JAARGANG 57 / AUGUSTUS 2014

H&W

8

Huisarts en Wetenschap

2014

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

ONDERZOEK

Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen

ONDERZOEK

Wat gebeurt er nadat een euthanasieverzoek is afgewezen?

NHG-STANDAARD

Vaginaal bloedverlies

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

8

WETENSCHAP

ONDERZOEK

390 Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen
Casper den Heijer, Martien van Dongen, Gé Donker, Ellen Stobberingh

396 Wat gebeurt er nadat een euthanasieverzoek is afgewezen?
Roeline Pasman, Dick Willems, Bregje Onwuteaka-Philipsen

400 Veiligheid en effectiviteit van gliclazide
Kornelis van Hateren, Sebastiaan Houweling, Geertruida de Bock, Peter van Dijk, Klaas Groenier, Rijk Gans, Henk Bilo, Nanne Kleefstra, Gijs Landman

COMMENTAAR

395 Urineweginfecties: in dubio abstine?
Bart van Pinxteren

404 ECG's in de huisartsenpraktijk: melkkoe of paard van Troje?
Wouter de Ruijter

406 NHG-STANDAARD
Vaginaal bloedverlies (derde herziening)
Loes Meijer, Anita Bruinsma, Arienne Pameijer, Wouter Hehenkamp, Ineke Janssen, Jako Burgers, Wim Opstelten, Corlien de Vries

KLINISCHE PRAKTIJK

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

415 Huisartsen tevreden over zorggroepen
Johan Hansen, Dinny de Bakker, Ronald Batenburg, François Schellevis

NASCHOLING

416 Schriftelijke wilsverklaringen
Léon Henskens

420 De zorg voor volwassenen met downsyndroom
Tonnie Coppus, Annemieke Wagemans

(VER)STAND VAN ZAKEN

425 Effectiviteit van cardiometabole preventie
Daphne Stol

KLINISCHE LES

426 Herkenning van overbelasting bij sporters
Marieke van de Ven, Ruby Otter, Annette Berendsen, Michel Brink

IMPORT

432 Steunkousen na diepe veneuze trombose?
Edmond Walma

433 Dipsticks en urineweginfecties bij vrouwen
Pieter Barnhoorn, Rosalinde Poortvliet

CATS

434 Echografie calcaneus bij diagnostiek osteoporose
Astrid van Slobbe

PEARLS

435 Psychotherapie vermindert depressie bij dementie
Pim van den Dungen

CASUÏSTIEK

437 Een onbegrepen wijde lichtstijve pupil
Willeke de Louw, Jan Takken

387 JOURNAAL
405, 430 COLUMNS
431 KENNISTOETS
436 INGEZONDEN
438 BOEKEN
440 COLOFON H&W

29 HET NHG

Kritisch blijven

Het is zomer. H&W moet met andere tijdschriften concurreren om uw aandacht. Wij doen dat niet met een dubbeldik zomernummer, bewaarbijlage of vakantiespecial maar met een interessant blad. Eigenlijk had die vette acht op de cover, als het gaat om diversiteit en bruikbaarheid voor de praktijk, ook best een 8+ mogen zijn.

Ik vraag me wel eens af: zouden de oprichters van H&W tevreden zijn geweest over het blad dat nu voor u ligt? En zouden ze tevreden zijn geweest over de richting waarin de huisarts en diens wetenschap zich hebben ontwikkeld? Ze zouden er waarschijnlijk dubbele gevoelens over hebben.

Innige relatie

De huisartsgeneeskunde is de afgelopen vijftig jaar enorm veranderd, en de wetenschap ook. Tegelijkertijd is, net als bij elke langdurige relatie, de onderlinge verhouding tussen huisarts en wetenschap zowel verdiept als complexer geworden. Huisartsen en onderzoekers zijn beter geworden in het onderzoeken van praktische vragen, en onderzoeksresultaten zijn steeds bruikbaarder voor de praktijk. Het is een persoonlijke observatie, maar ik hoor nooit meer opmerkingen als 'dat is wetenschap, dit is de praktijk'. Verbeeld ik het me of was dat twintig jaar geleden veel normaler? Ik denk dat de relatie beter en inniger is geworden.

Beïnvloeding

Tegelijkertijd is de wetenschap niet meer die volledig betrouwbare partner van toen, die onafhankelijke vinder van de waarheid: ze is een beetje bezoedeld geraakt. Onderzoek is volgens velen een industrie geworden, waar de nadruk te veel op productie en individuele prestatie is komen te liggen. De noodzaak om te scoren wordt gezien als een oorzaak van de schandalen in de wetenschap, ook in de geneeskunde. Er ligt veel druk op onderzoekers en hun publicaties. Daarnaast heeft het succes van de huisartsgeneeskunde ook zijn weerslag op de wetenschap. Veel mensen willen iets van ons, huisartsen, en daarbij komt onderzoek goed van pas. Zo heeft de farmaceutische industrie de focus verlegd: met positief onderzoek verkopen pillen beter dan met advertenties. De invloed van gesponsord onderzoek is internationaal met redactioneel beleid met veel moeite teruggedrongen, maar daarmee zijn we er nog niet. Ook andere partijen willen ons beleid via onderzoekspublicaties beïnvloeden. Sommige onderzoekers stellen dat huisartsen meer moeten doen (pillen uitschrijven, verwijzen, laboratoriumaanvragen doen, aandacht geven), anderen dat we juist minder moeten doen (een ander kan beter diagnosticeren, behandelen, informatie geven). Soms zijn de aanbevelingen terecht, maar bij veel onderzoeken – vaak vanuit andere disciplines – kan ik me niet onttrekken aan de indruk van belangenverstrengeling. Er is een grijze zone tussen maatschappelijk relevant onderzoek en onvervalste beïnvloeding via wetenschap.

De paradox voor H&W is dat het als wetenschappelijk blad vrij van belangen wil zijn, maar die belangen zijn tegelijkertijd voortdurend aanwezig. Reden te meer om tevreden te zijn met dit nummer dat weer rijkelijk is gevuld met gedegen onderzoek, kritische commentaren en praktische handvatten. ■

Sjoerd Hobma

Diagnostiek schouderpijn variabel ondanks richtlijnen

Huisartsen gaan verschillend om met onzekerheden in het diagnostisch proces van schouderpijn. Dit geldt zowel voor diagnostische classificaties als voor verdere diagnostiek. De verschillen in aanpak zijn niet gerelateerd aan bepaalde karakteristieken van de huisarts, zo blijkt uit onderzoek van Ottenheijm et al.

Foto: Alice Day/Shutterstock

De huidige Nederlandse, maar ook Britse richtlijnen adviseren de huisarts zich te weerhouden van het stellen van een specifieke diagnose bij schouderpijn en te focussen op de oorsprong van de pijn (in een gewricht of subacromiaal). Desondanks zien we de laatste jaren een snelle toename van echografisch onderzoek bij schouderpijn, aangevraagd door huisartsen.

Ottenheijm et al. deden via semigestructureerde interviews kwalitatief onderzoek naar de visie van huisartsen op het diagnostisch proces bij schouderklachten. Zij interviewden tussen oktober 2012 en januari 2013 18 huisartsen (48 uitgenodigd) in de regio Maastricht. De helft had minder dan 10 jaar werkervaring, de andere helft meer dan 10 jaar. Veertien van de geïnterviewde huisartsen vroegen jaarlijks minder dan 30 echografische onderzoeken aan bij schouderklachten *('low-end users')*, 4 van hen meer dan 30 *('high-end users')*.

De resultaten laten zien dat huisartsen ondanks de aanbevelingen in richtlijnen toch graag tot een specifieke diagnose komen. Hierbij zijn onderlinge verschillen in aanpak gebaseerd op persoonlijke ervaring en expertise, maar ook op voorkeur van de patiënt. De onderzoekers adviseren huisartsen enerzijds te trainen in besluitvorming rondom diagnostiek en het omgaan met diagnostische onzekerheid, anderzijds zouden richtlijnmakers rekening moeten houden met de resultaten van dit onderzoek. ■

Annet Sollie

Ottenheijm RPG, et al. GPs' perspectives on the diagnostic work-up in patients with shoulder pain: a qualitative study. J Eval Clin Pract 2014;20:239-45.

Het jojo-effect

Iedereen die zich bezighoudt met afvallen, weet dat het bijzonder lastig is om op gewicht te blijven. Een meta-analyse laat zien dat gewichtsreductie op lange termijn mogelijk is. Het belangrijkst om op gewicht te blijven na het afvallen is een dieet en het blijvend opvolgen van beweegadviezen.

Ook na intensieve begeleiding komen veel mensen weer aan nadat ze zijn afgevallen. Patiënten die in onderzoeken gevolgd worden, nemen veelal na 6 maanden weer toe in gewicht. Terwijl juist handhaving van het gewicht cruciaal is voor blijvende gezondheidseffecten. In een uitgebreide review van de beschikbare literatuur laten Dombrowski et al. zien wat de effecten zijn bij onderzoeken met een langere follow-up. Daaruit blijkt dat een combinatie van een energiebeperkt dieet en meer beweging na een half jaar de beste effecten laat zien. Sterker nog, ook na 12-24 maanden verliezen deelnemers nog 1,6 kg ten opzichte van patiënten zonder begeleiding.

Onderzoeken die zich beperkten tot een energiebeperkt dieet of beweegadvies lieten geen verschil zien ten opzichte van de controlegroep. Diëten met veel koolhydraten, weinig vetten en maaltijdvervangers lieten geen verschil zien met een energiebeperkt dieet. Afvallen in combinatie met meer beweging, maar zonder dieetadvies sorteerde evenmin effect. Er is wel een klein, doch statistisch significant, verschil bij toevoeging van het middel Orlistat aan dieet en beweegadvies, al ging dit gepaard met gastro-intestinale bijwerkingen. Voor succesvol en blijvend afvallen blijft dus gelden dat het dieet energiebeperkt moet zijn, meer beweging geboden is en dat men na het bereiken van het streefgewicht het oude gedrag moet zien te vermijden. ■

Jurgen Damen

Dombrowski SU, et al. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. BMJ 2014;348:g2646.

