 tot 50 procent hiervan wordt herkend. Een depressie heeft invloed op het verloop van diabetes en vice versa. Zo hebben diabetespatiënten met depressieve symptomen vaker een hoger HbA1C. Screening op depressieve symptomen maakt preventie mogelijk, wat de kans op diabetesgerelateerde complicaties verkleint.

'ZEG EENS: AAAA'

Van Dam et al. gaan dieper in op de rol van de praktijkondersteuner bij mondgezondheid omdat de mondgezondheid van een patiënt nauw samenhangt met zijn algemene gezondheid. Zo kunnen parodontitis en het voorstadium gingivitis (tandvleesontsteking) leiden tot een verstoorde glykemische controle bij patiënten met diabetes mellitus type 2. Parodontitis komt bovendien vaker voor bij onder meer mensen met diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en overgewicht. Doordat de praktijkondersteuner deze mensen geregeld ziet, heeft zij de kans om extra aandacht te besteden aan mondhygiëne en regelmatig tandartsbezoek. Omdat parodontitis zich vaak langzaam ontwikkelt en lang ongemerkt kan blijven, merkt de patiënt dus niet altijd de ernst van de situatie. De praktijkondersteuner kan actief vragen naar de mondgezondheid en letten op een slechte adem.

IS HET DIABETES TYPE 2?

Van Wijland zet helder uiteen waar je aan moet denken als je twijfelt aan de diagnose diabetes mellitus type 2. Het kan namelijk gaan om type 1, MODY (maturity onset diabetes of the young) of LADA (latent autoimmune diabetes of the adult). Op welke signalen moet je als praktijkondersteuner letten en waar moet je specifiek naar vragen?

En hoe zorg je voor goed overleg met de huisarts en de kaderarts? De LTA Diabetes mellitus type 2 geeft aanwijzingen over het raadplegen van de tweede lijn: of je de internist consulteert, of naar de internist verwijst.

HOE ZWAAR HET IS OM ZWAAR TE ZIJN

In een dubbelinterview over de obesitasklinkiek komt de bariatrische chirurgie uitgebreid aan bod. Arts Françoise Langens vertelt over de voor- en nadelen van gastric bypass en (ex-)patiënt Marsella Koolwijk-Nuijen vertelt over de operatie die ze in 2012 onderging.

NIEUWSGIERIG?

Dit is maar een kleine greep uit de inhoud. Dus heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag dan een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website *www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl*. Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning is een gezamenlijke uitgave van het NHG en Bohn Stafleu van Loghum. Het verschijnt tweemaandelijks en kost € 81,00 per jaar (print en online toegang).
Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736, *www.bsl.nl*. ■

Lester du Perron, Moniek Op de Coul, Wim Lucassen

KLINISCHE LES

De ziekte van Kawasaki: tijdige diagnose essentieel

INLEIDING

De ziekte van Kawasaki is, na henoch-schönleinpurpura, de meestvoorkomende vorm van vasculitis bij kinderen.[1,2] Het betreft een vasculitis die vooral in de coronairarteriën optreedt. De ziekte, waarvan de etiologie niet bekend is, heeft een gemiddelde jaarlijkse incidentie van ongeveer twintig per honderdduizend patiënten jonger dan vijf jaar en komt vooral voor bij jongens van het Aziatische ras.[2,3] De lage incidentie betekent dat een huisarts gemiddeld slechts één keer in zijn professionele leven een kind met de ziekte zal tegenkomen. Toch is kennis van de ziekte belangrijk omdat een tijdige diagnose van essentieel belang is voor het voorkomen van potentieel fatale complicaties, zoals coronaire aneurysmata.[4] Aan de hand van twee casussen zullen wij de symptomen, differentieel diagnostische overwegingen en criteria voor de diagnose ziekte van Kawasaki beschrijven.

Finn

Finn, een tweeënhalf jaar oude Nederlandse jongen met blanco voorgeschiedenis, bezoekt de huisarts in verband met sinds enkele dagen bestaande koorts tot 40 °C en een rood, opgezet scrotum. De huisarts duidt het beeld als een luierdermatitis met mogelijk een bacteriële superinfectie en schrijft fusidinezuurcrème en paracetamol voor.

Drie dagen later zijn er ook vlekjes op handen en voeten ontstaan, en moet Finn braken. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een zieke patiënt met een dubbelzijdige, niet-purulente conjunctivitis, een rode blos op de wangen en rode, gezwollen lippen [**figuur 1**]. In de hals voelt de arts twee vergrote lymfeklieren. Over hart en longen hoort hij geen afwijkingen. De scrotale roodheid is schilferend met 'eilandjes voor de kust', en op armen, handen en voeten ziet de huisarts een wegdrukbaar erytheem. Hij denkt aan erythema infectiosum (vijfde ziekte) en vindt het huidbeeld, dat zich ondanks antimicrobiële behandeling uitbreidt, nu meer bij een schimmelinfectie passen. Hij vervangt de fusidinezuurcrème daarom door miconazolcrème.

Liang

Liang, een tweejarige jongen van Chinese afkomst met een blanco voorgeschiedenis, bezoekt de huisartsenpost in verband met vier dagen bestaande koorts tot 40 °C en een rode, pijnlijke zwelling achter het linkeroor. Er is geen sprake van een afstaand oor. De eigen huisarts heeft die ochtend op verdenking van erysipelas amoxicilline voorgeschreven. Na twee giften van dit antibioticum breidt de roodheid zich verder uit en verschijnen er ook rode vlekken op Liangs romp en armen. Op de huisartsenpost stelt de dienstdoende huisarts vast dat het huilerige kind een temperatuur van 38,7 °C, een scherp omschreven rode pijnlijke zwelling achter het linkeroor en uitgebreide huidafwijkingen over romp en extremiteiten heeft. In de hals voelt de huisarts verschillende vergrote lymfeklieren. Verder onderzoek van het kno-gebied, hart en longen toont geen afwijkingen. In overleg met de kinderarts wordt Liang direct naar het ziekenhuis verwezen.

Samenvatting

Du Perron LJ, Op de Coul ME, Lucassen WAM. De ziekte van Kawasaki: tijdige diagnose essentieel. Huisarts Wet 2014;57(7):370-2.

Koorts bij kinderen is meestal zelflimiterend en kan in verreweg de meeste gevallen in de eerste lijn afgewacht of behandeld worden. Soms maakt het kind een ernstig zieke indruk of zijn er andere (alarm)symptomen die verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk maken. Wij beschrijven twee zieke kinderen bij wie de koorts langer dan vijf dagen aanhield, gepaard ging met conjunctivitis en huidafwijkingen, en die ongewoon huilerig waren. Bij beide kinderen bleek sprake te zijn van de ziekte van Kawasaki: een vasculitis die optreedt op de kinderleeftijd, vooral bij kinderen van Aziatische komaf. De ziekte is vrij zeldzaam: een huisarts zal het in een normpraktijk gemiddeld één keer in zijn carrière tegenkomen. De diagnose is op klinische gronden te stellen, maar de differentiële diagnostiek is uitgebreid en maakt verwijzing naar de kinderarts noodzakelijk. Onbehandeld leidt de ziekte van Kawasaki bij 15 tot 25 procent van de kinderen tot coronaire aneurysmata, die fatale complicaties kunnen geven. De behandeling bestaat uit immuunglobulinen die, mits binnen tien dagen toegediend, de kans op mogelijke complicaties aanzienlijk verkleinen.

DIAGNOSTISCH PROCES

Bij een kind met koorts kan het (differentieel) diagnostische proces moeizaam verlopen. In de meeste gevallen is koorts bij kinderen zelflimiterend en duurt meestal niet langer dan drie tot vijf dagen. Verreweg de meeste kinderen met koorts kunnen volgens de NHG-Standaard Kinderen met koorts met een afwachtend of medicamenteus beleid in de eerste lijn worden behandeld. De huisarts consulteert een kinderarts voor verwijzing naar de tweede lijn wanneer het kind een ernstig zieke indruk maakt of bij alarmsymptomen, zoals een verminderd bewustzijn, petechiën, tekenen van meningeale prikkeling, aanhoudend braken, ernstige tachy- of dyspneu of een verminderde perifere circulatie. Aanvullend bloedonderzoek beveelt men bij een kind met koorts in principe niet aan.[5]

De kern

- De ziekte van Kawasaki is een vasculitis van de kinderleeftijd die kan leiden tot ernstige, potentieel fatale complicaties.
- De ziekte van Kawasaki moet men overwegen bij ieder kind dat langer dan vijf dagen koorts heeft. Hoewel de diagnose klinisch te stellen is, is de differentiële diagnostiek uitgebreid en is verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk.
- Een tijdige diagnose en behandeling (liefst binnen tien dagen) kunnen complicaties, zoals coronaire aneurysmata, voorkomen.

St. Lucas Andreas Ziekenhuis, afdeling Kindergeneeskunde, Jan Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam: L.J. du Perron, anios kindergeneeskunde (thans aios huisartsgeneeskunde AMC Amsterdam); M.E. Op de Coul, kinderarts. AMC Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. W.A.M. Lucassen, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: lesterduperron@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Finn (vervolg)

In het weekend, twee dagen na hun bezoek aan hun huisarts, gaan de ouders met Finn naar de huisartsenpost. Zij vinden hun kind nu duidelijk 'anders dan anders': hij is afstandelijk, prikkelbaar en jammerig. De koorts blijft piekend aanwezig en de roodheid van scrotum en extremiteiten neemt niet af. De dienstdoende huisarts vindt bij lichamelijk onderzoek geen nieuwe afwijkingen en denkt aan een virale of een bacteriële (super)infectie. De huisarts besluit om te stoppen met miconazolcrème en te beginnen met amoxicilline. Twee dagen later komt Finn opnieuw op de huisartsenpost: de klachten blijven ondanks de antibiotica bestaan en er is nu ook sprake van gezwollen handen en pijnlijke, opgezette vingers. Na overleg met de kinderarts kan Finn direct door naar de kinderarts in het ziekenhuis.

Op de spoedeisende hulp verschijnt een matig zieke, huilerige jongen met een steunende ademhaling. De temperatuur is 38,6 °C (inmiddels is de koorts al negen dagen aanwezig), de bloeddruk is 110/62 mmHg, de pols 118/minuut en de ademfrequentie 28/minuut. Er is nog steeds sprake van een bilaterale niet-purulente conjunctivitis, en van rode, gezwollen en schilferende lippen. Onderzoek van het kno-gebied, hart en longen is niet afwijkend. Zowel de voeten als de vingers van beide handen zijn oedemateus, met iets rode PIP-vingergewrichten. In het luiergebied is een scherp begrensde vurige en schilferende roodheid zichtbaar.

In het kader van de differentiële diagnose denkt de kinderarts aan een reactieve artritis (ten gevolge van een urogenitale of gastro-intestinale infectie), een virale infectie door bijvoorbeeld ParvoB19 (vijfde ziekte), het epstein-barrvirus (EBV) of cytomegalovirus (CMV), een atypische pneumonie door bijvoorbeeld mycoplasma en de ziekte van Kawasaki.

Laboratoriumonderzoek laat een leukocytose van 20,9 x 109/l, een Hb van 6,8 mmol/l en verhoogde ontstekingswaarden (CRP 394 mg/l, BSE 69 mm) zien. Urineonderzoek is niet afwijkend. Op een thoraxfoto zijn bilateraal dubieuze infiltratieve afwijkingen zichtbaar.

Onder verdenking van atypische pneumonie en mogelijk reactieve artritis krijgt Finn een behandeling met azitromycine en diclofenac. De ingezette behandeling geeft echter geen verbetering, waardoor de kinderarts de diagnose ziekte van Kawasaki nu het meest waarschijnlijk acht. Op de tiende dag na het ontstaan van de klachten start een behandeling met intraveneuze immuunglobulinen (IVIG). Finn knapt hier snel van op. Daags na het inlopen van de IVIG zijn op een echografie van het hart slanke coronairarteriën te zien. Finn maakt het ruim vijf maanden na ontslag goed.