Vezelrijk dieet effectief na hartinfarct

De laatste 10 jaar is er veel veranderd in de nazorg van patiënten die een myocardinfarct hebben doorgemaakt. Er is meer aandacht voor preventie van een tweede infarct door leefstijlaanpassingen, zoals gezonde voeding. Onderzoekers in de Verenigde Staten brengen het belang van vezelrijk eten na een infarct nog eens extra onder de aandacht. Zij vonden dat het eten van voldoende vezels, met name uit graanproducten, daadwerkelijk leidt tot een betere prognose na een hartinfarct.

Li et al. gebruikten voor hun onderzoek gegevens over vezelinname uit twee grote, bekende prospectieve onderzoeken: 'The Nurses' Health Study' en de 'Health Professionals Follow-Up Study'. Van 2258 vrouwen en 1840 mannen die tijdens deze onderzoeken een myocardinfarct overleefden, was de vezelinname bekend voor en na het infarct. Geen van de deelnemers was bij de start van de onderzoeken bekend met hart- en vaatziekten, CVA of een maligniteit.

Foto: jag-cz/Shutterstock

De belangrijkste uitkomsten van het onderzoek zijn de associaties tussen (1) hoge vezelinname post-infarct en mortaliteit en (2) een verhoging van de vezelinname ná een infarct en mortaliteit. Beide associaties waren significant. Voor de eerste associatie was de gepoolde hazard ratio (HR) 0,75 (95%-BI 0,58 tot 0,97; hoogste versus laagste 20% inname). Het verband was nog sterker als specifiek werd gekeken naar inname van graanproducten (HR 0,73; 95%-BI 0,58 tot 0,91). De HR voor de tweede associatie was 0,69 (95%-BI 0,55 tot 0,87).

De auteurs concluderen dat het innemen van meer vezels, vooral granen, na een hartinfarct geassocieerd is met een lagere mortaliteit. In de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement wordt al geadviseerd om vezelrijk te eten, met dagelijks minimaal 150-200 gram groente en 200 gram fruit. Dit advies is nu ook onderbouwd voor de groep mensen die al een infarct doormaakten. Zij kunnen het overlijdensrisico zo met circa 30% terugbrengen. ■

Alma van de Pol

Li S, et al. Dietary fiber intake and mortality among survivors of myocardial infarction: prospective cohort study. BMJ 2014;348:g2659.

Urineverlies en seks

Oudere vrouwen die ongewild urine verliezen vinden dat dit hun seksueel functioneren vermindert. Desalniettemin zijn de meeste van deze vrouwen seksueel actief. Bovendien is de urine-incontinentie bij hen die niet seksueel actief zijn niet de belangrijkste belemmering, maar speelt er meestal een fysiek probleem van de partner.

Groningse onderzoekers evalueerden de invloed van urine-incontinentie op het seksueel functioneren. Het ging om 196 vrouwen, ouder dan 55 jaar, die last hadden van urine-incontinentie én een levenspartner hadden. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 64 jaar. Zij vulden vragenlijsten in over seksueel functioneren en de urine-incontinentie.

Van de vrouwen gaf 68% aan seksueel actief te zijn. Bij 25% leidde de urine-incontinentie tot minder plezier in hun seksuele activiteiten. Bij 26% trad ongewild urineverlies op tijdens de gemeenschap. Voor het geheel vermijden van seksualiteit gaven de meeste vrouwen andere redenen dan de urine-incontinentie aan. Die hadden vooral te maken met fysieke problemen van hun partner.

Slechts bij 5% van de vrouwen was de urine-incontinentie de belangrijkste oorzaak voor het vermijden van seks. Bij de seksuele anamnese is urine-incontinentie dus belangrijk, maar niet zonder meer de belangrijkste belemmering voor seksueel functioneren. ■

Lidewij Broekhuizen

Visser E, et al. Impact of urinary incontinence on sexual functioning in community-dwelling older women. J Sex Med 2014:doi:10.111/jsm.12544 [Epub ahead of print].

Medicatie bij problematisch alcoholgebruik

De huisarts speelt als poortwachter een belangrijke rol bij de herkenning en voorlichting van patiënten met problematisch alcoholgebruik. Vaak volgt verwijzing naar een centrum voor verslavingszorg. Dat ook medicatie kan helpen, is minder bekend. Recent onderzoek uit de Verenigde Staten schept duidelijkheid over de effectiviteit hiervan. Nuttig bij de voorlichting aan patiënten.

Jonas et al. wilden weten wat de effecten zijn van medicatie bij het minderen of stoppen van alcoholgebruik. In totaal werden 95 onderzoeken (n = 22.803) samengevoegd. De onderzoekers keken naar het effect van acamprosaat (Campral) en naltrexon. In alle onderzoeken werden deze middelen gecombineerd met gedragstherapie. Naltrexon (3 maanden 1 maal daags 50 mg) resulteerde in een 9% lagere terugval naar hevig alcoholgebruik (> 4 eenheden per dag). Dit betekent dat er 12 patiënten naltrexon moeten krijgen om bij 1 patiënt terugval te voorkomen (number needed to treat (NNT) = 12). Naltrexon zorgde voor 5% verlaging als het ging om volledige onthouding (NNT = 20). De resultaten van acamprosaat waren gelijk aan die van naltrexon. Opvallend genoeg was er weinig bewijs voor de effectiviteit van disulfiram (Antabus®; Refusal®), hoewel dit middel in Nederland wel voor deze indicatie is geregistreerd.

Waarom is dit onderzoek nuttig voor huisartsen? De NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik beveelt deze middelen niet aan voor de eerste lijn. Maar nu al krijgt een minderheid van de patiënten hierover voorlichting van de huisarts. Door de verschuiving van ggz-zorg naar de eerste lijn krijgt de huisarts naar verwachting een grotere rol in de behandeling van problematisch alcoholgebruik. Dit onderzoek laat zien dat acamprosaat en naltrexon effectief zijn in combinatie met een vorm van gedragstherapie. Medicatie

Foto: Kler/Shutterstock

is dus een optie om te bespreken bij de aanpak van alcoholproblemen. ■

Tobias Bonten

Jonas DE, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2014;311:1889-1900.

Screening coloncarcinoom: feces- of DNA-test?

Om darmkanker vroegtijdig op te sporen is in het onlangs gestarte bevolkingsonderzoek gekozen voor de tweetrapsmethode: zijn er bloedsporen in de ontlasting, dan wordt met coloscopie gekeken of er sprake is van een maligniteit. Nieuwe ontwikkelingen maken het binnenkort ook mogelijk om DNA-kenmerken van darmkanker met een screeningtest in de feces op te sporen. Het aantal verwijzingen voor coloscopie neemt daarmee echter fors toe.

Thomas Imperiale et al. bepaalden de kenmerken van de DNA-test bij opsporing van darmkanker. Ook vergeleken ze de DNA-test met de fecesbloedtest. In het onderzoek waren 9989 personen geïncludeerd. Allen kregen zowel de DNA-test als de fecesbloedtest en coloscopie. Die laatste fungeerde als referentietest (gouden standaard).

Via coloscopie werden 65 personen met darmkanker gevonden. Met de DNA-test werden 60 darmkankers ontdekt (sensitiviteit 92,3%; specificiteit 86,6%); met de fecesbloedtest 48 (sensitiviteit 73,8%; specificiteit 94,9%). In 757 gevallen werden precarcinomateuze afwijkingen gevonden. De DNA-test liet 13 kankers zien die de fecesbloedtest niet boven water kreeg. Andersom resulteerde de fecesbloedtest in één kankergeval dat de DNA-test niet liet zien. De DNA-test gaf 170 gevallen met precarcinomateuze afwijkingen te zien die de fecesbloedtest niet detecteerde. Omgekeerd kwamen er met de fecesbloedtest 29 precarcinomateuze afwijkingen aan het licht die de DNA-test miste.

Met de verkregen testkarakteristieken berekenden de auteurs – uitgaande van een hypothetische onderzoekspopulatie van 10.000 personen – dat na gebruik van de DNA-test 1611 personen coloscopie nodig zouden hebben. Van hen zouden er 1230 vals-positief blijken. Na de fecesbloedtest zouden 696 personen coloscopie moeten ondergaan, van wie 468 op vals-positieve gronden. Vals-negatieve uitslagen werden eveneens berekend. Met de DNA-test zouden 5 kankers en 437 precarcinomateuze afwijkingen niet ontdekt worden; met de fecesbloedtest 17 kankers en 578 precancinomateuze afwijkingen. ■

Arie Knuistingh Neven

Imperiale TF, et al. Multitarget stool DNA testing for colorectal-cancer screening. N Engl J Med 2014;370:1287-97.

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).

Casper den Heijer, Martien van Dongen, Gé Donker, Ellen Stobberingh

ONDERZOEK

Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen

Samenvatting

Den Heijer CDJ, Van Dongen MCJM, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen. Huisarts Wet 2014;57(8):390-4.

DOEL De diagnostiek van urineweginfecties bij mannen leidt mogelijk tot overbehandeling in de huisartsenpraktijk. Wij formuleerden een beslisregel op basis van een dipsticktest en leeftijd (ouder dan 60 jaar), en gingen na in hoeverre die regel het beleid beïnvloedde ten opzichte van de gebruikelijke praktijk.

METHODE Surveillanceonderzoek binnen de peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn over de periode van januari 2009 tot juli 2011. Via de participerende huisartsen verzamelden wij dipstickresultaten en overige klinische informatie. Bij 103 kolonievormende eenheden per ml urine beschouwden wij de urineweginfectie (UWI) als microbiologisch bevestigd. Wij vergeleken de sensitiviteit en de specificiteit van de beslisregel met die van de gebruikelijke zorg (antibiotica bij een bevestigde urineweginfectie, geen antibiotica bij een niet-bevestigde urineweginfectie).

RESULTATEN Wij beschikten over de complete gegevens van 490/603 (81%) mannen. Bij 321/490 (66%) werd een UWI bevestigd. De beslisregel adviseert een antibioticum voor te schrijven aan patiënten met een positieve nitriettest en aan patiënten ouder dan 60 jaar met een positieve leukocytenesterasetest. Bij negatieve testuitslagen was de kans op een UWI 40%, bij mannen jonger dan 60 jaar 29%.

De sensitiviteit en de specificiteit van de beslisregel weken niet significant af van die van gebruikelijke zorg: respectievelijk 75% versus 79%, en 70% versus 63% (beide $p > 0,05$).

CONCLUSIE In de praktijk verbetert de door ons opgestelde beslisregel de diagnostiek van urineweginfecties bij mannen niet. Wanneer er ondanks een negatieve dipstick toch enige verdenking op een urineweginfectie blijft bestaan, volstaat een afwachtend empirisch antibioticumbeleid aangezien de kans op een infectie relatief klein is.

ACHTERGROND

Urineweginfecties (UWI's) zijn veelvoorkomende bacteriële infecties, die bij vrouwen vaker optreden dan bij mannen.[1] Mede hierdoor is over diagnostiek en beleid bij mannen veel minder gepubliceerd dan bij vrouwen.[2] Bij mannen neemt de incidentie van UWI's toe na het 60e levensjaar, vermoedelijk doordat benigne prostaathypertrofie op deze leeftijd vaker voorkomt.[3] De hypertrofie zorgt voor stasis van de urine en dat verhoogt het risico op infectie. Bij 90% van de mannen met koorts en UWI-klachten blijkt de prostaat daarbij betrokken te zijn.[4]

Volgens de recentelijk herziene NHG-Standaard Urineweginfecties behoren mannen – samen met zwangeren, patiënten met een verblijfskatheter en personen met diabetes mellitus of een urologische of nefrologische comorbiditeit – tot de groep risicopatiënten voor een UWI. Toch is de standaard grotendeels onderbouwd met onderzoeken die zijn verricht bij vrouwen.[1] Het is goed mogelijk dat de resultaten van deze onderzoeken, gegeven de anatomische verschillen en de leeftijdgebonden verschillen in incidentie, niet zonder meer van toepassing zijn op mannen. Daarom is dit onderzoek speciaal gericht op de diagnostiek van UWI-klachten bij mannen.

Wij hebben aan de hand van diagnostische informatie – zowel klinische informatie als dipsticktests – een beslisregel opgesteld voor het (empirisch) voorschrijven van antibiotica aan mannen met UWI-klachten. In een Amerikaans onderzoek is gebleken dat een dergelijke beslisregel voor vrouwen met UWI-klachten het aantal aangevraagde urinekweken en onterechte antibioticumvoorschriften kan verminderen zonder dat dat leidt tot substantiële onderbehandeling van daadwerkelijke infecties.[5]

Om de meerwaarde van onze beslisregel voor de Nederlandse mannelijke huisartspopulatie te bepalen, vergeleken wij het hieruit voortvloeiende beleid met de huidige dagelijkse praktijk. De NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert een man bij wie de verdenking op een UWI bestaat, ongeacht de dipstickuitslagen, standaard empirisch met een antibioticum te behandelen.[1] Onze beslisregel zou bij koortsvrije patiënten

Wat is bekend?

- Beslisregels op basis van klinische informatie en dipsticktests verbeteren de diagnostiek van urineweginfecties bij vrouwen.
- Voor mannen zijn dergelijke beslisregels er niet.
- De resultaten van onderzoek bij vrouwen kunnen niet zonder meer vertaald worden naar mannen.

Wat is nieuw?

- De beste voorspellers voor een urineweginfectie bij mannelijke huisartspatiënten zijn positieve dipsticktests (nitriet en leukocytenesterase) en een leeftijd boven de 60 jaar.
- Een beslisregel op basis van deze criteria verandert echter niets aan het gebruikelijke beleid.
- In weerwil van de NHG-Standaard Urineweginfecties kan de huisarts bij mannen met negatieve dipsticktests die jonger zijn dan 60 jaar het best de kweek afwachten alvorens te starten met antibiotica.

Maastricht University Medical Centre, CAPHRI, afdeling Medische Microbiologie, Postbus 5800, 6202AZ Maastricht: dr. C.D.J. den Heijer, postdoc, basisarts. Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, vakgroep Epidemiologie, Maastricht: dr. M.C.J.M. van Dongen, epidemioloog. NIVEL, Utrecht: dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog, projectleider CMR Peilstations; RIVM, Centrum Infectieziektenbestrijding, Bilthoven: dr. E.E. Stobberingh, medisch microbioloog • Correspondentie: casper.den.heijer@mumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de onderzoekers ontvingen een financiële bijdrage van de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Een deel van dit onderzoek is eerder gepubliceerd als: Den Heijer CD, Van Dongen MC, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnostic approach to urinary tract infections in male general practice patients: a national surveillance study. Br J Gen Pract 2012;62:e780-6. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

kunnen helpen bepalen wanneer afwachtend beleid acceptabel is, en daarmee houvast kunnen geven aan huisartsen en patiënten die liever niet onnodig antibiotica gebruiken.

METHODE

Deelnemers

De inclusie van deelnemers werd uitgevoerd door 42 huisartsen die participeren in de peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. De patiëntenpopulatie van deze peilstations omvat 0,8% van de Nederlandse bevolking en is zo opgebouwd dat leeftijd, geslacht, regionale verdeling en bevolkingsdichtheid vergelijkbaar zijn met die van de totale Nederlandse bevolking.[6]

De huisartsen includeerden alle mannelijke patiënten van 18 jaar en ouder die van januari 2009 tot en met juni 2011 op consult kwamen met UWI-klachten (pijnlijke of branderige mictie, verhoogde mictiefrequentie of loze aandrang). Patiënten met urologische of nefrologische comorbiditeit – met uitzondering van benigne prostaathypertrofie – werden geëxcludeerd, evenals patiënten met diabetes mellitus of andere immuuncompromitterende ziekten, patiënten met een (verblijfs)katheter en patiënten bij wie verdenking bestond op een seksueel overdraagbare aandoening (soa).

Klinische informatie en dipsticktests

Voor iedere patiënt noteerde de huisarts leeftijd, geslacht en dipstickresultaten voor nitriet en leukocytenesterase (LE), evenals de aan- of afwezigheid van pijnlijke of branderige mictie, verhoogde mictiefrequentie, loze aandrang, koorts > 38 °C en flankpijn. Tevens gaf de huisarts aan of de patiënt in het voorafgaande jaar een UWI had doorgemaakt. De dipsticktest werd uitgevoerd met vers geloosde urine, waarbij iedere kleuromslag van de dipstick werd beschouwd als positief resultaat.[7]

Het wel of niet voorschrijven van een antibioticum, zoals door de huisarts aangegeven, beschouwden we als gebruikelijke zorg.

Urinekweek

In de huisartsenpraktijk werd een vers urinemonster aangebracht op een dipslide (Uriline 56508, Biomérieux, Plainview NY) en voor analyse verstuurd naar de afdeling Medische Microbiologie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Wanneer op de dipslide ten minste 10^3 kolonievormende eenheden per ml (kve/ml) werden aangetroffen, beschouwden wij dit als een microbiologisch bevestigde UWI.[8,9]

Beslisregel

Wij formuleerden een beslisregel voor mannen met UWI-klachten op de wijze die beschreven is door Little et al.,[10] zonder echter voor iedere voorspellende factor een likelihood ratio te berekenen. Vooraf bepaalden wij met behulp van multivariabele logistische regressie de voorspellende waarde van de afzonderlijke symptomen en dipstickuitslagen. Alleen variabelen met een significant voorspellende waarde voor een UWI ($p < 0,05$) werden opgenomen in de beslisregel. Van de leeftijd maakten wij een dichotome variabele met als afkappunt 60 jaar, aangezien binnen de onderzoekspopulatie de kans op een UWI vanaf die leeftijd aanzienlijk toenam.

Afhankelijk van de sterkte van de voorspellende waarde kenden wij aan iedere significante UWI-voorspeller een gewicht toe op basis van de bètacoëfficiënt uit de logistische regressieanalyse, afgerond tot een geheel getal (een bètacoëf-

Tabel 1 Voorspellende factoren voor een urineweginfectie bij mannen

Diagnostische informatie (bètacoëfficiënt)*	UWI (n = 321)†	Geen UWI (n = 169)†	OR (95%-BI)	Gewicht‡
Verhoogde mictiefrequentie	40%	34%	0,83 (0,51 tot 1,34)	–
Pijnlijke/branderige mictie	60%	50%	1,35 (0,86 tot 2,11)	–
Loze aandrang	33%	22%	1,40 (0,84 tot 2,33)	–
Koorts > 38 °C	16%	7%	1,58 (0,73 tot 3,39)	–
Flankpijn	15%	15%	1,42 (0,77 tot 2,63)	–
Leeftijd > 60 jaar (0,75)	70%	47%	2,11 (1,35 tot 3,31)	1
UWI in voorafgaande jaar	32%	22%	1,03 (0,62 tot 1,71)	–
Nitriet (2,02)	58%	12%	7,54 (4,34 tot 13,09)	2
LE (0,52)	76%	48%	1,68 (1,06 tot 2,69)	1

UWI = urineweginfectie; OR = oddsratio; BI = betrouwbaarheidsinterval; LE = leukocytenesterase.
* De bètacoëfficiënt uit de multivariabele logistische regressieanalyse is alleen weergegeven voor factoren met een significant voorspellende waarde.
† Microbiologisch bevestigd door een kweekresultaat van ≥ 10^3 kve/ml.
‡ De significante voorspellers van UWI hebben in de beslisregel een gewicht dat gelijk is aan de bètacoëfficiënt, afgerond naar het naastbijgelegen gehele getal.

Abstract

Den Heijer CDJ, Van Dongen MCJM, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnosis of urinary tract infections in men. Huisarts Wet 2014;57(8):390-4.

AIM The diagnosis of urinary tract infection (UTI) in men can lead to overtreatment in general practice. We developed a decision algorithm based on dipstick testing and age (> 60 years) and investigated whether use of the algorithm altered patient management relative to usual practice.

DESIGN Surveillance study (Dutch Sentinel General Practice Network) over the period January 2009 to July 2011. Dipstick results and other clinical information were obtained from participating general practitioners. A cut-off value of 10^3 cfu/ml urine was used to confirm the diagnosis UTI. Algorithm-predicted care was compared with usual care in terms of sensitivity (antibiotic recommended when UTI was confirmed) and specificity (no antibiotic recommended when no UTI was observed).