Figuur 1 **Bilaterale niet-purulente conjunctivitis en rode gezwollen lippen (Finn)**

Liang 2 (vervolg)

In het ziekenhuis vervangt de kinderarts, op verdenking van cellulitis gecombineerd met een eventuele geneesmiddelenreactie, de amoxicilline door claritromycine. Gezien het niet-afwijkende knoonderzoek acht hij een mastoïditis minder waarschijnlijk. Van de kinderarts mag Liang weer met zijn ouders mee naar huis. Diezelfde avond komt Liang met zijn ouders echter terug op de spoedeisende hulp omdat de afgetekende roodheid zich verder heeft uitgebreid **[figuur 2].** Naast de huidafwijkingen, die duidelijk het karakter van 'schietschijflaesies' hebben, ziet de arts nu ook een bilaterale niet-purulente conjunctivitis. Er zijn geen afwijkingen te zien aan de orale mucosa. De kinderarts besluit Liang op te nemen, met als werkdiagnose erythema exsudativum multiforme (EEM) bij cellulitis en/of geneesmiddelenreactie, en continueert de behandeling met claritromycine per os. Hij denkt verder nog aan een virale infectie door bijvoorbeeld ParvoB19, EBV, CMV of mazelen, cervicale lymfadenitis, een mycoplasma-infectie, het syndroom van Stevens-Johnson (de systemische vorm van EEM) en de ziekte van Kawasaki.

Kort na opname krijgt Liang rode schilferende lippen en wordt hij in toenemende mate chagrijnig en prikkelbaar **[figuur 3].** Bij laboratoriumonderzoek blijken er behalve een verhoogd CRP van 252 mg/l geen afwijkingen te zijn. Op een echografie van de hals is uitgebreide lymfadenopathie te zien. Onder verdenking van de ziekte van Kawasaki begint de kinderarts een behandeling met IVIG en acetylsalicylzuur. Na twee giften IVIG heeft Liang geen koorts meer en verdwijnen de huidafwijkingen en conjunctivitis. Een echografie van het hart laat een milde vasculitis van de coronairvaten zien, zonder aanwijzingen voor aneurysmata.

BESCHOUWING

In de beschreven casussen is er sprake van een zeldzame oorzaak van aanhoudende koorts bij kinderen: de ziekte van Kawasaki. De ziekte van Kawasaki kan zich op vele manieren uiten en er bestaat voor de diagnose geen specifieke (laboratorium)test. In de [tabel] staan de kernsymptomen, die echter niet op hetzelfde moment ontstaan. De trias van hoge piekende koorts, afwijkingen aan de keel of de mond en cervicale lymfadenopathie is weinig specifiek en zien we ook bij de frequent voorkomende bovensteluchtweginfecties. De combinatie van hoge koorts, exantheem en conjunctivitis kan de huisarts doen denken aan de mazelen.

Alarmsignalen ontbreken bij de ziekte van Kawasaki vaak, hoewel 'tijdens koorts ontstane huiduitslag' en 'ontroostbaar huilen' of 'veranderingen in het gedrag' kunnen voorkomen.

Abstract

Du Perron LJ, Op de Coul ME, Lucassen WAM. Kawasaki disease: timely diagnosis is essential. Huisarts Wet 2014;57(7):370-2.

Fever is usually self-limiting in children and in most primary-care cases a wait-and-watch policy can be adopted. However, sometimes the child appears to be severely ill or has other symptoms that make referral to secondary care essential. We describe two children who had fever for more than 5 days, accompanied by conjunctivitis, skin disorders, and unusual irritability. Both children were diagnosed with Kawasaki disease – a vasculitis that occurs in children, and especially children of Asian descent. The disease is rare, and general practitioners may encounter only one case in their entire career. The diagnosis can be established on the basis of clinical signs and symptoms, but the differential diagnosis is extensive, making referral to a paediatrician necessary. Untreated, about 15–25% of affected children develop coronary artery aneurysms, which can give rise to fatal complications. Treatment is with immunoglobulins, which, if administered within 10 days, can considerably reduce the risk of possible complications.

Figuur 2 Uitgebreide huidafwijkingen met het karakter van een 'schietschijflaesie' (Liang)

Figuur 3 Roodheid en schilfering van de lippen (Liang)

Bij Finn pasten het langdurig ziekzijn en aanhouden van de koorts niet bij een onschuldige kinderziekte die met koorts gepaard gaat. Bij Liang was de toename van een ongebruikelijke huiduitslag onder antibiotische behandeling reden om het kind naar het ziekenhuis door te verwijzen.

Bij koorts die langer dan vijf dagen duurt moet de huisarts de ziekte van Kawasaki in de differentiële diagnose opnemen, zeker als hij naast bovengenoemde trias ook afwijkingen aan de ogen, huid en extremiteiten ziet. Deze afwijkingen bestaan uit een bilaterale niet-purulente conjunctivitis, een zeer polymorf huidbeeld, meestal bestaand uit een rash op de romp, en oedeem van handen of voeten en/of erytheem op handpalmen of voetzolen. Wat bovendien opvalt is dat deze kinderen vaak huilerig en opvallend prikkelbaar of chagrijnig zijn.

Bij verdenking op de ziekte is het verkrijgen van diagnostische zekerheid de belangrijkste reden om door te verwijzen. In de tweede lijn zal de arts dan alsnog uitgebreid aanvullend onderzoek verrichten, ook al stelt deze de diagnose ziekte van Kawasaki uiteindelijk klinisch aan de hand van de criteria uit de [**tabel**].[6,7]

Tabel De diagnostische criteria van de ziekte van Kawasaki

A		Minimaal 5 dagen hoge koorts
B	1	Bilaterale niet-purulente conjunctivitis
	2	Afwijkingen aan de slijmvliezen (rode keel, 'aardbeientong', erytheem en barsten van de lippen)
	3	Afwijkingen aan de extremiteiten: ■ In de acute fase oedeem van de handen en/of voeten, erytheem aan de handpalmen en/of de voetzolen ■ in de subacute fase (2 tot 3 weken na het begin van de ziekte) schilfering van de periunguale regio, zich uitbreidend naar handpalmen en/of voetzolen
	4	Huiduitslag: diffuus polymorf exantheem
	5	Cervicale lymfadenopathie: meestal unilateraal; ≥ 1 lymfeklier van > 1,5 cm

Men stelt de diagnose bij aanwezigheid van criterium A en ten minste vier van de criteria genoemd onder B.

De oorzaak van de ziekte van Kawasaki is niet bekend. Men denkt aan een activatie van het immuunsysteem door een infectieuze oorzaak bij genetisch gepredisponeerde kinderen.[2,8] De ziekte is in principe zelflimiterend, waarbij de koorts doorgaans na een tot twee weken verdwijnt. Volledig herstel treedt binnen zes weken op, waarbij er soms vervellingen aan handen of voeten zijn.[4]

Het missen van de diagnose kan echter ernstige gevolgen hebben. Bij 15 tot 25% van de onbehandelde kinderen ontwikkelt zich een aneurysma van de coronairvaten. Dit proces kan symptoomloos verlopen en pas jaren later aan het licht komen bij een myocardinfarct of zelfs acute dood.[4] Behandeling met IVIG, bij voorkeur gestart binnen tien dagen na het ontstaan van de klachten, doet de koorts al binnen enkele dagen verdwijnen en verkleint de kans op het krijgen van afwijkingen aan de coronairvaten tot minder dan 10%.[2,7,9]

CONCLUSIE

De ziekte van Kawasaki is een lastige diagnose die op basis van klinische symptomen wordt gesteld. Omdat klassieke alarmsymptomen ontbreken en de consequenties van het missen van de diagnose mogelijk ernstig zijn, is het van belang dat de huisarts het ziektebeeld kent. De diagnose moet men overwegen bij ieder kind met langer bestaande koorts (> 5 dagen) die niet reageert op antibiotica, vooral als er sprake is van bilaterale conjunctivitis, afwijkingen aan orale mucosa, huiduitslag en/of oedeem van handen of voeten en cervicale lymfadenopathie. Verder valt op dat deze kinderen vaak prikkelbaar en jammerig zijn. Tijdige verwijzing en behandeling, liefst binnen tien dagen na het ontstaan van klachten, kan potentieel fatale complicaties voorkomen. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Klinische les.

Rob Sijbers

Tromboflebitis van Mondor

CASUS
Een vijftigjarige, gezonde vrouw meldt zich op het spreekuur met een sinds een aantal dagen bestaande zichtbare huidstreng aan de borstkast. Deze ook duidelijk voelbare streng is niet pijnlijk, hooguit trekt het wat. Bij zelfonderzoek van de borst heeft de patiënte geen afwijkingen waargenomen. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een subcutane, langwerpige streng die diagonaal verloopt van onder de linkermamma. Bij het heffen van de linkerarm komt de streng onder spanning te staan met enige (re)tractie van het omliggende weefsel. Als aanvullend onderzoek laat de huisarts een echo maken op basis waarvan de diagnose 'ziekte' van Mondor wordt gesteld. Verder radiologisch onderzoek van de linkerborst is niet afwijkend, er is geen aanwijzing voor mammapathologie.

Een korte, oriënterende zoektocht in de Nederlandstalige medische literatuur levert slechts enkele casuïstische beschrijvingen op. De 'ziekte' van Mondor is dan ook een relatief zeldzame aandoening die zowel bij mannen als bij vrouwen voorkomt. De aandoening, een oppervlakkige tromboflebitis van meestal de thoracale venen, is onschuldig en heeft een selflimiting beloop. In de internationale literatuur zijn behalve thoracaal ook andere locaties beschreven (bijvoorbeeld dorsale zijde penis).

De patiënt presenteert zich meestal met een niet, of slechts lichtgevoelige, oppervlakkige huidstreng van de borstkast. Er onstaat nogal eens onrust omdat de patiënt of de huisarts denkt aan een maligniteit (behorende bij een mammacarcinoom) of een cutane larva migrans, waardoor de patiënt onnodig (meerdere) medisch specialisten bezoekt. Aanvullend beeldvormend onderzoek met echografie levert meestal direct de diagnose op, zoals ook bij deze patiënte.

De afwijking, getromboseerde en gefibroseerde – of in een laat stadium zelfs volledig gescleroseerde – venen worden gezien in de vena thoracica lateralis, de vena thoracoepigastricae met collateralen en de vena epigastrica superior. De huid lijkt soms ingetrokken omdat de streng aan de huid vastzit. Dat is een van de redenen waarom de ziekte aanvankelijk werd geassocieerd met een mammacarcinoom, maar dit bleek ten onrechte. De pathogenese is slechts ten dele bekend. Soms is er een klein trauma aan voorafgegaan. De behandeling is symptomatisch, de huisarts moet de patiënt vooral geruststellen en aanvullend onderzoek en/of verwijzing naar de tweede lijn voorkomen, behalve de eerdergenoemde echografie. Biopsie is overbodig. Binnen zes tot tien weken is spontane genezing te verwachten. ■

LITERATUUR

1 Verburg GP, Perre CI, Perenboom RM. De ziekte van Mondor. Ned Tijdschr Geneeskd 1989;133:2035-7.
2 Machan K, Rojo-Carmona LE, Marquez-Moreno AJ, Herrera-Imbroda B, Ruiz Escalante JP, Herrera-Gutierrez D, et al. Ultrasound diagnosis of three cases of Mondor's disease. Arch Esp Urol 2012;65:262-6.

Huisartsenpraktijk West, Hoornzwaluw 12, 3805 RM Veenendaal: R. Sijbers, huisarts • Correspondentie: r.sijbers@casema.nl

Interview met Martine Ickenroth

‘Mensen doen zelftests omdat ze gerustgesteld willen worden over hun gezondheid’

Deze winter promoveerde Martine Ickenroth op haar proefschrift *Testing self-testers. Diagnostic self-testing for cholesterol and diabetes.* In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen.

Borrelen...

Gevraagd naar de aanloop tot haar onderzoek vertelt Ickenroth: ‘Mijn wetenschappelijke stage in de basisopleiding deed ik bij de afdeling Huisartsgeneeskunde in Maastricht en ik kreeg daar de mogelijkheid om een onderzoek zelf te doen. Ik vond dat erg leuk en het begon bij mij echt te borrelen. Daarvoor dacht ik altijd dat onderzoek saai was! Bij mijn sollicitatie naar de huisartsenopleiding werd besproken wat voor dokter je eigenlijk bent en hoe voor jou het vak leuk kan blijven. Ik vertelde dat onderzoek me aantrok. “Dan maar meteen”, was de reactie. Bij toeval kwam de plek vrij voor dit project; daarop solliciteerde ik en ik werd als aiotho aangenomen. Dat rolde allemaal heel mooi in elkaar.’