RESULTS Complete data were available for 490 of 603 (81%) men and a UTI was confirmed in 66% (321/490) of these men. The diagnostic algorithm recommended treatment with antibiotics for patients with a positive nitrite test and for men older than 60 years with a positive leucocyte esterase test. The chance of a UTI was 40% when dipstick tests (nitrite and leucocytes) were negative in the group as a whole and 29% in men younger than 60 years. The sensitivity and specificity of the UTI diagnostic algorithm were not different from those of usual care (75% versus 79%, and 70% versus 63%, respectively, both $p > 0.05$).

CONCLUSION Use of this UTI diagnostic algorithm did not improve the treatment of UTI in men. If UTI remains suspected even though dipstick results are negative, a wait-and-see policy regarding empirical antibiotic use is warranted, given the low likelihood of an infection.

Foto: Valestock/Shutterstock

ficiënt van 2,02 geeft het gewicht 2). Wij optimaliseerden de beslisregel door van iedere mogelijke combinatie van gewichten de waarde te bepalen als criterium voor de beslissing om wel of niet een antibioticum voor te schrijven. Voor ieder aldus bepaald afkappunt berekenden we de positief voorspellende waarde (PVW), de negatief voorspellende waarde (NVW), de sensitiviteit, de specificiteit en het percentage correct geclassificeerde patiënten (wel of niet een antibioticum).

Vergelijking met gebruikelijke zorg

Wij evalueerden de potentiële meerwaarde van de beslisregel door de sensitiviteit en specificiteit van de beslisregel te vergelijken met die van de gebruikelijke zorg. Daarbij definieerden wij sensitiviteit als het percentage mannen met een microbiologisch bevestigde UWI bij wie de beslisregel een antibioticum aanbeval, dan wel het percentage aan wie de huisarts in het kader van de gebruikelijke zorg een antibioticum voorschreef. Specificiteit definieerden we als het percentage mannen zonder microbiologisch bevestigde UWI bij wie de beslisregel geen antibioticum aanbeval, versus het percentage aan wie de huisarts in het kader van de gebruikelijke zorg geen antibioticum voorschreef. Een $p < 0,05$ beschouwden we als statistisch significant.

Het programma SPSS 16.0 werd gebruikt voor de statistische analyses.

RESULTATEN

Deelnemers

De 42 huisartsen includeerden in totaal 603 patiënten. Voor 490 deelnemers (81%) beschikten wij over de complete gegevens (symptomatologie en dipstick); alleen deze deelnemers werden meegenomen in de verdere analyses. De gemiddelde leeftijd van de 113 patiënten met ontbrekende gegevens verschilde niet van die van de geanalyseerde 490 deelnemers (62,5 versus 62,9 jaar, $p > 0,05$).

Wij herhaalden de gepresenteerde analyses voor de patiënten van wie we alleen de symptomatologie compleet hadden ($n = 562$) en voor de patiënten van wie alleen de dipstickgegevens compleet waren ($n = 527$). In deze analyses veranderden de uitkomsten niet significant (gegevens niet getoond).[11]

Van de 490 geïncludeerde deelnemers hadden er 321 (66%) een positieve urinekweek ($> 10^3$ kve/ml).

Beslisregel

Nitriet bleek in dit onderzoek de sterkste UWI-voorspeller te zijn, met een oddsratio (OR) van 7,54 bij een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) van 4,34 tot 13,09. Patiënten met een positieve nitriettest hebben een veel grotere kans op een UWI dan patiënten met een negatieve nitriettest [**tabel 1**]. Wij vonden twee andere significante UWI-voorspellers, namelijk een positieve leukocytenesterasetest (OR 1,68; 95%-BI 1,06 tot 2,69) en leeftijd ouder dan 60 jaar (OR 2,11; 95%-BI 1,35 tot 3,31). Ook deze factoren namen wij op in de beslisregel. Geen enkel ander klinisch symptoom bleek voorspellende waarde te hebben voor een UWI.

Bij de evaluatie van de verschillende beslisregels bleek een positieve nitriettest, dan wel een positieve leukocyte-

Tabel 2 Diagnostische parameters van een beslisregel voor urineweginfectie bij mannen

Afkappunt	Parameter	Patiënten boven afkappunt	Sensitiviteit (95%-BI)	Specificiteit (95%-BI)	PVW (95%-BI)	NVW (95%-BI)	Patiënten correct geclassificeerd
≥ 0		100%	100	0	–	–	65,5%
≥ 1	L of A	85,3%	94 (90 tot 96)	30 (24 tot 38)	72 (67 tot 76)	71 (59 tot 81)	71,2%
≥ 2	N of (L + A)	59,6%	75 (70 tot 80)	70 (62 tot 77)	83 (78 tot 87)	60 (52 tot 66)	73,3%
≥ 3	(N + L) of (N + A)	40,4%	56 (50 tot 61)	89 (83 tot 93)	90 (85 tot 94)	51 (46 tot 57)	67,1%
= 4	N + L + A	26,9%	37 (32 tot 43)	92 (87 tot 96)	90 (83 tot 94)	44 (38 tot 49)	56,1%

BI = betrouwbaarheidsinterval; NVW = negatief voorspellende waarde; PPV = positief voorspellende waarde.
Het afkappunt geeft aan vanaf welke score de beslisregel een antibioticum zou aanbevelen. De score is gebaseerd op de wegingsfactoren uit [**tabel 1**]: nitriet (N) = 2; leukocytenesterase (L) = 1; leeftijd > 60 jaar (A) = 1. Voorbeeld: de score 3 kan behaald worden met een positieve nitriettest (2) en een postieve leukocytentest (1), of door een positieve nitriettest (2) en een leeftijd boven de 60 jaar (1). Het hoogste percentage correct geclassificeerde patiënten wordt behaald met afkappunt ≥ 2 [**figuur**].

nesterasetest in combinatie met leeftijd > 60 jaar, relatief het vaakst een correcte indicatie voor een antibioticum te geven [**tabel 2**]. De beslisregel die daaruit voortvloeit, staat weergegeven in de [**figuur**].

Een negatieve nitriettest in combinatie met een negatieve leukocytentest doet de kans op een UWI dalen tot 40%, en zelfs tot 29% bij mannen jonger dan 60 jaar.

Vergelijking met gebruikelijke zorg

Het beleid op basis van de beslisregel week niet af van de gebruikelijke zorg. Het percentage mannen met een UWI bij wie de beslisregel een antibioticum aanbeval (75%), verschilde niet significant van het percentage antibioticumvoorschriften bij gebruikelijke zorg (79%, p > 0,05). Ook het percentage patiënten zonder UWI bij wie de beslisregel geen antibioticum aanbeval (70%) verschilde niet significant van het percentage bij gebruikelijke zorg (63%, p > 0,05).

BESCHOUWING

In de onderzochte Nederlandse huisartsenpraktijken geeft een diagnostische beslisregel voor mannen met UWI-klachten, gebaseerd op leeftijd en een nitriet- en leukocytentest, geen ander resultaat dan de gebruikelijke zorg in termen van (empirische) behandeling met antibiotica. Wel blijkt uit het onderzoek dat de kans op een UWI bij patiënten jonger dan 60 jaar die geen koorts hebben en bij wie de dipsticktests negatief zijn, relatief klein is. Als bij deze patiënten toch een klinische verdenking op een UWI bestaat, zou men het best de kweekuitslag kunnen afwachten alvorens met antibiotica te beginnen.

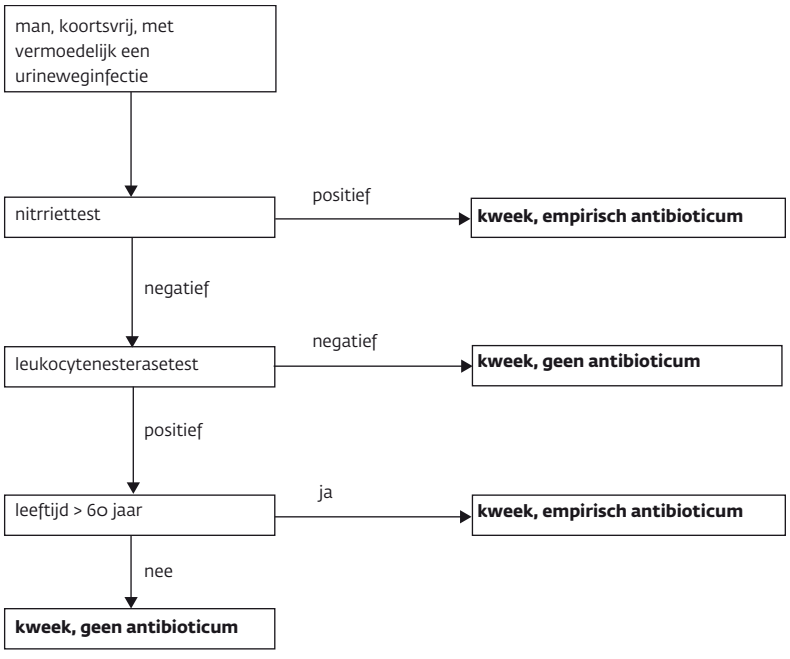
Een sterk punt van dit onderzoek is de inclusie van patiënten via huisartsen verbonden aan de NIVEL-peilstations. De onderzoeksresultaten zijn daardoor representatief voor de gehele volwassen mannelijke eerstelijnspopulatie in Nederland. Een ander sterk punt is dat een vergelijkbare systematische beslisregel voor UWI's bij mannen naar ons weten nog niet eerder is opgesteld.

Een mogelijke beperking van het onderzoek is het ontbreken van hematurie bij de evaluatie van de dipstickresultaten. De voorspellende waarde van hematurie staat beschreven in de literatuur,[1,10] waarbij moet worden aangetekend dat het daar vrouwen betreft en dat de diagnostische waarde van hematurie bij mannen nog niet is geëvalueerd. Onze diagnostische keuzen zijn gebaseerd op de tweede herziening van de NHG-Standaard Urineweginfecties; ook in de thans geldende derde herziening is hematurie niet opgenomen in de beslisregel voor mannen.[1,12]

In onze beslisregel voor UWI bij mannen hebben we een afkapwaarde van 10^3 kve/ml urine aangehouden voor het vaststellen van een UWI. Daarin zijn wij afgeweken van de NHG-Standaard, die een afkapwaarde hanteert van 10^4 kve/ml.[1] In de literatuur echter is de waarde van *low-count*-bacteriurie (10^2-10^4 kve/ml) voor zowel mannen als vrouwen beschreven, en de Europese richtlijnen bevelen 10^3 kve/ml aan als afkappunt voor een UWI veroorzaakt door *Escherichia coli*, het belangrijkste uropathogeen.[8,9,13]

Een onderzoek uit 2004 in Nederlandse huisartsenpraktij-

Figuur Beslisregel voor mannelijke huisartspatiënten met verdenking op een UWI



Bron: www.iknl.nl.

ken bevestigde dat positieve dipsticktests (en dan met name nitriet) een sterke voorspeller zijn voor een UWI.[14] In Duits onderzoek is de voorspellende waarde van dipsticktests lager gebleken, maar dat was in een onderzoekspopulatie die ook patiënten omvatte met comorbiditeit zoals diabetes mellitus, en patiënten met een (verblijfs)katheter. Wel werd in dit Duitse onderzoek gevonden dat leeftijd (ouder dan 60 jaar) een voorspellende factor is voor een UWI.[2] Nu kan een positieve kweek bij oudere patiënten vaker het gevolg zijn van contaminatie, maar dit geldt vooral voor ouderen die incontinent zijn.[15] Door de in- en exclusiecriteria bestond onze onderzoekspopulatie uit relatief gezonde personen, bij wie de kans op contaminatie klein is.

Bij het opstellen van onze beslisregel bleek dat geen enkel klinisch symptoom voorspellend was voor een UWI. Dit is eerder gesignaleerd en een mogelijke verklaring is dat de diagnostische informatie van de symptomen reeds is 'verbruikt' wanneer de patiënt in de spreekkamer zit, aangezien de symptomen juist de reden waren voor het aanvragen van het consult.[16]

De NHG-Standaard deelt mannen in bij de 'risicogroepen', voor wie hetzelfde beleid geldt als voor zwangere vrouwen en patiënten met diabetes mellitus. Voor deze laatste groepen is wetenschappelijk aantgetoond dat het risico op complicaties bij een UWI verhoogd is.[17] Empirische antimicrobiële behandeling bij verdenking op een UWI is derhalve verantwoord bij deze patiënten. Voor mannen echter is een verhoogd risico niet bewezen, behalve dat de prostaat betrokken kan zijn bij het proces en dan voornamelijk bij mannen met koorts.[4]

Aangezien de resistentie tegen antibiotica in de bevolking toeneemt, is terughoudendheid geboden bij antibioticagebruik, zo lang als dat klinisch verantwoord is. De in ons onderzoek gebruikte beslisregel laat zien bij welke groep patiënten de kans op een UWI beperkt is en het risico op onnodig antibioticagebruik dus verhoogd. Huisartsen zouden de beslisregel kunnen gebruiken wanneer zij op klinische gronden van mening zijn dat afwachtend beleid verantwoord is, bijvoorbeeld bij afwezigheid van koorts of andere tekenen van weefselinvasie.

CONCLUSIE

De klinische diagnose van de huisarts bij mannen met UWI-klachten is adequaat, maar indien de patiënt koortsvrij is en de huisarts op klinische gronden afwachtend beleid gerechtvaardigd vindt, kan onze beslisregel daarbij extra houvast bieden. ■

LITERATUUR

1 Van Pinxteren B, Knottnerus B, Geerlings S, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:270-80.
2 Hummers-Pradier E, Ohse AM, Koch M, Heizmann WR, Kochen MM. Urinary tract infection in men. Int J Clin Pharmacol Ther 2004;42:360-6.
3 Lipsky BA. Urinary tract infections in men: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment. Ann Intern Med 1989;110:138-50.
4 Wagenlehner FM, Weidner W, Pilatz A, Naber KG. Urinary tract infections and bacterial prostatitis in men. Curr Opin Infect Dis 2014;27:97-101.
5 McIsaac WJ, Low DE, Biringer A, Pimlott N, Evans M, Glazier R. The impact of empirical management of acute cystitis on unnecessary antibiotic use. Arch Intern Med 2002;162:600-5.
6 Donker GA. Continuous morbidity registration sentinel general practice network. Annual report 2011. Utrecht, NIVEL, 2012. http://www.nivel.nl/peilstations, geraadpleegd 27 augustus 2013.
7 Winkens R, Nelissen-Arets H, Stobberingh E. Validity of the urine dipslide under daily practice conditions. Fam Pract 2003;20:410-2.
8 Lipsky BA, Ireton RC, Fihn SD, Hackett R, Berger RE. Diagnosis of bacteriuria in men: specimen collection and culture interpretation. J Infect Dis 1987;155:847-54.
9 Kunin CM, White LV, Hua TH. A reassessment of the importance of 'low-count' bacteriuria in young women with acute urinary symptoms. Ann Intern Med 1993; 119: 454-60.
10 Little P, Turner S, Rumsby K, Warner G, Moore M, Lowes JA, et al. Developing clinical rules to predict urinary tract infection in primary care settings: sensitivity and specificity of near patient tests (dipsticks) and clinical scores. Br J Gen Pract 2006;56:606-12.
11 Den Heijer CD, Van Dongen MC, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnostic approach to urinary tract infections in male general practice patients: a national surveillance study. Br J Gen Pract 2012;62:e780-6.
12 Van Pinxteren B, Van Vliet SM, Wiersma TJ, Goudswaard AN. Samenvatting van de standaard 'Urineweginfecties' (tweede herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneeskd 2006;150:718-22.
13 European Confederation of Laboratory Medicine. European urinalysis guidelines. Scand J Clin Lab Invest Suppl 2000;231:1-86.
14 Koeijers JJ, Kessels AG, Nys S, Bartelds A, Donker G, Stobberingh EE, et al. Evaluation of the nitrite and leukocyte esterase activity tests for the diagnosis of acute symptomatic urinary tract infection in men. Clin Infect Dis 2007;45:894-6.
15 Caljouw MA, den Elzen WP, Cools HJ, Gussekloo J. Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population: A population-based prospective follow-up study. BMC Med 2011;9:57.
16 Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, Fihn SD, Saint S. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? JAMA 2002;287:2701-10.
17 Schneeberger C, Kazemier BM, Geerlings SE. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infections in special patient groups: women with diabetes mellitus and pregnant women. Curr Opin Infect Dis 2014;27:108-14.

Bart van Pinxteren

Urineweginfecties: in dubio abstine?

Over urineweginfecties (UWI) raakt een huisarts niet snel uitgepraat. Wij worden dagelijks geconfronteerd met (vragen over) deze infecties en de diagnostiek en behandeling ervan zijn in de eerste lijn goed uit te voeren. Bij mannen gaat het vaker dan bij vrouwen om invasieve infecties (pyelonefritis en prostatitis), maar ook bij mannen komt een cystitis veruit het meest voor. De epidemiologie en het diagnostisch traject bij mannen met een mogelijke UWI zijn wel anders dan bij vrouwen.

DE HUIDIGE PRAKTIJK

In onze praktijk wordt, conform de NHG-Standaard, bij alle mannen met klachten die kunnen passen bij een UWI de urine nagekeken met een urinestick.[1] Tegelijkertijd wordt altijd ook een dipslide ingezet. Als de nitriettest positief is, beginnen we direct met antibiotische behandeling gericht op een cystitis (indien er geen tekenen van weefselinvasie zijn) of op een pyelonefritis/prostatitis. Indien de nitriettest negatief is, adviseren we de patiënt te wachten met een eventuele behandeling tot de uitslag van de dipslide bekend is (24 uur later), tenzij er tekenen van weefselinvasie bestaan, dan schrijven we meteen een antibioticum voor. Ongeacht de uitslag van de nitriettest sturen we een positieve dipslide altijd naar het laboratorium voor resistentiebepaling, zodat we de behandeling gericht kunnen bijsturen als deze niet aanslaat.

HET ONDERZOEK

Den Heijer et al. wilden een beslisregel ontwikkelen voor het empirisch voorschrijven van antibiotica aan mannen met een mogelijke UWI.[2] Zij halen een Amerikaans onderzoek aan waaruit blijkt dat bij vrouwen met UWI-klachten een beslisregel kan leiden tot vermindering van het aantal aangevraagde urinekweken en antibioticumvoorschriften, zonder substantiële onderbehandeling. Ze stellen dat de nieuwe standaard aanbeveelt om mannen met een vermoedelijke UWI ongeacht de urinestickuitslagen empirisch met antibiotica te behandelen en hypothetiseren dat een beslisregel behulpzaam kan zijn bij het bepalen van een afwachtend beleid bij mannen met een mogelijke UWI zonder koorts.

De onderzoekers analyseerden de klinische gegevens en urinestickuitslagen van 490 volwassen mannen met klachten die zouden kunnen passen bij een UWI, al dan niet met koorts. De nitriettest, de leukotest en de leeftijd bleken in de genoemde populatie de enige discriminerende voorspellers te zijn, maar ook door deze drie parameters te combineren was het niet mogelijk om beter te voorspellen wie een antibioticum nodig had (positieve kweek) dan dat huisartsen dat op basis van hun klinische inschatting deden. Toch komen de auteurs met een aanbeveling: 'Bij mannen met een negatieve dipstickuitslag (nitriettest én leukotest negatief) en bij wie toch verdenking op een UWI bestaat zou een afwachtend empirisch antibioticumbeleid kunnen worden gehanteerd gezien de relatief lage kans op een UWI'. Het is om meerdere redenen lastig de bevindingen van Den Heijer et al. te vertalen naar de Nederlandse huisartsenpraktijk.

HET COMMENTAAR

Ten eerste is de hypothesevorming niet helder. De auteurs leunen op onderzoek uit de Verenigde Staten, dat onder meer laat zien dat het zinvol is om vrouwen met mictieklachten niet blind (zonder enige vorm van urineonderzoek!) antibiotica voor te schrijven, maar om de uitslag van de urinestick te betrekken bij het beleid. Deze situatie laat zich slecht vergelijken met het huidige beleid voor urineweginfecties bij mannen in Nederland. Nog lastiger wordt het als de auteurs er ten onrechte vanuit gaan dat de standaard aanbeveelt om álle mannen met een mogelijke UWI empirisch te behandelen met een antibioticum, terwijl dit feitelijk alleen wordt aanbevolen bij mannen met koorts.