Ickenroth zag niet op tegen het uitgestippelde aiotho-traject van zes jaar. ‘Ik vond het leuk om nieuwe dingen te ontdekken en dacht: huisarts kun je nog lang genoeg zijn! Ook het onderwerp sprak me aan, want iedereen heeft er wel een mening over en je kunt er leuk over discussiëren. Bovendien is nog niet zoveel bekend over zelftests. In het eerste jaar van de opleiding deed ik maar één dag per week onderzoek, dus dat was niet veel. Maar binnen het project was een tweede promovendus aangesteld, Janaica Grispen, en zij deed fulltime onderzoek. Haar achtergrond is psychologie en een master gezondheidsvoorlichting; dat vulde elkaar dus mooi aan en het was interessant dat we met een verschillende blik naar dezelfde gegevens keken.’

Veel gebruik van zelftests

Het onderzoek begon met een inventarisatie van de verschillende zelftests, waartoe overigens ook de zogenoemde ‘supermarkttests’ werden gerekend. Vervolgens is onder het *Flycatcher internet panel* – dat ongeveer 14.000 leden telde – gevraagd hoeveel mensen van dergelijke zelftests gebruik hadden gemaakt. Ickenroth: ‘Dat was best veel; we kwamen uit op zo’n 18%. Nu zit er wel wat ruis in de samenstelling van het panel ten opzichte van de Nederlandse bevolking, maar toch komt het erop neer dat onverwacht veel mensen ooit een zelftest hadden gedaan. En dan hebben we de zwangerschapstest nog uitgesloten omdat het daarbij niet gaat om een ziekte en omdat we die test te algemeen geaccepteerd vonden.’

Wellicht waren die cijfers zo hoog omdat er in 2006 een campagne was geweest van de Nierstichting. ‘Je kon een gratis test op verborgen nierschade bestellen en dat spoorde heel veel mensen aan. In een maand tijd had 6% van de volwassen Nederlandse bevolking de test besteld. Dat was dus wel een hype. Vervolgens kwam de Hartstichting met een cholesteroltestje in de supermarkt. Omdat er bij deze test geen sprake was van tussenkomst door een arts, hebben we ook deze beschouwd als een zelftest.’

Suiker op ‘n feestje

Hypes of niet, de aantallen mensen die ooit een zelftest hadden gedaan daalden niet in de looptijd van het onderzoek (het panel is hierop bevraagd in 2006, 2008 en 2011). Ickenroth: ‘Hoe gaat dat soort dingen in z’n werk? Een diabetespatiënt heeft bijvoorbeeld op een verjaardagsfeestje een apparaatje bij zich om z’n suiker te meten en voor je het weet zit iedereen daarmee te spelen. Ook dat hebben we allemaal beschouwd als zelftest.’

Ickenroth vervolgt: ‘We dachten in 2008 dat zelftests de toekomst zouden zijn, maar we zien de aantallen toch niet groeien. Anderzijds kun je vast een nieuwe hype verwachten als er weer een campagne van start gaat.’

Redenen waarom

Heeft Ickenroth ook inzicht gekregen in de redenen waarom zo veel mensen ooit een zelftest hebben gedaan? ‘De zelftests op cholesterol, glucose en nierziekten vormden de topdrie. Dit zijn dus tests die screenen op aandoeningen terwijl je geen klachten hebt. Mensen lopen tegen een kraampje aan in de supermarkt of worden op een test geattendeerd via een mediacampagne. Dan gaan ze over zo’n aandoening nadenken en willen ze gerustgesteld worden. Dit is dan een makkelijke manier om “zeker te weten” waar ze aan toe zijn, want er is veel vertrouwen in de uitslag.’

Ickenroth plaatst nog een kanttekening: ‘We zagen dat mensen die al veel met hun gezondheid bezig zijn het vaakst gebruikmaakten van zelftests. Het zijn dus vooral de *worried well*, terwijl je natuurlijk liever zou zien dat juist de wat ongezondere mensen zich wat vaker zouden testen.’

Liever naar de huisarts

Is ook duidelijk geworden waarom mensen niet gewoon naar de huisarts gaan als ze ongerust zijn over hun ge-

zondheid? Ickenroth: 'Mensen vinden het raar om voor zo'n testje naar de huisarts te gaan, of ze willen er geen tijd voor vrijmaken. En bovenal willen ze de huisarts niet lastigvallen als ze geen klachten hebben. Als dan de testuitslag afwijkend is, voelen ze zich alsnog gelegitimeerd om naar de huisarts te gaan. In een enkel geval werd een zelftest gedaan omdat een huisarts had aangegeven een test niet zinvol te vinden.'

Beschouwt Ickenroth het wel als een taak van de huisarts om dergelijke screeningstests te doen? 'Tja, dan moet je je eerst afvragen of die tests wel zinvol zijn. Ik zou zeggen dat je alleen bij risicogroepen moet screenen op aandoeningen en tegenwoordig kun je die er met het PreventieConsult goed uithalen. Maar dán zou ik het ook inderdaad goed vinden als de huisarts zelf de screening zou doen. En in z'n algemeenheid vind ik dat je met gezondheidsvragen naar de huisarts moet. Anderzijds ben ik er voorstander van dat de patiënt steeds meer zelf verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid neemt en krijgt. Dat zie je ook sterk toenemen; veel mensen zoeken gezondheidsinformatie op internet. Ik merk dat ook in mijn eigen spreekkamer en ik vind dat prima. Natuurlijk staat er ook veel onzin op internet, maar je kunt daar mensen vervolgens wel gericht over geruststellen. En met Thuisarts.nl hebben we een goede, betrouwbare website; mensen zijn daar erg blij mee.'

Goede informatie

Gezien die 'veranderende tijden' en vooropgesteld dat er betrouwbare zelftests zijn, is Ickenroth er dan een voorstander van dat mensen zelftests gebruiken? 'Dat kan best verantwoord zijn – bijvoorbeeld bij suikerziekte – mits mensen weten wat ze moeten doen. Dat betekent dat er dus goede informatie moet worden verstrekt bij de zelftests, maar daarbij zagen we grote verschillen.'

In een deel van het onderzoek is op checklists aangegeven waaraan de bijsluiters van de zelftests wel en niet voldeden. 'Over het algemeen werd goed verteld hoe je de test moet uitvoeren en wat er precies wordt gemeten. Maar wat vaak ontbrak waren gegevens over de betrouwbaarheid van de test en wat je moet doen met de uitslagen. Wel werd verteld dat je bij een afwijkende uitslag naar de dokter moet, maar wat je moet doen bij een normale of onduidelijke uitslag stond niet voldoende vermeld.'

'98% betrouwbaar!'

'Vooral de betrouwbaarheid is een lastig punt', meent Ickenroth. 'Wij hebben dat niet in ons onderzoek meegenomen, maar je kunt er wel vraagtekens bij zetten. Weliswaar controleert een overheidsinstantie de tests, maar die worden daarbij niet opnieuw uitgebreid getest. Raar eigenlijk; medicijnen worden altijd in trials onderzocht en dit soort zelftests, die behoorlijke consequenties kunnen hebben, komen heel gemakkelijk op de markt. Volgens de wet moeten die wel betrouwbaar zijn, maar er is geen sensitiviteit en specificiteit gedefinieerd. In zo'n bijsluiter staat dan bijvoorbeeld dat de test "98% betrouwbaar" is. Dat klinkt heel goed en mensen hebben er dan veel vertrouwen in. Maar eigenlijk zegt dat niets. Onlangs is de Chlamydia-test onderzocht en dat zag er niet best uit. Ook van de tests op cholesterol en glucose weten we niet hoe het is gesteld met de betrouwbaarheid. Anderzijds horen we ook niet vaak van huisartsen terug dat de uitslagen niet zouden kloppen.'

Keuzehulp

Voor de cholesterol- en diabetestests is een keuzehulp ontwikkeld. Ickenroth: 'Hierin was informatie opgenomen als: wat is een zelftest; wat weten we over de betrouwbaarheid; waar moet je op letten bij het kopen van een zelftest; en voor wie is het nuttig om zo'n test te doen. Ook hebben we uitgelegd hoe de tests werken en wat je met de uitslagen moet doen. We wilden natuurlijk kijken naar het effect bij mensen die de intentie hadden een test te gaan doen en hebben hiertoe het internetpanel benaderd. We zagen dat er door de keuzehulp bij de diabetestest meer kennis was over de ziekte en de risicofactoren, maar bij cholesterol zagen we dat verschil niet. Mensen zaten gemiddeld zo'n drie minuten op de website, maar wisten daarna niet meer over hoe de test werkt en wat het belang van de uitslagen was dan de controlegroep. Toch zijn we aan het kijken of we de keuzehulp in de openbaarheid kunnen brengen. Mogelijk is het effect groter bij mensen die echt op het punt staan de test te gaan doen of als ze zelfs de test al in huis hebben. Het gaat om genuanceerde informatie: niet alleen het "wel doen" van de producenten versus het "niet doen" van de KNMG. Maar een overzicht van "per test het best" hebben we niet opgenomen.'

De eigen praktijk

Heeft het doen van dit onderzoek het werk van Ickenroth in de praktijk beïnvloed? 'Misschien dat ik wat vaker eens op PubMed kijk of de standaarden raadpleeg. En misschien sta ik wat meer open voor zelfmanagement en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Van dat laatste ben ik wel een voorstander; ik vind het niet erg om met als mensen te bespreken wat ze hebben opgezocht op internet of als ze zeggen dat ze thuis zelf hun bloeddruk zullen meten.'

Na de promotie

De promotie van Ickenroth heeft nog maar een paar maanden geleden plaatsgevonden; is al duidelijk geworden hoe 'het leven daarna' eruit zal gaan zien? 'Nu ben ik waarnemend arts en dat bevalt me prima. Ik heb twee vaste plekken en nog wat losse waarnemingen. En daarnaast heb ik nog wat artikelen onderhanden die voortvloeien uit mijn onderzoek. Maar eerst wil ik mijn weg als huisarts vinden en op termijn hoop ik in een eigen praktijk aan de slag te kunnen gaan. Wat een nieuw onderzoek betreft, zal het heus ooit wel weer gaan kriebelen, net als destijds bij het begin van mijn promotieonderzoek. Want ik heb het een heel leuke periode gevonden!' ■

Ans Stalenhoef

COLUMN

Weerwolf

Enige tijd terug was ik met een groep vrienden een weekendje weg in Overijssel. De dagen vulden zich met luieren, borrelen en partijtjes voetbal. In de avond zaten we in de grote, schemerige eetzaal en deden we een spel genaamd Weerwolven. Dit is een psychologisch spel waarbij de spelers elkaar niet kunnen vertrouwen maar wel met elkaar moeten samenwerken. Het gaat als volgt.

Er is één spelleider en een groep van minstens acht spelers. Iedereen krijgt één kaart. Je ziet alleen je eigen kaart. Op de kaart staat een onschuldige burger of een weerwolf afgebeeld. Daarnaast is er een kaart met het onschuldige meisje. Na het uitdelen van de kaarten vraagt de spelleider iedereen zijn ogen dicht te doen. Vervolgens openen de weerwolven hun ogen en wijzen samen een burger aan die ze gaan vermoorden. Dit moet zwijgend worden gedaan want anders verraden de weerwolven zichzelf, de burgers kunnen immers alles horen. Ook het aanwijzen van het slachtoffer aan de spelleider moet behoedzaam gaan. Het onschuldige meisje mag namelijk als enige burger door haar wimpers kijken. Wanneer de weerwolven te veel bewegen kan zij hen de volgende ronde verraden. Maar ook het onschuldige meisje moet op haar tellen passen, wanneer

de weerwolven haar betrappen is zij het volgende slachtoffer. Nadat er een burger is uitgekozen, mag iedereen zijn ogen openen en hoort de groep wie er is vermoord. En dan begint het eigenlijk pas echt. Nu moeten de burgers bedenken wie de weerwolven zijn. De burgers mogen aan het eind van iedere ronde een verdachte medespeler vermoorden. Alleen de weerwolven spelen mee als burgers en proberen de boel te saboteren. Wanneer de weerwolven het spel goed spelen, moorden de burgers elkaar onderling uit en blijven de weerwolven in leven.

Kunt u het nog volgen? Mijn complimenten, het kostte ons bijna de eerste avond om de regels onder de knie te krijgen.

Gedurende het spel groeit de achterdocht, het wederzijdse wantrouwen en de felheid van de discussies. Je vertrouwt niemand meer en uit het niets kun je ervan overtuigd zijn dat iemand een weerwolf is. Zo had ik opeens het idee dat Hugo de weerwolf was, hij deed zo verdacht! Hugo was zich van geen kwaad bewust maar ik was er zo van overtuigd dat de rest van de groep meeging. Hugo werd vermoord, maar bleek geen weerwolf te zijn. Ik kon het niet geloven, ik wist het zo zeker, kon ik nu ook mezelf niet meer vertrouwen?!