Ten tweede is de gehanteerde onderzoeksmethode ongelukkig. Van de participerende patiënten werden klinische gegevens en urinestickresultaten verzameld en werd een urinekweek voor analyse naar een laboratorium gezonden. Helaas werd de dipslide zoals afgelezen in de huisartsenpraktijk niet meegenomen in de analyse, waardoor de vergelijking met 'care as usual' mank gaat. De dipslide heeft immers inmiddels een centrale plaats bij de diagnostiek van UWI's in de huisartsenpraktijk.

Het wordt bovendien niet duidelijk wat nu precies met een 'afwachtend beleid' wordt bedoeld: afwachten tot de uitslag van de dipslide bekend is (24 uur), of de laboratoriumkweek (enkele dagen), of wellicht zelfs tot de patiënt zich opnieuw met klachten meldt.

Merkwaardig genoeg zou de aanbeveling van de onderzoekers er toe leiden dat juist meer mannen empirisch met antibiotica worden behandeld. De suggestie ontstaat namelijk dat mannen met mictieklachten, zonder koorts en met een negatieve nitriettest maar een positieve leukotest, vooruitlopend op kweek behandeld dienen te worden. De standaard raadt aan eerst de uitslag van de dipslide af te wachten.

Ondanks bovenstaande bezwaren juich ik onderzoek naar alledaagse ziekten in het algemeen en naar diagnostiek en behandeling van UWI bij mannen in het bijzonder van harte toe. De zorg kan – ook in de eerste lijn – altijd beter! ■

LITERATUUR

1 Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS,Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:270-80.
2 Den Heijer CDJ, Van Dongen MCJM, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen. Huisarts Wet 2014;57(8):390-4.

Huisartsen Oog in Al, Händelstraat 55a, Utrecht: B. van Pinxteren, huisarts • Correspondentie: bvanpinxteren@hetnet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Bart van Pinxteren is eerste auteur van de NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening).

Roeline Pasman, Dick Willems, Bregje Onwuteaka-Philipsen

ONDERZOEK

Wat gebeurt er nadat een euthanasieverzoek is afgewezen?

Samenvatting

Pasman HRW, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Wat gebeurt er nadat een euthanasieverzoek is afgewezen? Huisarts Wet 2014;57(8):396-9.

ACHTERGROND Ongeveer één op de acht euthanasieverzoeken wordt afgewezen door de behandelend arts. Wij hebben artsen en patiënten gevraagd wat er na zo'n afwijzing gebeurt.

METHODE Wij hielden diepte-interviews met negen patiënten van wie het verzoek om euthanasie afgewezen was, en met zeven artsen die deze patiënten begeleid hadden. Ook interviewden wij drie familieleden van patiënten die waren overleden na een afgewezen euthanasieverzoek, en vier artsen die deze patiënten hadden begeleid. Alle interviews vonden plaats in 2006 en 2007, minimaal zes maanden na de afwijzing.

RESULTATEN Alle patiënten behielden de wens om te sterven nadat hun verzoek was afgewezen, al nam de urgentie van die wens soms af. In de meeste gevallen brachten de patiënt en de arts het onderwerp niet meer ter sprake. Geen van de betrokken artsen evalueerde de situatie na de afwijzing met de patiënt, of besprak hoe het nu verder moest. Sommige artsen trokken uit het zwijgen van de patiënt ten onrechte de conclusie dat diens doodswens verdwenen was.

CONCLUSIE Als een euthanasieverzoek is afgewezen doen de meeste patiënten er het zwijgen toe, maar de wens om te sterven blijft. Het is belangrijk dat huisartsen blijven openstaan voor een gesprek over dit soort wensen en gevoelens, ook buiten de context van euthanasie. Dat geeft de patiënt de gelegenheid zijn gevoelens te uiten en het geeft de arts de kans de patiënt te blijven steunen.

ACHTERGROND

In 2010 deden in Nederland ongeveer 9100 mensen een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding, waarvan rond de 4050 verzoeken werden ingewilligd en uitgevoerd.[1] Uit eerder onderzoek weten we dat er vier situaties zijn waarin een euthanasieverzoek niet wordt uitgevoerd: de patiënt is overleden vóór uitvoering (13% van alle verzoeken) of voordat de besluitvorming voltooid was (13%), de patiënt heeft het verzoek zelf weer ingetrokken (12%) of de arts heeft het verzoek afgewezen (12%).[2] De meest genoemde reden voor het afwijzen van een euthanasieverzoek is dat de arts twijfelt of aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.[2]

Wat er gebeurt nadat de arts een euthanasieverzoek heeft afgewezen, is tot nu toe onderbelicht gebleven. Hoe gaan patiënten om met zo'n afwijzing? Gaan ze op zoek naar andere manieren om hun leven te beëindigen? Spreken arts en patiënt naderhand nog over het verzoek? Evalueren ze de situatie van de patiënt van tijd tot tijd? Om deze vragen te beantwoorden hebben we interviews gehouden met patiënten wier uitdrukkelijke verzoek om euthanasie was afgewezen door de arts. Daarna hebben we, met toestemming van de patiënt, ook de betreffende arts geïnterviewd.

METHODE

Wij hebben deelnemers geworven onder ruim 6000 mensen die een wilsverklaring hadden ingevuld en die lid waren van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) of de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV).[3] Dit cohort stuurden wij vanaf 2005 iedere anderhalf jaar een vragenlijst. De baselinevragenlijst van 2005 bevatte twee vragen over euthanasieverzoeken: (1) 'Heeft u ooit zelf aan uw arts expliciet gevraagd om euthanasie of hulp bij zelfdoding? Hoe lang geleden was dat? Wat was de reden dat dit verzoek (nog) niet is uitgevoerd?', met als een van de antwoordmogelijkheden: 'De arts heeft mijn verzoek geweigerd, omdat …'; (2) 'Heeft u ooit meegemaakt dat een persoon in uw naaste omgeving zijn of haar arts expliciet heeft gevraagd om euthanasie of hulp bij zelfdoding? Hoe lang geleden was dat? Is dat verzoek ook uitgevoerd?', met als antwoordmogelijkheid: 'Nee, verzoek geweigerd'. Daarnaast vroegen wij de respondenten of we ze mochten benaderen voor een interview.

In totaal gaven 51 respondenten in 2005 aan dat ze zelf een verzoek hadden gedaan dat was afgewezen, 135 respondenten gaven aan dat ze zo'n afwijzing in hun nabije omgeving hadden meegemaakt. Van deze respondenten gaven er respectievelijk 36 en 63 toestemming hen te benaderen voor

Wat is bekend?

- Bijna één op de acht euthanasieverzoeken (12%) wordt afgewezen door de arts.
- De vaakst genoemde reden voor de afwijzing is dat niet aan de zorgvuldigheidseisen wordt voldaan.

Wat is nieuw?

- De wens om te sterven verdwijnt niet nadat een euthanasieverzoek is afgewezen, maar komt meestal niet meer ter sprake.
- Dat de patiënt er het zwijgen toe doet, kan bij de arts ten onrechte de indruk doen ontstaan dat de doodswens inderdaad van voorbijgaande aard was.
- Het is belangrijk het onderwerp na een afwijzing niet te vermijden, maar er bijvoorbeeld in een vervolgconsult expliciet op terug te komen en er ook daarna open over te blijven communiceren.

VUmc, EMGO+-instituut, afdeling Sociale Geneeskunde, Expertisecentrum Palliatieve Zorg, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: H.R.W. Pasman, verpleegkundige en socioloog, senior onderzoeker; prof.dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen, hoogleraar Levenseindeonderzoek. AMC Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof.dr. D.L. Willems, hoogleraar Medische ethiek • Correspondentie: hrw.pasman@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek werd gefinancierd door de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde en de Pieter van Foreest Stichting.

Dit artikel werd eerder gepubliceerd als: Pasman HR, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. What happens after a request for euthanasia or physician-assisted suicide is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians. Patient Educ Couns 2013;92:313-8. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

een interview. We interviewden 9 patiënten en 3 naasten. Van hen gaven er 10 toestemming om ook de arts die het verzoek had afgewezen te benaderen voor een interview, waarna we 11 artsen geïnterviewd hebben (bij 2 verzoeken waren 2 artsen betrokken; van 1 patiënt wilde de arts niet meedoen vanwege tijdgebrek). Alle interviews vonden plaats in 2006-2007 en minimaal zes maanden na de afwijzing van het verzoek.

RESULTATEN

Karakteristieken van de respondenten en redenen voor afwijzing

De meeste geïnterviewde patiënten waren boven de 80 jaar en hadden één of meer chronische ziekten [**tabel**]. Van de 11 geïnterviewde artsen waren er 5 huisarts, 4 verpleeghuisarts, 1 geriater en 1 internist. Ze hadden allemaal ten minste vijf jaar werkervaring en elke arts had al eerder euthanasieverzoeken gehad. De meesten hadden ook eerder euthanasie uitgevoerd. Eén arts voerde principieel geen euthanasie uit.

In al onze 12 casussen was de reden om het euthanasieverzoek af te wijzen dat de arts vond dat niet aan de zorgvuldigheidseisen werd voldaan, of daaraan twijfelde. De verhalen van de patiënten en de artsen over de redenen van de afwijzing kwamen overeen en de patiënten gaven aan dat de arts hen duidelijk had gezegd dat euthanasie niet mogelijk was.

De wens om te sterven blijft

Alle 9 patiënten gaven tijdens het interview aan dat zij nog steeds de wens hadden te overlijden. Van de geïnterviewde naasten gaf er 1 aan dat haar man na de afwijzing de doodswens had behouden.

Een aantal artsen gaf aan dat zij dachten dat een alternatieve behandeling de wens om te sterven bij hun patiënt zou kunnen wegnemen. Uit de interviews met de betrokken patiënten bleek echter dat alternatieve behandelingen de doodswens niet hadden kunnen wegnemen:

> *P: 'Ik ben ook onder behandeling geweest van een psychiater. Ik gebruik nu antidepressiva en sinds ik die pillen slik moet ik zeggen is de houding nog steeds hetzelfde, ik wil gráág euthanasie. Als ik hier een knopje zou hebben om het te doen, druk ik nu op het knopje. Maar ik ben er niet meer iedere dag mee bezig en voor die tijd was ik er iedere dag mee bezig. En nu is het een beetje verder weg geschoven. Ik wil het nog wel, maar nou ja 't kan kennelijk niet dus daar berust ik dan maar in. Zo sta ik er nu in.'*

Alle patiënten zagen euthanasie nog steeds als de oplossing voor hun lijden en wilden het nog steeds, misschien niet per se onmiddellijk, maar zeker wel in de nabije toekomst. Op het moment van het interview leken de meeste patiënten te berusten in de situatie dat euthanasie niet mogelijk was. Eén patiënt had geprobeerd zelf een einde aan zijn leven te maken door slaappillen te nemen, maar had er niet genoeg ingenomen. Twee patiënten waren actief op zoek naar informatie over de mogelijkheden van hulp bij zelfdoding in Zwitserland.

Tabel Patiëntkarakteristieken en geïnterviewden per casus

Casus	Patiënt	Geïnterviewden
1	man < 50 jaar, ziekte van Crohn	patiënt; internist
2	vrouw > 80 jaar, halfzijdig verlamd na hersenbloeding	patiënt; huidige specialist ouderengeneeskunde; vorige specialist ouderengeneeskunde
3	vrouw > 80 jaar, reuma	patiënt; huisarts
4	man 61-70 jaar, meerdere hersenbloedingen, ziekte van Parkinson en depressieve symptomen	patiënt; huisarts
5	man > 80 jaar, hersenbloeding, depressieve symptomen	patiënt; huisarts
6	man > 80 jaar, ziekte van Parkinson	patiënt; huisarts
7	vrouw > 80 jaar, hartfalen	patiënt; (geen toestemming voor interview huisarts)
8	vrouw > 80 jaar, darmkanker, reuma. astma, hartfalen, ziekte van Ménière	patiënt; (geen toestemming voor interview huisarts)
9	vrouw > 80 jaar, hersenbloeding, neurologische problemen	patiënt; (huisarts wilde niet meewerken vanwege tijdgebrek)
10	vrouw 61-70 jaar (overleden), ziekte van Alzheimer	echtgenoot; specialist ouderengeneeskunde; geriater
11	vrouw > 80 jaar (overleden), ziekte van Alzheimer	echtgenoot; specialist ouderengeneeskunde
12	man > 80 jaar (overleden), ziekte van Parkinson, ernstige obstipatie	echtgenote; huisarts

Van de 3 patiënten die inmiddels overleden waren en van wie wij een naaste interviewden, waren er 2 binnen een jaar na het afgewezen euthanasieverzoek een natuurlijke dood gestorven. De derde patiënt was, volgens haar man, bewust gestopt met eten en drinken.

Over euthanasie wordt niet meer gesproken

In de meeste gevallen hadden de patiënt en de arts na de afwijzing van het euthanasieverzoek niet meer over euthanasie gesproken. In geen van onze 12 casussen hadden de patiënt en de arts duidelijke afspraken gemaakt over de toekomst, nu euthanasie niet mogelijk was gebleken. Ook had in geen van de casussen de arts de situatie met de patiënt geëvalueerd nadat het euthanasieverzoek was afgewezen.

Uit de patiënteninterviews bleek dat twee patiënten bewust niet meer zelf over hun euthanasiewens waren begonnen, omdat de arts hen uitdrukkelijk had gezegd dat ze het er niet meer over moesten hebben. Eén patiënt zei het volgende op de vraag of hij het nog over zijn euthanasiewens had gehad.

> *P: 'Nee, maar dat weet hij [de huisarts]. Dat heb ik hem meermalen gezegd, en hij heeft één keer gezegd: "Nou moet je niet langer over euthanasie tegen me praten, want je weet wat ik kan doen en wat ik niet kan doen, dus schei er maar over uit." Want de zusters hadden ook geklaagd dat ik het te vaak zei, dat ik daar te vaak op doelde [op dood willen].'*

Twee anderen gaven aan dat ze niet meer over euthanasie waren begonnen omdat de arts duidelijk had aangegeven dat euthanasie in hun situatie niet mogelijk was en dat nogmaals vragen

geen zin had, en nog weer twee anderen waren niet meer over euthanasie begonnen omdat ze niet wilden dat hun arts in de problemen zou komen (omdat euthanasie wettelijk niet mocht).

I: 'En heeft u het er vaker met haar over als u bij haar bent [over euthanasie]?'

P: 'Nee dat is maar één keer geweest. En toen dacht ik het is zo'n schat van een vrouw, en toen dacht ik ja, ze heeft dat zo uitdrukkelijk gezegd en dat zou ik ook niet willen dat mijn dokter d'r praktijk verliest om mij, nee dat zou ik absoluut niet willen. Dus ik heb daarna nooit meer over gepraat. En zij ook niet meer.'

Eén patiënt gaf aan de huisarts niet tot last te willen zijn en één patiënt praatte niet meer over haar doodswens uit overwegingen van privacy: zij zag de huisarts alleen nog maar als er ook een stagiair bij was.

Dat de gesprekken over euthanasie waren gestopt werd bevestigd in interviews met de artsen, zoals in het interview met deze huisarts:

I: 'Is er helemaal niet meer over gesproken [over euthanasie na de afwijzing van het verzoek]?'

A: 'In de wandelgangen, maar niet meer speciaal daarover nee, nee.'

I: 'Want hebben jullie nog afspraken gemaakt daarna daarover [over euthanasie]?'

A: 'Nee.'

(...)

I: 'Dus eigenlijk, twee jaar geleden, toen hij [de patiënt] het vroeg, was hij niet heel erg overtuigend naar u, maar blijkbaar ...'

A: 'Is hij nog steeds niet ...'

I: 'Hij is nog steeds niet overtuigd genoeg naar u dat hij dood wil en eigenlijk hebben jullie het er nauwelijks meer over?'

A: 'Nee, dus het is voor hem een issue blijkbaar, wat hij laat liggen nu ...'

I: 'En jullie hebben er ook geen afspraken meer over?'

A: 'Nee er zijn geen afspraken verder over gemaakt.'

Een andere huisarts gaf aan dat ze bewust niet meer zelf begon over euthanasie, in de hoop dat de wens zou verdwijnen.

A: 'Als zij er weer mee komt [euthanasieverzoek] dan praten we erover maar ik heb het ook bewust eigenlijk een beetje uit laten doven. Zo is dat ook gegaan. Of dat de goede manier is weet ik niet.'

Misverstanden

Uit onze interviews met de artsen bleek dat hun beeld van de situatie na de afwijzing niet altijd overeenkwam met dat van de patiënt. Sommige artsen wisten wel dat hun patiënt nog steeds de wens had om te sterven, anderen dachten dat die wens verleden tijd was. Twee artsen realiseerden zich gedurende (of door) het interview dat het feit dat hun patiënt deelnam aan het onderzoek zou kunnen betekenen dat deze nog steeds een doodswens had. Maar de patiënt zelf had het nooit meer over euthanasie gehad, dus waren ze ervan uitgegaan dat de wens om te sterven was verdwenen.

I: 'Het [de euthanasie] is dus toen ter sprake geweest, ik weet niet, hoe lang geleden is dat geweest?'

A: 'Oh, dat is denk ik wel twee jaar geleden hoor, dat we dat besproken hebben.'

I: 'En daarna, is het nog ter sprake geweest?'

A: 'Nee, eigenlijk niet. Nee. Misschien dat dit nu weer eens even aanleiding is, van goh, ik ga er zeker over praten. "Goh, ik ben geïnterviewd, wat interessant dat u daaraan meegedaan heeft".'

(...)

A: 'Ik vond het wel frappant dat ze dit interview gedaan had. Ik denk, dan is ze er toch meer mee bezig dan ik misschien denk.'

Twee andere artsen gaven aan dat hun patiënt wist dat hij of zij altijd weer over euthanasie kon beginnen als daar behoefte aan was. De twee patiënten in kwestie daarentegen hadden verteld dat hun arts hen had gezegd dat ze het niet meer over euthanasie moesten hebben.

DISCUSSIE

Uit ons onderzoek blijkt dat patiënten en artsen duidelijk communiceren over de afwijzing van een euthanasieverzoek, maar dat daarna het gesprek over euthanasie stopt terwijl de wens om te sterven bij de patiënt blijft bestaan.

Na een afgewezen euthanasieverzoek (van soms meer dan twee jaar geleden) brengen patiënten hun wens om te sterven niet meer ter sprake bij de arts. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat die wens niet zo sterk was. Immers, bij een sterke doodswens zou je verwachten dat de patiënt opnieuw om euthanasie vraagt of een andere manier zoekt om een einde aan zijn leven te maken. Slechts drie patiënten in ons onderzoek hebben na de afwijzing informatie gezocht over andere manieren van levensbeëindiging. Een andere mogelijke verklaring is dat de patiënt niet weet hoe om te gaan met de wens om te sterven als de arts eenmaal duidelijk heeft gemaakt dat euthanasie niet mogelijk is. Sommige patiënten gaven aan dat ze hun arts niet tot last wilden zijn en hun doodswens daarom niet meer ter sprake brachten.

Opvallend is ook onze bevinding dat de verhalen van de patiënt en de arts over de redenen van de afwijzing overeenkomen, maar dat hun perspectief op de situatie na de afwijzing lang niet altijd overeenstemt. Kan het zijn dat ze om elkaar heen draaien om de moeilijke situatie te vermijden waarin ze over het voortduren van de doodswens zouden moeten praten?[4] De patiënten die wij interviewden, gaven aan dat ze dachten dat euthanasie voor hen toch niet mogelijk zou zijn, of dat ze de arts niet tot last wilden zijn en er daarom maar niet meer over waren begonnen. Bij sommige artsen wekte dit de indruk dat de wens om te sterven was verdwenen.