Later dacht ik terug aan de emoties tijdens dit spel. Wantrouwen, achterdocht, onbegrip. Dit is in het klein wat mensen met een psychose continu ervaren. Ik moest denken aan meneer Jaspers die laatst bij me op het spreekuur was. Hij wilde zich laten testen op dengue want hij was ziek teruggekomen uit de tropen. Meneer Jaspers had een wat verwilderd en ruig uiterlijk. Ik vroeg hem waar hij was geweest en wat hij daar had gedaan. Hij vertelde dat hij in Panama was geweest in verband met zijn onderzoek. Over dat onderzoek kon hij niet uitweiden, dat was grotendeels geheim. Ik voelde nattigheid. Ik wist dat meneer Jaspers in het verleden een keer gedwongen opgenomen was geweest vanwege een psychose. Dit in combinatie met zijn verhaal en uiterlijk baarde me zorgen.

Meneer Jaspers wilde toch meer vertellen. Hij was detective en werkte aan de verdwijning van de twee Nederlandse meisjes in Panama. Hij had een speciale gave voor het oplossen van ingewikkelde strafzaken. Het was lastig om deze gave goed te gebruiken want de mensen geloofden hem vaak niet. In het verleden had hij samengewerkt met Peter R. de Vries. Helaas had hij een eerder zaak niet kunnen oplossen want hij werd opgepakt. 'Ze dachten dat ik gek was en hebben me in een gekkenhuis gestopt, maar ik was gewoon te dicht bij de waarheid!' riep hij woedend. Tegenwoordig was hij meer op zijn hoede, de meeste mensen waren niet te vertrouwen. Hij hoopte dat hij deze zaak snel kon afronden want hij had geld nodig. Door die reizen moest hij zijn huis verhuren en hij woonde nu in zijn berging.

Ik begon me steeds meer zorgen om meneer Jaspers te maken. Ik wilde dat hij werd gezien door de crisisdienst, maar hoe kreeg ik hem daar? Uiteindelijk ging hij akkoord met een gesprek 'met die malloten' in ruil voor een onderzoek naar dengue. Meneer Jaspers stond op, gaf me een stevige hand en liep mijn spreekkamer uit. Terug naar zijn echte wereld, een wereld vol weerwolven. ■

Siri Visser

Siri Visser is waarnemend huisarts.

KENNISTOETS: VRAGEN

Bij mevrouw Lall, 45 jaar, heeft de huisarts de diagnose ziekte van Graves gesteld. Zij kwam aanvankelijk op het spreekuur in verband met hartkloppingen. Bij onderzoek had ze een regelmatige hartslag van 100 slagen per minuut. De huisarts legt uit wat de ziekte van Graves inhoudt en dat hij haar voor behandeling zal doorverwijzen naar de internist. Hij vertelt haar dat er diverse behandelmogelijkheden zijn: medicamenteus, met radioactief jodium en operatief. Hij zegt (1) dat behandeling met radioactief jodium eerste keus is bij de ziekte van Graves.

1. De bewering na (1) is correct.

Mevrouw Lall vraagt of de huisarts op dit moment iets aan haar hartkloppingen kan doen, omdat ze hier veel last van heeft. De huisarts schrijft haar een bètablokker voor.

2. Dit is correct.

De huisarts verricht in zijn praktijk spirometrie. De praktijkondersteuner neemt voortaan de uitvoering hiervan op zich. Met de huisarts bespreekt ze de instructies die ze wil meegeven aan de patiënt. Ze stelt dat de patiënt (1) vanaf 8 uur voor de spirometrie geen kortwerkende bronchusverwijders mag gebruiken en (2) vanaf 12 uur voor de spirometrie geen langwerkende bronchusverwijders. Als het nodig is een bronchusverwijder toe te dienen, bij een FEV_1/FVC-ratio < 0,7, moet de patiënt (3) na het gebruik van salbutamol 30 minuten wachten, alvorens de meting wordt herhaald.

3. De genoemde tijdsduur na (1) is correct.

4. De genoemde tijdsduur na (2) is correct.

5. De genoemde tijdsduur na (3) is correct.

Op het spreekuur van de huisarts komt Johan, 28 jaar. Hij heeft sinds een week een pijnloze zweer op zijn penis. Bij navraag blijkt Johan onbeschermde homo- en heteroseksuele contacten te hebben. De huisarts onderzoekt Johan en ziet inderdaad een zweer op de glans van de penis. De bodem van de zweer voelt hard aan bij palpatie. In de lies palpeert de huisarts een aantal klieren, die bij palpatie pijnlijk zijn. De huisarts denkt aan syfilis (lues).

6. Hierbij past de harde bodem van de zweer.

7. Hierbij passen de pijnlijke, vergrote inguïnale lymfeklieren.

De huisarts laat serologisch onderzoek doen. De luesserologie blijkt negatief.

8. Dit sluit syfilis uit.

Het consult van de heer De Boer, 46 jaar, is aanleiding voor een leergesprek. Patiënt presenteerde zich met nachtelijke tintelingen in de hand en de aios denkt aan het carpaletunnelsyndroom (CTS). De opleider beweert dat bij CTS sprake is van een beklemming van (1) de nervus ulnaris in de pols. Ook stelt hij dat (2) provocatietests een sterke bewijskracht hebben voor het stellen van deze diagnose.

9. De genoemde zenuw na (1) is correct.

10. De bewering na (2) is correct.

De antwoorden staan op pagina 384.

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG. Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.

Cécile Romans, Monique Peerden

SPREEKUUR

Doorbraakbloedingen bij orale anticonceptiva

WAT IS HET PROBLEEM?

Doorbraakbloedingen oftewel *spotting* komt veel voor bij vrouwen die orale anticonceptiva (OAC) gebruiken. Dit is voor hen een lastig probleem, waarvoor zij dikwijls het spreekuur van de huisarts bezoeken. Het kan leiden tot onjuist gebruik van OAC, met het risico op ongewenste zwangerschap. Bij starters is het zelfs de belangrijkste reden tot vroegtijdig stoppen met de pil (binnen het eerste jaar). De boodschap aan huisartsen is dan ook: neem deze vrouwen serieus en weet wat je als huisarts aan dit probleem kunt doen.

WAT MOET IK WETEN?

De eerste drie maanden na het opstarten van OAC is spotting een normaal verschijnsel (adaptatieproces). Bij langere duur of later optreden is er meestal geen sprake van onderliggende ziekte, maar van 'hormonale' ontregeling. Dit houdt in dat langdurige blootstelling van het endometrium aan progestagenen (relatief progestageenoverwicht in orale anticonceptiva) atrofie van het endometrium veroorzaakt, waardoor het endometrium kwetsbaar wordt en snel bloedt (spotting).

Oorzaken die de huisarts in elk geval moet overwegen zijn:

- onjuist gebruik van OAC, zoals onregelmatige inname (vergeten van OAC, wijzigingen in de duur van de stopweek). Dit betekent een 4 tot 5 maal grotere kans op doorbraakbloedingen;
- doorslikken van OAC (zonder stopweek);
- soa, in het bijzonder chlamydia.
- roken: 23% van alle rokers heeft doorbraakbloedingen tijdens pilgebruik, tegen 19% van de niet-rokende pilgebruiksters. Dit is een significant verschil. Waarschijnlijk heeft het te maken met een snellere afbraak van oestrogenen in de lever door polycyclische aromatische koolwaterstoffen in sigaretten. Met een versterkt progestageenoverwicht en kwetsbaar endometrium als gevolg;
- medicatie, waaronder anti-epileptica fenobarbital, fenytoïne en carbamazepine, sint-janskruid en laxantia/norit;
- cervixafwijkingen: met name relevant als er ook sprake is van contactbloedingen in de anamnese;
- zwangerschap/EUG: zeker bij twijfel over correcte inname van OAC.
- hevig braken/diarree.

WAT MOET IK DOEN?

Als er anamnestisch geen aanwijzingen zijn voor een van bovenstaande onderliggende oorzaken, kan het gynaecologisch onderzoek door de huisarts in eerste instantie achterwege blijven (sprake van 'hormonale ontregeling'). Mochten de doorbraakbloedingen niet verbeteren met de voor de hand liggende behandeling, dan volgt alsnog gynaecologisch onderzoek.

Bij een verhoogd soa-risico moet ook een soa-kweek worden afgenomen. Bij contactbloedingen wordt een cervixuitstrijk en soa-kweek gemaakt. Bij een vermoeden van zwangerschap volgt uiteraard een zwangerschapstest.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Bij starten van OAC is het belangrijk om uit te leggen dat spotting in de eerste drie maanden normaal is. Adviseer de pil correct in te nemen. Bij vrouwen die roken is een stopadvies wenselijk. Wie stopt heeft minder kans op doorbraakbloedingen. Als de vrouw de OAC doorslikt zonder stopweek kan men bij doorbraakbloedingen adviseren een stopweek in te lassen en na maximaal zeven stopdagen het doorslikken te hervatten tot aan de volgende doorbraakbloeding. De periode dat een vrouw kan doorslikken zonder spotting wordt dan vaak steeds langer.

Indien er geen onderliggende oorzaken gevonden zijn, legt de huisarts de vrouw uit dat er waarschijnlijk sprake is van een dun en kwetsbaar endometrium door langdurige blootstelling aan progestagenen ('hormonale ontregeling'). Een behandeloptie is het ophogen van oestrogenen binnen de OAC (gezien de risico's bij voorkeur binnen de tweede generatie OAC). Bijvoorbeeld bij gebruik van ethinylestradiol 30/levonorgestrel (microgynon 30) naar ethinylestradiol 35/norethisteron (modicon). Of bij gebruik van ethinylestradiol 20/levonorgestrel (microgynon 20) naar ethinylestradiol 30/levonorgestrel (microgynon 30). Deze handelwijze is niet *evidence*, maar *practice based*. Eventueel kan 1 week extra oestrogenen gegeven worden om het endometrium te stabiliseren.

Bij doorbraakbloedingen willen pilsliksters vaak overstappen op een andere vorm van hormonale anticonceptie. Dit is echter weinig zinvol. Een andere pil (met dezelfde hoeveelheid ethinylestradiol), de anticonceptiering, een hormoonspiraaltje en het hormoonstaafje hebben alle een identieke invloed op het endometrium. Mocht het patroon van spotting zich niet aan bovenstaande 'regels' houden, dan is dat een indicatie voor gynaecologische echografie.

Nuttige patiënteninformatie is te vinden op thuisarts.nl ('Ik heb last van tussentijds bloedverlies'), www.anticonceptie-online.nl is een up-to-date naslagwerk voor huisartsen. ■

Gezondheidscentrum Neerbeek, Kerklaan 11, 6191 GM Neerbeek: C.M.F.J. Romans, huisarts en kaderhuisarts uro-gynaecologie. Huisartsenpraktijk Empel: M.J.M. Peerden, huisarts en kaderhuisarts uro-gynaecologie • Correspondentie: c.romans@gcn.nl

LITERATUUR

1 Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Drost B, Hohmann FP, Leusink GL, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (tweede herziening). Huisarts Wet 2008;51:128-37.
2 Brand AK, Bruinsma ACA, Van Groeningen COM, Kalmijn S, Kardolus GJ, Peerden MJM, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-77.

Toine Lagro-Janssen

Opvliegers

WAT IS HET PROBLEEM?

Opvliegers horen tot de meest kenmerkende symptomen van de overgang. Ongeveer 60% van de vrouwen in de overgang heeft er last van, vooral het eerste jaar na de menopauze. Eén op de drie vrouwen heeft 5 jaar na de menopauze nog steeds klachten. Slechts een klein deel van de vrouwen komt met deze klacht bij de huisarts. Voor deze groep vrouwen is het belangrijk goede zorg te bieden. Het voorschrijven van hormoontherapie (HRT) kan onderdeel zijn van goede zorg. Wanneer en hoe lang HRT geïndiceerd is en met welke risico's, kunnen voor vrouw en dokter een probleem zijn.

WAT MOET IK WETEN?

Een opvlieger is een spontane aanval van perifere vasodilatatie, samengaand met een gevoel van hitte, blozen en (hevig) transpireren, een toegenomen hartslag en rillingen.[1] Niet alle symptomen zijn altijd aanwezig. Opvliegers kunnen ook 's nachts optreden, naast de nachtelijke transpiratieaanvallen. Een typische opvlieger duurt drie tot vijf minuten. De frequentie van de opvliegers varieert van een paar per maand tot enkele per uur.[2]

Opvliegers zijn het specifieke gevolg van de veroudering van de ovaria en daarmee dalen de oestrogeenspiegels.[2] Depressie en andere psychische klachten hebben geen duidelijke relatie met de overgang, maar kunnen wel een gevolg zijn van het verstoorde functioneren door de opvliegers. De ernst van de hinder van opvliegers voor het dagelijks functioneren (werk) of slaapproblemen zijn richtinggevend voor de behandeling. Een van de behandelopties is hormoontherapie.

De huisarts moet weten dat hormoontherapie het meest effectief is van alle onderzochte behandelingen en tegelijkertijd beseffen dat in alle interventieonderzoeken een groot placebo-effect gevonden is. De bijwerkingen tijdens gebruik zijn pijnlijke borsten en onregelmatig vaginaal bloedverlies. Belangrijker zijn de risico's op langere termijn.

Zo is er na 1 jaar gebruik 1 extra geval van myocardinfarct per 1000 vrouwen en zijn er 4 extra gevallen van veneuze trombo-embolie per 1000 vrouwen. Na 3 jaar gebruik is er 1 extra geval van mammacarcinoom per 1000 vrouwen en zijn er 2 extra gevallen van CVA per 1000 vrouwen. Hormoontherapie is dan ook niet aan te raden voor vrouwen die roken of medicatie gebruiken voor hypertensie of cholesterolverlaging.[3] Ook vrouwen met een verhoogde stollingsneiging, hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, een (verhoogd risico op) mammacarcinoom of ernstige leverfunctiestoornissen kunnen beter geen hormonen slikken.

WAT MOET IK DOEN?

Breng aard, frequentie, tijdstippen en beloop van de opvliegers en de nachtelijke transpiratieaanvallen goed in kaart. Besteed ook aandacht aan andere klachten of symptomen die de vrouw aan de overgang toeschrijft, zoals psychische klachten. Vraag expliciet naar de gevolgen voor het dagelijks leven, zoals slaapproblemen en de hinder voor het functioneren. Er mag geen twijfel bestaan over andere aandoeningen en medicatie die vasomotorische klachten kunnen geven, zoals problematisch alcoholgebruik, angst- of paniekstoornis, hyperthyreoïdie of antidepressiva en ACE-remmers. Vraag dus naar medicijngebruik en overmatig alcoholgebruik.

Indien HRT wordt overwogen moeten cardiovasculaire risico's in kaart worden gebracht, het (familiair) voorkomen van veneuze trombo-embolie en risicofactoren voor mammacarcinoom. Daarnaast moet de bloeddruk worden gemeten, omdat hypertensie opvliegers kan nabootsen en verergeren. Bij vermoedens op hyperthyreoïdie is een TSH noodzakelijk. Bij voorschrijven van HRT is, met het oog op cardiovasculair risicomanagement, glucosebepaling, de nierfunctie en lipidenspectrum wenselijk. Geef de laagst mogelijke effectieve dosis en probeer na 6 maanden te stoppen.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg de patiënt uit dat opvliegers horen bij de overgang en erg hinderlijk kunnen zijn. Antwoord op haar vragen, luister naar haar wensen en informeer haar over werking en mogelijke bijwerkingen van behandelmogelijkheden, waaronder hormoontherapie. De vrouw beslist. Wil zij goed kunnen beslissen dan is het van belang om de richtlijnen te vertalen naar een patiëntvriendelijke uitleg, waarbij voordelen en nadelen op basis van het individuele klachten- en risicoprofiel zorgvuldig worden afgewogen. Een aantal NHG-Patiëntenbrieven over de overgang, de voorlichtingsbrochure van de NVOG en de website thuisarts.nl kunnen hierbij helpen. ■

LITERATUUR

1 Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FPMJ, et al. NHG-Standaard De overgang. Huisarts Wet 2012;55:168-72.
2 Sturdee DW. The menopausal hot flush – anything new? Maturitas 2008;60:42-9.
3 Fauser BCJM, Lagro-Janssen ALM, Bos AME. Handboek Vrouwspecifieke Geneeskunde. Houten: Prelum uitgevers, 2013.

Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen (huispost 117): prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen • Correspondentie: Toine.Lagro@radboudumc.nl

Larissa van Winden, Marloes van Heugten

CATS

Medicatie bij symptomatisch galsteenlijden

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl.

Vraagstelling Symptomatisch galsteenlijden heeft als duidelijke presentatie een doffe koliekpijn in de rechterbovenbuik, waarbij geen sprake is van vervoerspijn en waarbij de patiënt last heeft van misselijkheid, braken en zweten. Galsteenlijden is een typisch westerse ziekte en komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Ongeveer 20% ontwikkelt symptomatisch galsteenlijden in 15 jaar follow-up.[1] Bij ongecompliceerd symptomatisch galsteenlijden kunnen huisartsen verschillende soorten medicamenten voorschrijven: NSAID's, opioïden of parasympathicolytica. Er is geen huisartsgeneeskundige richtlijn waarin een voorkeur wordt uitgesproken voor een van deze drie geneesmiddelengroepen. De vraag is dan ook welk medicament de beste totale pijnreductie geeft bij ongecompliceerd symptomatisch galsteenlijden.

Zoekstructuur We voerden een zoekopdracht uit in PubMed met de MESH-termen 'Cholelithiasis', 'BiliaryTractDiseases', 'Analgesics, Opioid', 'Anti-InflammatoryAgents, Non-Steroidal', 'Butylscopolammonium Bromide', en met een losse zoekterm,'biliarycolic'. We selecteerden Engelstalige artikelen en vonden slechts één recente, relevante meta-analyse.[2]

Resultaten Het doel van Colli at al. was om bij symptomatisch galsteenlijden de pijnreductie en cholelitiasis-geïnduceerde complicaties van NSAID's en andere middelen te onderzoeken. Zij includeerden hiervoor uiteindelijk 11 artikelen met in totaal 1031 patiënten. Zij maakten gebruik van de Mantel-Henzelanalyse en daaruit bleek dat NSAID's in vergelijking met placebo en parasympathicolytica meer totale pijnreductie geven (respectievelijk RR 3,77; 95%-BI 1,65 tot 8,61 en RR 1,47; 95%-BI 1,03 tot 2,10). Er was echter geen verschil tussen NSAID's en opioïden (RR 1,05; 95%-BI 0,82 tot 1,33). Uit het onderzoek bleek ook dat NSAID's ten opzichte van placebo, parasympathicolytica en opioïden zorgden voor minder complicaties (RR 0,53; 95%-BI 0,31 tot 0,89).

Bespreking In deze meta-analyse zijn enkele punten die de betrouwbaarheid van de resultaten negatief beïnvloeden. Zo zijn er kleine, oude onderzoeken geïncludeerd met een lage kwaliteit. Verder werden in de geïncludeerde onderzoeken verschillende medicamenten en toedieningsvormen gebruikt en verschillende pijn-evaluatiestrategieën toegepast. Ook werden de verschillende groepen bij het onderzoek naar complicaties niet op de juiste manier met elkaar vergeleken. Tot slot was er een groot verschil in exclusiecriteria (ouder dan 65 jaar, systemische comorbiditeiten) in de NSAID-groepen, wat de resultaten van de complicaties ten gunste van NSAID's kan vertekenen.

Pathofysiologisch gezien is het wel te verklaren dat NSAID's een gunstige uitwerking hebben op pijn. Uit onderzoek blijkt namelijk dat prostaglandines een rol spelen bij galblaascontracties.[3] Aangezien NSAID's prostaglandinesynthetaseremmers zijn, zouden de resultaten van Colli et al. deze hypothese kunnen ondersteunen.

Voorheen werd er gedacht dat opioïden beter niet konden worden gegeven bij symptomatisch galsteenlijden, omdat het de spanning van de sfincter van Oddi zou verhogen.[4] Uit een systematisch literatuuronderzoek blijkt echter dat er geen bewijs is dat er tijdens het gebruik van opioïden frequenter pancreatitis of cholecystitis optreedt.[5] Colli et al. beweren hierin het tegendeel. Aangezien hun onderzoek naar complicaties niet valide is uitgevoerd, kunnen we de conclusie hierover dan ook ten zeerste in twijfel trekken.

Conclusie De combinatie van de resultaten van Colli et al. en de onderzoeken naar de pathofysiologsch invloeden van NSAID's en opioïden doen suggereren dat beide middelen eenzelfde totale pijnreductie geven bij symptomatisch galsteenlijden. Deze middelen blijken ook effectiever te zijn dan placebo en parasympathicolytica. Er is onvoldoende bewijs dat opioïden zorgen voor meer cholelithiasis-gerelateerde complicaties dan NSAID's.

Betekenis De huisarts kan symptomatisch galsteenlijden behandelen met NSAID's of opioïden. Bij de keuze moet hij wel rekening houden met de complicaties die het medicijn kan geven bij verschillende patiëntkarakteristieken zoals cardiovasculaire, gastro-intestinale en valrisico's. Over het gecombineerde gebruik van de medicamenten is weinig bekend in de literatuur. ■

LITERATUUR

1 Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent gallstones: the innocent gallstone is not a myth. N Engl J Med 1982;307:798-800.
2 Colli A, Conte D, Valle SD, Sciola V, Fraquelli M. Meta-analysis: nonsteroidal anti-inflammatory drugs in biliary colic. Alimentary Pharmacology Therapeutics 2012;35:1370-8.
3 Thornell E, Jansson R, Svanvik. Indomethacin reduces raised intraluminal gallbladder pressure in acute cholecystitis. Acta Chir Scand 1985;151:261-5.
4 Thune A, Baker RA, Saccone GT, Owen H, Toouli J. Differing effects of pethidine and morphine on human sphincter of Oddi motility. Br J Surg 1990;77:992-5.
5 Thompson, D. Narcotic analgesic effects on the sphincter of Oddi: a review of the data and therapeutic implications in treating pancreatitis. Am J Gastroenterol 2001;96:1266-72.

Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde, P. Debyeplein 1, 6229 HA Maastricht: L. van Winden, aios; M. van Heugten, aios • Correspondentie: laap.vanwinden@student.maastrichtuniversity.nl

Marissa Scherptong-Engbers

Bewegingsprogramma's bij dementie lijken effectief

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

Context Door de 'dubbele vergrijzing' zal de prevalentie van dementie de komende jaren toenemen. De achteruitgang van cognitieve functies is helaas moeilijk te behandelen. Gedragsbeïnvloeding en psychologische interventies worden wel toegepast, medicamenteuze behandeling neemt (vooralsnog) een kleine plek in. Mogelijk speelt beweging een beschermende rol in de ontwikkeling en progressie van dementie.

Klinische vraag Leiden bewegingsprogramma's voor ouderen met dementie tot verbetering van de cognitie en de uitvoering van de activiteiten van het dagelijks leven (ADL)? En ervaren mantelzorgers hierdoor een verlichting van hun zorgtaak?[1]

Conclusies auteurs Op basis van 8 geïncludeerde onderzoeken stellen de auteurs dat bewegingsprogramma's leiden tot verbetering van de cognitieve functie in vergelijking met de controlegroep (Standard Mean Difference (SMD) = 0,55; 95%-BI 0,02 tot 1,09). Na exclusie van 1 onderzoek dat afweek van de andere werd dit effect echter veel minder duidelijk. Bewegen leidde tot verbetering van het uitvoeren van de ADL ten opzichte van de groep zonder interventie (6 onderzoeken; SMD 0,68; 95%-BI 0,08 tot 1,27). In 1 onderzoek werd de zorglast van de mantelzorger bestudeerd; hieruit bleek dat als de patiënt meedeed aan een bewegingsprogramma, de mantelzorger dit als een vermindering van de zorglast ervoer (SMD -15,30; 95%-BI -24,73 tot -5,87). Er werden geen nadelige effecten van de interventie gerapporteerd.

Beperkingen Bij beide eindpunten was er sprake van een grote heterogeniteit. Dit bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten: zijn de trials die zijn samengevoegd wel goed met elkaar te vergelijken, bijvoorbeeld wat betreft de onderzoeksopzet en de geïncludeerde patiënten. De auteurs benadrukken dan ook dat de conclusies voorzichtig geïnterpreteerd dienen te worden.

COMMENTAAR

De incidentie van dementie is de afgelopen 20 jaar gedaald, maar het aantal mensen met dementie zal nog fors stijgen. In Nederland is er sprake van een dubbele vergrijzing: de babyboomers zijn de leeftijdsgrens van 65 gepasseerd én er is een langere levensverwachting, ook voor patiënten met dementie. Meer dan 10% van de mensen boven de 65 jaar heeft dementie. Na de leeftijd van 65 jaar verdubbelt het risico op dementie elke 5 jaar. Het blijkt dat ongeveer tweederde van de personen met dementie thuis woont, en hun aantal zal mogelijk toenemen door de maatschappelijke ontwikkeling dat ouderen langer thuis moeten of willen blijven wonen. Het blijven optimaliseren van de cognitieve functies en het uitvoeren van de dagelijkse handelingen zijn hierbij essentieel, voor de patiënt en zeker ook voor de partner of mantelzorger.

Deze Cochrane-review rapporteert een (voorzichtig) positief effect van bewegingsprogramma's op de cognitieve functies en ADL. Bovendien lijken deze programma's een effectieve manier om de mantelzorger te ontlasten. De heterogeniteit van de onderzoeken is echter groot, bijvoorbeeld door het includeren van uiteenlopende patiënten (verschil in ernst en type dementie) en bewegingsprogramma's (verschil in duur en frequentie). Dit bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten: mogelijk heeft bewegen bij verschillende stadia van dementie een ander effect. Bovendien blijkt uit observationele onderzoeken dat beweging bij Alzheimerdementie mogelijk meer effect heeft dan bij vasculaire dementie. Kortom, het is de vraag of de gegevens van de verschillende onderzoeken wel op één hoop kunnen worden gegooid.

Voor de algemene bevolking blijkt 'in beweging blijven' op jonge en oudere leeftijd een positief effect te hebben op de cognitieve functies. Bij ouderen is ook gebleken dat bewegen de functionaliteit vergroot en de kans op het verlies van afhankelijkheid vermindert. Extrapolatie van deze kennis naar dementerende ouderen is niet direct mogelijk, maar deze Cochrane-review biedt wel etiologische en wetenschappelijke onderbouwing voor bewegingsprogramma's in verzorgingshuizen en fysiotherapiepraktijken. En aangezien er bij de RCT's geen negatieve effecten van deze interventie werden gemeld, lijken ze ook geen kwaad te kunnen.

Als huisarts krijgt u te maken met demente patiënten van wie de partner en/of mantelzorger vaak ook bij u in de praktijk zit. Deze zorg is complex en vergt ondersteuning vanuit vele disciplines en zorgsystemen. Denk bij evaluatie van de kwetsbare oudere met (beginnende) dementie aan de mogelijkheid een bewegingsprogramma aan te bieden, ten behoeve van de patiënt en ter ondersteuning van de mantelzorger. Een bewegingsprogramma lijkt geen kwaad te kunnen en helpt ook nog (een beetje). ■

LITERATUUR

1 Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, Forbes SC, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2013;12:CD006489.

LUMC, afdeling Klinische Epidemiologie, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: M.J. Scherptong-Engbers, aiotho • Correspondentie: m.j.engbers@lumc.nl

Inhalatoren bij astma en COPD

In het artikel over inhalatoren bij astma en COPD zijn naar onze mening onjuiste uitgangspunten toegepast in [**figuur 4**].[1] Eén van de keuzecriteria is dat een patiënt krachtig moet kunnen inhaleren om een poederinhalator goed te kunnen bedienen. Met dit onjuiste criterium wordt een substantiële patiëntengroep de mogelijkheid onthouden om een poederinhalator te gebruiken. Het is voor de arts ook een lastig criterium omdat het begrip krachtig inhaleren niet is gedefinieerd. In de praktijk komt het erop neer dat voor alle typen inhalatoren een drukverschil van 2 tot 3 kPa over het mondstuk reeds voldoende is. Door de meeste inhalatoren, zoals de Diskus of Cyclohaler, kan zelfs beter niet krachtig worden geïnhaleerd omdat deze een inspanningsonafhankelijke fijne-deeltjesdosis (FPD) afgeven.[2] Bij krachtiger inhaleren gaat een groter deel van de FPD verloren aan keeldepositie en verschuift ook de depositie in z'n geheel naar hogere luchtwegen.[3] Dit is een nadeel wanneer de centrale of perifere luchtwegen moeten worden bereikt, zoals met corticosteroïden. Daarom is het raadzaam om aan patiënten die wel krachtig kunnen inhaleren een inhalator met een gemiddelde tot hoge weerstand (voorbeelden: Turbuhaler, Genuair) te geven en aan patiënten die dit niet kunnen een lage-weerstandsinhalator (voorbeelden Cyclohaler, Breezhaler). Een eveneens hardnekkige misvatting is dat voor het gebruiken van een inhalator met een hoge weerstand een grotere inspanning moet worden geleverd dan voor een inhalator met een lage weerstand.[5,6] In werkelijkheid is het andersom omdat door een lage-weerstandsinhalator de longen snel volstromen met lucht. Daardoor is het veel lastiger om het benodigde drukverschil over het mondstuk enige tijd aan te houden. Bovendien leveren sommige inhalatoren met een hogere weerstand door hun efficiënte manier van aerosolproductie een hogere FPD af bij een hogere inhalatie-inspanning (voorbeelden Novolizer, Turbuhaler) waardoor er een zekere compensatie optreedt voor deze verliezen in de keel en hogere luchtwegen. Krachtig inhaleren heeft door deze compensatie een minder negatief effect op de longdepositie dan krachtig inhaleren door een inhalator met lage weerstand. ■

Paul Hagedoorn, Henderik Frijlink, Anne de Boer, Universiteit Groningen, afdeling voor Farmaceutische Technologie en Biofarmacie

LITERATUUR

1 Broekhuijzen BDL, Nijmeijer D, Ten Have-Drenthen HL. Inhalatoren bij astma en COPD. Huisarts Wet 2014;57:142-7.
2 Frijlink HW, De Boer AH. Dry powder inhalers for pulmonary drug delivery. Exp Opin Drug Deliv 2001;1:67-86.
3 Usmani OS, Biddiscombe MF, Barnes PJ. Regional lung deposition and bronchodilator response as a function of b_2-agonist particle size. Am J Respir Crit Care Med 2001;172:1497-1504.
4 Hawksworth GM, James L, Chrystyn H. Characterization of the inspiratory manoeuvre when asthmatics inhale through a Turbuhaler pre-and post-counselling in a community pharmacy. Resp Med 2000;94:501-4.
5 Sumby BS, Cooper SM, Smith IJ. A comparison of inspiratory effort required to operate the Diskhaler and Turbuhaler inhaler in the administration of powder drug formulations. Br J Clin Res 1992;3:117-23.
6 Festen-Deposito JE. Improving the efficiency of inhalation therapy in young children [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus MC, 2005.

ANTWOORD

Wij danken Paul Hagedoorn en collega's voor hun reactie. Zij bekritiseren ons uitgangspunt dat voor een poederinhalator een krachtige inademing nodig is. Wij blijven hierbij omdat een poederinhalator hoe dan ook een zekere inspiratiekracht vraagt, die niet nodig is bij een aerosol met voorzetkamer, en veel minder bij een aerosol zonder voorzetkamer. Wij denken niet dat veel mensen hierdoor een poederinhalator wordt onthouden. Onze nascholing zegt dat de inspiratiekracht bij jonge kinderen, sommige ouderen en ernstige benauwde mensen, een minderheid dus, te gering kan zijn.

De suggestie om de soort poederinhalator (hoge of lage weerstand) te baseren op de geschatte inspiratiekracht vinden wij niet haalbaar. Wij adviseren dat de patiënt en de praktijkondersteuner samen uitproberen welke poederinhalator geschikt is, met de placebo's die van alle poederinhalatoren beschikbaar zijn. Bij de meeste poederinhalatoren kan men ook direct controleren of de inspiratiekracht voldoende was, door een hoorbare klik, verkleuring of door het 'ratelende geluid' van de capsule.[1] Een 'te krachtige' (vaak te korte/snelle en ondiepe) ademhaling kan de longdepositie inderdaad verminderen door depositie in de orofarynx, vooral van grotere inhalatiedeeltjes. Inhalatieprotocollen adviseren daarom krachtige, diepe én volledige ademhaling met daarna inhouden van de adem.[1] De effectiviteit van een poederinhalator wordt naast de aerodynamische deeltjesgroottevertoeverdeling bepaald door inhalatietechniek, educatie en therapietrouw.[2] Bovendien zijn de meeste onderzoeken gebaseerd op 'impactor' experimenten of longscintigrafie, en resultaten zijn niet zondermeer te extrapoleren naar effectiviteit.[3] De misvatting over de weerstand in de inhalator en de vereiste inspanning wordt tot slot niet gevoed door onze nascholing, die de prioriteit legt bij bewust kiezen, educatie en evaluatie. Doe ervaring op met een beperkt aantal inhalatoren. Dit doet geen recht aan de complexe fysische processen bij de poederinhalator, maar voorkomt een verzameling ongebruikte inhalatoren in de keukenla. ■

Lidewij Broekhuizen

LITERATUUR

1 http://www.longalliantie.nl/inhalatieprotocollen.
2 Dekhuijzen PNR. Inhalatiemedicatie bij volwassenen met obstructieve longaandoeningen: poeder of aërosol? Ned Tijdschr Geneeskd 1998;142:1369-74.
3 Mitchell J, Newman S, Chan HK. In vitro and in vivo aspects of cascade impactor tests and inhaler performance: a review. AAPS PharmSciTech 2007;8:E110.

HANDIG OVERZICHT APPS VOOR SMARTPHONE EN TABLET

Riksen D. App jaargids 2014. Beuningen: Esculaap media, 2013. 147 pagina's, € 24,95. ISBN 9789082081831.

Doelgroep Artsen.

Inhoud De markt voor apps in de gezondheidszorg is in de afgelopen jaar enorm gegroeid. Eind 2008 waren er 10.000 apps in de app-store, nog geen vijf jaar later zijn dat er bijna 900.000! Daphne Riksen, journalist voor onder andere de rubriek over apps in *Arts & Auto*, waagt een poging overzicht te brengen, in een handzaam boekje.

De inleiding zit goed in elkaar, met een goed leesbaar en behoorlijk onderbouwd verhaal over die groeiende markt. Riksen noemt de belangrijkste platforms: Apple met iOS, Google met Android en Windows met Windows8 en Windows Phone. Conclusie lijkt wel dat de medicus die iets met apps wil, beter kiest voor de eerste twee platforms. Ook vertelt ze waar je online informatie over apps kan vinden, in het bijzonder Artsennet, Digitalezorggids.nl, de VVAA i.s.m. *Arts en Auto* en iMedicalapps.com. Ze wijdt een pagina aan onmisbare apps voor iedereen, maar zoals altijd met zo'n beknopte selectie, is die nogal arbitrair.

Het grootste deel van het boekje wordt gebruikt voor korte overzichten van apps. Per item steeds duidelijk: voor welk platform, prijs, producent en een link voor meer informatie. Vervolgens uitleg voor wie de app geschikt is, een beknopte omschrijving, gevolgd door plussen en minnen. Ten slotte geeft ze nog een kleine bloemlezing uit reacties op websites.

Tussendoor zijn er wat uitstapjes met overzichten van specifieke apps voor bijvoorbeeld patiëntenvoorlichting, apps van eigen bodem, voor te schrijven apps en toplijsten volgens anderen. Sommige zijn nuttig, andere vond ik wat minder informatief dan de pagina's die specifiek aan een app gewijd zijn. De laatste pagina's zijn gewijd aan de meest innovatieve apps van 2012.

Oordeel Het is een gewaagde onderneming om over zo'n snel veranderende wereld als die van de apps een boekje te schrijven. Voor je het weet is het allemaal al achterhaald (het is immers al 2014). Desondanks is het Daphne Riksen gelukt. Voor zowel huisartsen, specialisten als sociaal geneeskundigen heeft ze een selectie van apps gemaakt. Een compact, handig en overzichtelijk boekje, met een goed onderbouwde inleiding. ■

Bart Timmers

Waardering: ● ● ● ●

SOCIAL MEDIA VOOR MEDICI

Baarsma S, Steentjes A. Social media voor medici. Beuningen: Esculaap media, 2013. 135 pagina's, € 24,95. ISBN 9789082081824.

Doelgroep Artsen, ook bruikbaar voor paramedici en andere zorgverleners.

Inhoud Dit boekje geeft een heel beknopt overzicht over wat social media zijn en wat ze kunnen betekenen voor de arts. Het begint met een algemene inleiding over de opkomst van het internet. Het verschil wordt uitgelegd met de eerste jaren, toen internet nog statisch was, niet meer dan een digitaal uithangbord voor je boodschap. In de jaren daarna, vanaf het einde van het vorige millenium, ontstond meer interactie, onder andere door websites van bedrijven als Amazon. Vanuit deze behoefte aan onderlinge reacties zijn in toenemende mate sociale websites opgericht. In 2003 ontstond LinkedIn, in 2004 Facebook en in 2006 Twitter.

Hoewel er ook in het boek wel enige aandacht is voor andere social media, zoals Google+, Youtube, Google docs en Flickr, gaat de meeste aandacht toch uit naar LinkedIn, Facebook en Twitter. Deze komen dan ook stelselmatig aan de orde.

De auteurs leggen uit hoe je een account aanmaakt, wat de gebruiksmogelijkheden en kenmerken zijn en voor Twitter en Facebook (vreemd genoeg niet voor LinkedIn) hebben ze een aparte woordenlijst opgenomen.

In aparte hoofdstukken wordt het standpunt van de KNMG over social media uitgelegd en wordt er aandacht gegeven aan zaken als strategie en tactiek.

Het boekje is te beschouwen als een zeer beknopte inleiding. Sommige hoofdstukken zijn daardoor wel heel droog. Het geeft de arts die nog niets met social media doet wel een duidelijk overzicht van wat er mogelijk is en wat de verschillende kenmerken zijn.

Oordeel Een weliswaar beknopt, maar wel duidelijk overzicht van de rol van social media voor de arts. Met name Twitter, Facebook en LinkedIn krijgen de aandacht. Of je er nu mee wilt starten, of gewoon meer wilt weten over social media, het boekje geeft een aardige inleiding. Voor degenen die er al mee bezig zijn, brengt het boekje weinig nieuws, daarvoor mis ik de verdieping. Jammer dat er een aantal storende niet gecorrigeerde drukfouten te vinden zijn (al is 'snatchap' in plaats van 'snapchat' wel goed voor een glimlach). ■

Bart Timmers

Waardering: ● ●

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Juist

Meestal worden patiënten met de ziekte van Graves behandeld met medicatie omdat dit na behandeling van 12 maanden 40 tot 50% kans geeft op een langdurige remissie, zonder risico op het ontstaan van hypothyreoïdie. De overige twee behandelingsmogelijkheden zijn even gelijkwaardig. Bij een recidief hyperthyreoïdie na staken van de medicatie zijn de drie therapeutische mogelijkheden eveneens gelijkwaardig. Voeg een bètablokker toe gedurende de eerste 6 weken indien er veel klachten bestaan, totdat het effect van het thyreostaticum merkbaar is door duidelijke afname van de klachten. Bouw vervolgens de bètablokker af. Houd bij de keuze van een bètablokker rekening met comorbiditeit. De voorkeur gaat uit naar metoprolol met vertraagde afgifte, startdosering 1 maal daags 100 mg.

Van Lieshout J, Felix-Schollaart B, Bolsius EJM, Boer AM, Burgers JS, Bouma M, et al. NHG-Standaard Schildklieraandoeningen (tweede herziening). www.nhg.org.

3. Juist / 4. Juist / 5. Onjuist

Instrueer de patiënt 8 uur voorafgaand aan de test geen kortwerkende bronchusverwijders te gebruiken en gedurende 12 uur geen langwerkende bronchusverwijders. Bij een FEV_1/FVC-ratio < 0,7 wordt een bronchusverwijder toegediend via een dosisaerosol en inhalatiekamer in vier afzonderlijke puffs (salbutamol 100 microg of > 60 jaar ipratropium 20 microg). Tien tot 15 minuten na inhalatie van salbutamol of 30 minuten na ipratropium wordt de meting herhaald.

Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (tweede herziening). www.nhg.org.

6. Juist / 7. Onjuist / 8. Onjuist

Maak bij een hard en pijnloos ulcus en niet-pijnlijke, vergrote inguïnale lymfeklieren (vermoeden van syfilis) een keuze tussen direct verwijzen naar een dermatoloog en serologisch onderzoek naar syfilis, in combinatie met NAAT/PCR-diagnostiek uit het ulcus (uitstrijk van de bodem van het ulcus). Negatieve serologie sluit in dit stadium syfilis niet uit. Herhaal het serologisch onderzoek in dat geval na enkele weken tot maximaal drie maanden of verwijs alsnog.

Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). www.nhg.org.

9. Onjuist / 10. Onjuist

Het carpaletunnelsyndroom (CTS) is een entrapmentsyndroom van de nervus medianus onder het ligamentum carpi flexorum. De anamnese, gevolgd door een zenuwgeleidingsonderzoek, is afdoende om de diagnose te stellen. Bij lichamelijk onderzoek worden vaak geen afwijkingen gevonden en de voorspellende waarde van provocatietests is beperkt.

Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, et al. NHG-Standaard Hand- en polsklachten (eerste herziening). www.nhg.org.

Van Ree JW, Martin JJ, redactie. Neurologie. Praktische huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2004.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherptong-Engbers, Annet Sollie, Wilma Spinnewijn, Hans van der Wouden
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Marjolein Oosterom, Susan Umans, Tanja Veenstra.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 00, F (030) 282 35 01

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie
Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementsprijs (print + online toegang): € 209,-.
Abonnementsprijs (enkel online toegang): € 125,40]
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

Afgevinkt

De caissière bij de supermarkt heeft geleerd dat ze me moet aankijken en begroeten. Stel je voor dat ze dat aankijken en begroeten vervolgens zou moeten registreren in een computer... Dan zou de wachtrij voor de kassa groeien en de klanttevredenheid dalen! Patiënten ervaren bij de poh iets soortgelijks en de poh zelf klaagt over haar afvinklijstjes. Zo moet zij jaarlijks het rookgedrag van diabetespatiënten invullen en moet ik elk jaar aan patiënten die nog nooit gerookt hebben vragen of ze al begonnen zijn. Mijn zorggroep voegde nog toe dat ik het eetgedrag van meer dan 90% van mijn patiënten moet

registreren. Belangrijke leefstijlfactoren verworden zo tot registratiepunten, met als risico dat het primaire doel het registreren wordt en niet de behandeling van de patiënt. De tendens sluipt erin dat alles wat wordt gedacht, gecommuniceerd en gedaan ook moet worden geregistreerd, waarschijnlijk vanuit het idee dat zo een goede zorgkwaliteit is gegarandeerd en inkoopafspraken worden nageleefd.

Moeten we dan stoppen met indicatoren maken? Dat nou ook weer niet. Het is goed dat we indicatoren hebben en op de juiste manier kunnen gebruiken. Zo krijg je inzicht in eigen handelen, kun je bepaalde patiënten opsporen en kan onderzoek worden gedaan. Maar voor het vergelijken van praktijken of artsen zijn indicatoren veel minder geschikt, omdat verschillen grotendeels door patiëntgebonden factoren ontstaan. En er zijn vaak meer patiënten nodig dan we in behandeling hebben om praktijken goed te kunnen vergelijken. In het rapport *Garanties voor kwaliteit van de zorg* beval de Raad voor de Volksgezondheid onlangs aan dat zorgprofessionals zelf die indicatoren ontwikkelen die relevant zijn voor de dagelijkse zorg. Dat moeten we dus niet aan externe partijen overlaten.

Rob Dijkstra

NIVEL-onderzoek ambities Toekomstvisie Huisartsenzorg

Wat is de voortgang bij het 'waarmaken' van de ambities zoals die zijn geformuleerd in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022? En wat zijn de effecten van deze ambities op de uitkomsten van de kwaliteit of efficiëntie van de zorg? Om dit te kunnen meten wil het NIVEL eerst de stand van zaken anno 2014 opmaken.

Foto: Shutterstock (bewerkt)

Kennissynthese

De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 bevat zes uitgangspunten die zijn uitgewerkt in zeventien ambities. Het streven is erop gericht dat deze ambities in 2022 zijn waargemaakt. Dan is het dus van belang om in kaart te brengen waar nog kleine of grote stappen nodig zijn om dit doel te realiseren. Deze 'nulmeting' vormt de start van het NIVEL-onderzoek waartoe VWS subsidie heeft verstrekt. Per ambitie uit de Toekomstvisie is vervolgens een plan van aanpak gemaakt met de relevante indicatoren en bronnen.
Via een 'kennissynthese' halverwege tussen 2014 en 2022 zal een beeld kunnen worden gevormd van de voortgang. Het NHG heeft samen met de LHV zitting in de klankbordgroep en zal een financiële bijdrage leveren als er eventueel aanvullende deelonderzoeken nodig zijn.

NHG-Congres 2014: Dokteren doe je niet alleen

Regel nu alvast dat u erbij kunt zijn!

Wellicht weet u het nog: vorig jaar was het NHG-Congres geheel uitverkocht en voor het afsluitende feest moest zelfs een tweede locatie worden gezocht. Ook dit jaar wilt u het congres vast niet missen. Het thema 'samenwerking' is in deze tijd van toenemende ketenzorg en uitbreiding van de praktijkmedewerkers uiterst actueel. Vanuit alle mogelijke invalshoeken – en vaak op verrassende wijze – wordt dit thema belicht.

En er is meer!

Het voorprogramma op de donderdagavond voorafgaand aan het congres wordt verzorgd door Ernst van der Pasch. Wie herinnert zich niet de hartverwarmende en geestige wijze waarop hij in 2011 de 8000 demonstrerende huisartsen toezong tijdens de manifestatie in Amsterdam? Ditmaal brengt hij zijn nieuwe theaterproductie voor u ten tonele: ***Beter.***

Voor het afsluitende diner en feest is een locatie gevonden die in elk geval groot genoeg zal zijn... Het vindt plaats in de Amsterdam ArenA. Natuurlijk is er een swingende band voor wie even helemaal los wil gaan op de dansvloer. En ook is weer gedacht aan degenen die gesteld zijn op wat meer rust.

Dus...

... zet de data 20 en 21 november vast in uw agenda, regel een waarnemer, overleg met uw collega's, plan het in met uw thuisfront en zorg dat u erbij kunt zijn! Vanaf eind augustus kunt u zich inschrijven voor het congres.

&NHG

Eisen aan huisartsopleiders naar menselijke maat

Aan huisartsopleiders worden veel eisen gesteld: accreditatie op praktijkniveau en (binnenkort) visitatie op persoonlijk niveau. Scholing en toetsing door het opleidingsinstituut. Speciale registratie-eisen en eisen van de huisartsenpost. Sommige goede opleiders dreigen te stoppen door deze regeldruk, terwijl zij juist zo hard nodig zijn. Daarom is er nu het project *Harmonisatie eisen aan de opleiders*.

Het project *Harmonisatie eisen aan de opleiders* wordt uitgevoerd door het NHG in samenwerking met Huisartsopleiding Nederland (bestaande uit de acht instituten), de Landelijke Huisartsen Opleiders Vereniging en het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, in samenwerking met LHV, NPA, LOVAH, RGS/CGS en SBOH.
Het Concilium Huisartsopleiding (Huisartsopleiding Nederland, LHV en NHG) initieerde het project, dat loopt tot en met 2016.

Niet nieuw maar beter

Binnen het project worden de kwaliteitsinstrumenten voor de beroepsgroep doorgelicht en een voorstel geformuleerd om deze op een praktische manier op elkaar af te stemmen, te beginnen met de eisen aan de huisartsopleiders. Het doel is te komen tot een praktisch systeem van kwaliteitsbewaking op individueel en op praktijkniveau.
Er wordt niet een nieuw allesomvattend instrument ontwikkeld, maar gezocht naar een manier om bestaande kwaliteitsinstrumenten beter bij elkaar te laten aansluiten. Zo hoeft bijvoorbeeld een praktijk die al is gecheckt op punten die relevant zijn voor een opleidingspraktijk deze niet opnieuw te bewijzen voor een praktijkaccreditering. Het toetsen op zich staat niet ter discussie.
Het streven is dat duidelijker wordt wat een huisarts aan kwaliteit levert voor de eigen praktijkvoering. Gekeken wordt welke extra eisen er zijn voor de opleidingspraktijk, voor praktijken die structureel meedoen aan wetenschappelijk onderzoek of participeren in academische netwerken en voor apotheekhoudende huisartsen.

Het tijdspad

De eerste stap binnen het project behelst het ontwarren en checken van de huidige gang van zaken:
- Welke eisen worden nu door wie gesteld voor welke functies?
- Welke eisen worden nu getoetst voor de verschillende kwaliteitssystemen en keurmerken?

Vervolgens kunnen eisen en criteria worden opgesteld voor een door de beroepsgroep erkende methode van toetsing van de kwaliteit van de praktijkvoering van opleiders. Rond de zomer zijn deze criteria geformuleerd. De keurmerken en kwaliteitssystemen die de eisen toetsen volgens deze criteria kunnen dan de gewenste kwaliteit van de opleiderspraktijk onderbouwen.
Het streven is om nog dit jaar *quick wins* voor de toetsingsinstrumenten en regelgeving voor opleiders te hebben. Uiteindelijk moet het project leiden tot een gelaagd systeem voor huisarts, huisartsopleider en -onderzoeker op persoonlijk en praktijkniveau, waarbij alleen relevante informatie wordt gebruikt zonder dubbelregistratie. De opleiders worden actief betrokken bij het slim op elkaar laten aansluiten van de aan hen gestelde eisen om zo te komen tot een systeem dat voldoet aan de menselijke maat.

Linda Tolsma, beleidsmedewerkster NHG, projectleider (l.tolsma@nhg.org)

Leergang Ouderengeneeskunde:

Laego bouwstenen

Onafhankelijke, actuele, praktijkgerichte nascholing over de zorg voor ouderen – het NHG, Leerpunt Koel en DOKh sloegen samen met de expertgroep Laego de handen ineen om de Leergang Ouderengeneeskunde te ontwikkelen. De vier modules van deze leergang bestaan uit twee parallelle programma's voor huisartsen en praktijkondersteuners. Wanneer u de scholing samen met uw praktijkondersteuner volgt, kunt u de geleerde inzichten gezamenlijk toepassen in uw praktijk. Hoe gaat u daadkrachtig aan de slag met de zorg voor uw oudere patiënten? Werkt u samen met andere professionals? Met het ziekenhuis? Met de gemeente? Of met mantelzorgers? Wie en wat heeft u daarbij nodig? En hoe communiceert u met elkaar? Het zijn slechts enkele vragen die aan bod komen.

Meer informatie

De eerstvolgende leergang gaat op 30 september van start; de bijeenkomsten vinden plaats in de regio Noord-Holland. Hoewel de scholing aan kracht wint als deze wordt gevolgd door duo's van huisartsen en praktijkondersteuners, is het ook mogelijk u hiervoor individueel in te schrijven. De leergang is geaccrediteerd voor 16 uur.
Kijk voor meer informatie: www.nhg.org > scholing. Zie ook het artikel op de pagina hiernaast.

NHG-AGENDA 2014 data

- **PalHAG-symposium** 25 september
- **NHGDoc-symposium** 2 oktober
- **NHG-Congres Dokteren doe je niet alleen** 21 november
- **Algemene Ledenvergadering** 3 december

Meer informatie over alle NHG-activiteiten vindt u op www.nhg.org

Ouderenzorg: business as usual?

De veranderingen in de ouderenzorg brengen nieuwe vraagstukken met zich mee. Welke kwetsbare ouderen in uw praktijk vragen extra persoonlijke aandacht en zorg? Heeft u hen goed in beeld en past uw zorg en de manier waarop u die biedt wel bij de problemen die deze patiënten ervaren? En hoe kunt u uw ouderenzorg adequaat organiseren samen met andere zorg- en hulpverleners?

Foto: Shutterstock

Het NHG werkt samen met LHV, InEen, V&VN, Verenso en andere partners aan de uitwerking van de nieuwe vraagstukken. Een scala aan activiteiten zal uitmonden in concrete producten en diensten die de huisarts ondersteunen bij de ouderenzorg. Dat varieert van de gegevensuitwisseling vanuit het HIS of KIS tot het vaststellen van een set zinnige indicatoren. Maar ook is er betrokkenheid op landelijk politiek niveau. Het landelijk netwerk van inmiddels al honderd kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde *Laego* heeft bij dit alles een belangrijke rol.

Maar ook voor huisartsen die zich niet tot kaderarts willen specialiseren actualiseert het NHG producten en diensten, aansluitend bij de ontwikkelingen van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Naast aanpassingen op Thuisarts.nl verschijnen na de zomer een boek *Protocollaire ouderenzorg* en een e-learning voor zowel huisartsen als poh's. Ook zal het NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen* worden herzien. U vindt alle informatie over deze producten en diensten overzichtelijk bij elkaar in het dossier Ouderenzorg op www.nhg.org. Zie ook de vorige pagina voor het scholingsaanbod.

Thuisarts.nl blijft zich vernieuwen

Gemiddeld zoeken elke dag vijftig- tot zestigduizend mensen op de NHG-publiekswebsite informatie over ziekte en gezondheid. Ook de Thuisarts-app, die eind 2013 verscheen, is een succes: deze werd voorgedragen voor de Health App Award 2014 en staat al sinds de lancering op nummer 1 in de Apple Store bij de geneeskunde-apps

De jongste ontwikkelingen

Thuisarts.nl vernieuwt zich voortdurend, bijvoorbeeld:

- de Android-versie van de app wordt rond deze tijd gelanceerd;
- deze maand worden de zeventien keuzehulpen van Kiesbeter.nl overgenomen op Thuisarts.nl;
- het Platform Gedeelde Besluitvorming (een samenwerkingsverband van onder meer CBO, TNO, Trimbosinstituut en NHG) maakt een plan voor beheer en uitbreiding van de keuzehulpen;
- maandelijks verschijnen nieuwe en geactualiseerde teksten bij herziene NHG-Standaarden;
- nog dit jaar verschijnen nieuwe filmpjes, bijvoorbeeld over soa/partnerwaarschuwing en over vier onderwerpen uit het ZonMw-programma Alledaagse Ziekten.

Uw reacties en suggesties voor verbetering zijn altijd welkom. U kunt ze doorgeven via de reageerknop op elke Thuisarts-pagina of via info@thuisarts.nl.

Ton Drenthen, projectleider (t.drenthen@nhg.org)

Risicogroepen griepprik ongewijzigd

Afgelopen maand verscheen het advies van de Gezondheidsraad over de griepvaccinatie. Weliswaar is de bewijskracht voor de effectiviteit van de vaccinatie niet optimaal, er zijn toch voldoende aanwijzingen dat ouderen hierdoor worden beschermd tegen griep en de complicaties daarvan.

De Gezondheidsraad concludeert dat voortzetting van het huidige vaccinatieprogramma voor gezonde 60-plussers is gerechtvaardigd. Griepvaccinatie bij alle zwangere vrouwen is daarentegen niet nodig.
Verder beveelt de Gezondheidsraad aan om een nieuw onderzoek te laten uitvoeren naar de kosteneffectiviteit van de griepvaccinatie. Het advies is naar de minister van VWS gegaan; zij zal met een reactie komen.

&NHG

Interview met Tjeerd van Althuis:

Van ketenzorg tot zelfmanagement

Tjeerd van Althuis is al sinds eind 1996 bij het NHG werkzaam als wetenschappelijk medewerker – tegenwoordig teamleider – bij de sectie Automatisering. Daarvoor werkte hij in Zimbabwe en Namibië als tropenarts. In een interview vertelt hij over zijn werkzaamheden, vooral waar het gaat om de huidige ontwikkelingen rond ketenzorgprogramma's en *Zelfzorg Ondersteund!*

Hoe kwam je destijds bij het NHG terecht?
'Ik kwam net terug uit Namibië waar ik betrokken was bij de implementatie van een gecomputeriseerd health information system. Daarbij haalden we gegevens boven tafel over consulten, opnames, patiëntenstromen, ziektestatistieken en vooral moeder-en-kindzorg. Nog daarvoor deed ik een eigen dataonderzoek in de Filippijnen. Ik had dus wel blijk gegeven van mijn affiniteit met ICT en het NHG zocht iemand voor een project waarin het nut van ICT voor de huisarts werd geanalyseerd. Dat werd mijn eerste klus, maar geleidelijk kreeg ik steeds meer op mijn bordje: het Referentiemodel, episodegericht registreren, het elektronisch voorschrijfsysteem dat nu is uitgegroeid tot het NHG-Formularium in alle HIS'en, het overleg met LHV en gebruikersverenigingen en de laatste jaren met Nictiz, producten over privacy en adequate dossiervorming, en noem maar op.'

En wat zijn op dit moment je belangrijkste werkzaamheden?
'Nu houdt de sectie zich onder meer bezig met allerlei zaken rond ketenzorg en indicatoren. Want juist in de ketenzorg worden die indicatoren intensief gebruikt. In het dit jaar opgeleverde dossier *Ketenzorg en ICT* hebben we geanalyseerd wat je aan ICT in de ketenzorg nodig hebt en welke oplossingen we daarbij zien. Het is lastig dat de ontwikkelingen altijd sneller gaan dan de ICT kan bijbenen, maar als je goede ketenzorg wilt leveren heb je in elk geval een informatiesysteem nodig. En ook een platform om met partners in de eerste en tweede lijn te kunnen overleggen is van groot belang. Een KIS is daarvoor heel geschikt. Een dergelijk platform heb je als huisarts bovendien nodig voor je samenwerking met bijvoorbeeld de wijkverpleging of de ggz. Want gezien de huidige ontwikkelingen hebben huisartsen en praktijkmedewerkers steeds meer instrumenten nodig om te kunnen samenwerken met zorgverleners buiten de eigen praktijk.'

Kun je nog meer nieuwe ontwikkelingen noemen?
'Het Individueel Zorgplan speelt bij ketenzorgprogramma's een grote rol en dat krijgt momenteel dan ook prioriteit. Het IZP moet inzichtelijk zijn voor niet alleen patiënten, maar ook voor alle betrokken zorgverleners. Ook hierbij is dus weer sprake van een soort platform waar overleg kan plaatsvinden over bijvoorbeeld de zorg voor kwetsbare ouderen. Het IZP is dan een belangrijk instrument om samenhang in de zorg te brengen. De sectie Automatisering probeert hiervoor oplossingen te vinden. In die zin is ons werk dus altijd ondersteunend aan wat huisartsen willen of nodig hebben.'

En wat houdt *Zelfzorg Ondersteund!* precies in?
'Dit is een initiatief van een aantal zorgverzekeraars, zorgaanbieders (waaronder het NHG) en patiëntenvertegenwoordigers. Het doel is om in eerste instantie zelfzorg bij diabetespatiënten te stimuleren, vooral in de eerste lijn. De sectie Automatisering werkt mee aan het formuleren van de basiseisen voor een portal dat de patiënt kan ondersteunen. Die moet zicht hebben op de gegevens in zijn medisch dossier, onder andere over zijn medicatie. Maar ook moet de patiënt toegang krijgen tot zijn eigen IZP en daarin de zelf gemeten waarden kunnen bijhouden. Het e-consult moet erin kunnen worden opgeslagen, evenals bijvoorbeeld een herinnering van de poh aan een komend bezoek, of een vragenlijst ter voorbereiding op een consult of aanvraag voor labonderzoek. Zo komt de patiënt goed voorbereid naar het consult. Volgens planning zal bij de diverse informatiesystemen nog dit jaar worden getoetst of ze aan de geformuleerde eisen voldoen. Zorgverzekeraars nemen dit weer mee in de contractering met zorggroepen.'

Wat gaat de huisarts van dit alles merken?
'De huisarts zal ermee te maken krijgen dat er steeds meer accent komt te liggen op zorg-op-maat in combinatie met meer zelfmanagement. De patiënten zullen steeds vaker gevraagd worden om dingen zelf op te pakken en hierop ook worden aangesproken. Maar je moet daarbij wel met elkaar in gesprek blijven over wat het gewenste zorgniveau is. Dat kun je natuurlijk niet sturen met ICT, maar wel kunnen we instrumenten ontwikkelen waarmee de huisarts hieraan samen met de patiënt vorm kan geven.
Verder is vorig jaar een pilot gehouden met het Individueel Zorgplan, dus ook dat komt er binnenkort aan. Dat is het leuke aan mijn werk: ik krijg met al die veranderingen in de zorg te maken en zie me dan geplaatst voor de uitdaging om de huisarts via ICT goed te ondersteunen.' (AS)

Colofon

Redactie NHG-nieuws
Joost Blijham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

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

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

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