Artsen op hun beurt vinden het misschien lastig dat ze de patiënt niet kunnen geven wat die vraagt, of willen niet geconfronteerd worden met een wens om te sterven en vermijden het onderwerp daarom. Sommige artsen gaven dit ook aan in de interviews. Eerdere onderzoeken hebben laten zien dat euthanasieverzoeken emotioneel zwaar zijn voor artsen,[5-7] en dat artsen de neiging hebben het onderwerp te vermijden.[4,8]

Naast het feit dat het niet meer ter sprake brengen van de wens om te sterven kan leiden tot misverstanden, kan het ook tot gevolg hebben dat de behoeften en zorgen van de patiënt niet meer herkend worden. Het zou goed zijn als arts en patiënt na de afwijzing van een euthanasieverzoek het gesprek over het levenseinde en de wens om te sterven voortzetten. Dit geeft patiënten de gelegenheid om over hun gevoelens te praten en biedt artsen de kans meer inzicht te krijgen in de behoeften van de patiënt. Zulke gesprekken zouden ook mogelijk moeten zijn in situaties waarin de arts van mening blijft dat euthanasie niet mogelijk is. Dit vereist wel goede communicatievaardigheden.[9]

CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat de wens om te sterven ook na een afgewezen euthanasieverzoek kan blijven bestaan, maar dan vaak niet meer ter sprake komt. Het is goed mogelijk dat er ook patiënten zijn die wel euthanasie zouden willen, maar die er niet om vragen en nooit over hun gevoelens rondom de dood praten. Onderzoeken in verschillende landen laten zien dat de wens om te sterven met name onder ouderen veel voorkomt,[10-12] en dat er meer patiënten zijn die euthanasie overwegen dan die erover praten.[13]

Zouden artsen actief het gesprek moeten aangaan over de wens om te sterven? Wij denken dat het belangrijk is dat de huisarts, ook buiten de context van euthanasie, openstaat voor een gesprek over de wens om te sterven en over de factoren die de wil om verder te leven doen afnemen. Zo is te voorkomen dat patiënten het gevoel krijgen dat ze niet over hun gevoelens kunnen of mogen praten. Het zou goed zijn als huisartsen na de afwijzing van een euthanasieverzoek altijd een vervolgconsult inplannen om deze dingen ter sprake te brengen. ■

LITERATUUR

1 Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, De Jong-Krul GJ, Van Delden JJ, Van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. Lancet 2012;380:908-15.

2 Jansen-van der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Wal G. Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. Arch Intern Med 2005;165:1698-704.

3 Van Wijmen MPS, Rurup ML, Pasman HRW, Kaspers PJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Design of the Advance Directives Cohort: a study of end-life decision-making focusing on Advance Directives. BMC Public Health 2010;10:166.

4 Back AL, Starks H, Hsu C, Gordon JR, Bharucha A, Pearlman RA. Clinician-patient interactions about requests for physician-assisted suicide: A patient and family view. Arch Intern Med 2002;162:1257-65.

5 Dobscha SK, Heintz RT, Press N, Ganzini L. Oregon physicians' responses to requests for assisted suicide: A qualitative study. J Palliat Med 2004;7:451-61.

6 Kohlwes RJ, Koepsell TD, Rhodes LA, Pearlman RA. Physicians' responses to patients' requests for physician-assisted suicide. Arch Intern Med 2001;161:657-63.

7 Havekate I, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Maas PJ, Van der Wal G. The emotional impact on physicians of hastening the death of a patient. Med J Aust 2001;175:519-22.

8 Bascom PB, Tolle SW. Responding to requests for physician-assisted suicide: 'These are uncharted waters for both of us...'. JAMA 2002;288:91-8.

9 Van Dieten E. Een goed gesprek over de dood: Mart Calff over omgaan met patiënten van wie het einde nadert. Med Contact 2011;66:1534-7.

10 Scocco P, De Leo D. One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in the elderly population. Int J Geriat Psychiatry 2002;17:842-6.

11 Lapierre S, Boyer R, Desjardins S, Dubé M, Lorrain D, Préville M, Brassard J. Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. Int Psychogeriatr 2012;24:243-52.

12 Rurup ML, Deeg DJH, Poppelaars JL, Kerkhof AJFM, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: A quantitative study of prevalence and associated factors. Crisis 2011;32:194-203.

13 Tolle SW, Tilden VR, Drach LL, Fromme EK, Perrin NA, Hedberg K. Characteristics and proportion of dying Oregonians who personally consider physician-assisted suicide. J Clin Ethics 2004;15:111-8.

Kornelis van Hateren, Sebastiaan Houweling, Geertruida de Bock, Peter van Dijk, Klaas Groenier, Rijk Gans, Henk Bilo, Nanne Kleefstra, Gijs Landman

ONDERZOEK

Veiligheid en effectiviteit van gliclazide

Samenvatting

Van Hateren KJJ, Houweling ST, De Bock GH, Van Dijk PR, Groenier KH, Gans ROB, et al. Veiligheid en effectiviteit van gliclazide. Huisarts Wet 2014;57(8):400-3.

DOEL In deze meta-analyse hebben wij de veiligheid en effectiviteit van gliclazide onderzocht en vergeleken met die van andere orale bloedglucoseverlagende middelen.

METHODE Op 17 april 2013 hebben we Medline (PubMed), EMBASE en de Cochrane-database doorzocht op geschikte gerandomiseerde onderzoeken met een minimale onderzoeksduur van twaalf weken bij volwassenen met diabetes mellitus type 2, waarbij een verandering in HbA1c werd gerapporteerd en gliclazide werd vergeleken met een ander oraal middel. De primaire uitkomstmaat wat betreft veiligheid was het aantal patiënten met minimaal één ernstige hypoglykemie, en ten aanzien van effectiviteit de verandering in HbA1c.

RESULTATEN We hebben 19 onderzoeken geïncludeerd, bijna alle van een slechte methodologische kwaliteit. Het HbA1c daalde 0,12% (95%-BI 0,01 tot 0,23%) meer in de gliclazidegroep dan in de actieve controlegroepen. We vonden 1 ernstige hypoglykemie bij 2387 gliclazidegebruikers en 1 bij de 2430 gebruikers van een actieve controle. De ernstige hypoglykemie in de gliclazidegroep trad op bij iemand die in de weken voorafgaand aan de hypoglykemie ook was gestart met NPH-insuline.

Conclusie Hypoglykemieën met gliclazide zijn zeldzaam en gliclazide is ten minste zo effectief als de andere orale bloedglucoseverlagende middelen. De methodologische kwaliteit van bijna alle onderzoeken was slecht.

INLEIDING

In de onlangs gereviseerde NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 kiest men na metformine als monotherapie expliciet voor gliclazide als tweede stap in combinatie met metformine.[1] Deze keuze is gebaseerd op diverse gunstige eigenschappen van gliclazide in vergelijking met de andere sulfonylureumderivaten. Ten eerste laten observationele onderzoeken zien dat gliclazide geassocieerd is met minder (cardiovasculaire) sterfte.[2] Het lage hypoglykemierisico,[3] de gunstige effecten ten aanzien van het gewicht en het feit dat een dosisaanpassing niet nodig is bij een verminderende nierfunctie zijn andere argumenten voor deze keuze. Tot nu toe is er echter geen systematische review geweest die specifiek naar de effecten van gliclazide heeft gekeken. In deze meta-analyse hebben wij de veiligheid en effectiviteit van gliclazide onderzocht en deze vergeleken met die van alle andere orale bloedglucoseverlagende middelen, en als tweede stap in combinatie met metformine.

METHODE

Een uitgebreide beschrijving van de gebruikte methoden is te vinden in de oorspronkelijke publicatie en de online gepubliceerde bijlagen.[4] Het onderzoeksprotocol van deze meta-analyse hebben we vooraf gepubliceerd op PROSPERO (2013;CRD42013004156).

Onderzoeks- en gegevensselectie

We selecteerden gerandomiseerde onderzoeken met een minimale onderzoeksduur van twaalf weken bij volwassenen met diabetes mellitus type 2, bij wie men een verandering in HbA1c heeft gerapporteerd en gliclazide heeft vergeleken met een ander oraal middel. We excludeerden onderzoeken met een placebo, dieet, insuline of rosiglitazon als controlegroep. Op 17 april 2013 hebben we Medline (PubMed), EMBASE en de Cochrane-database doorzocht op geschikte onderzoeken. Twee auteurs (KvH en GL) hebben alle referenties beoordeeld. Twee auteurs (PvD en GL) hebben de volgende gegevens geëxtraheerd: auteur, publicatiejaar, onderzoeksregistratienummer, groepsgrootte, type interventie, patiëntkenmerken, leeftijd, geslacht, etniciteit, diabetesduur, eerdere behandeling, HbA1c, lichaamsgewicht en de vooraf gedefinieerde uitkomsten van veiligheid en effectiviteit. Bij voorkeur hebben we intention-to-treatgegevens verzameld. Indien deze gegevens ontbraken, hebben we de betreffende auteurs, en indien

Wat is bekend?

- In de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 wordt als tweede stap na metformine de voorkeur gegeven aan het sulfonylureumderivaat gliclazide.
- Anders dan andere sulfonylureumderivaten is gliclazide geassocieerd met gunstige effecten op cardiovasculaire eindpunten.
- Er zijn geen systematische reviews die specifiek naar de effecten van gliclazide hebben gekeken.

Wat is nieuw?

- In deze meta-analyse hebben we geen hypoglykemieën met gliclazide gevonden in de gevallen waarin men de maximale dosering van 240 mg had gebruikt.
- Wat betreft de glucoseregulatie is gliclazide ten minste zo effectief als de andere orale bloedglucoseverlagende middelen.

Isala, Diabetes kenniscentrum, Dr. van Heesweg 2, 8025 AB Zwolle: dr. K.J.J. van Hateren, huisarts; dr. S.T. Houweling, huisarts; P.R. van Dijk, arts-onderzoeker; dr. K.H. Groenier, universitair docent Statistiek en Kansrekening; prof. dr. H.J.G. Bilo, internist; dr. N. Kleefstra, arts-onderzoeker; dr. G.W.D. Landman, internist. Isala, afdeling Interne geneeskunde, Zwolle: prof. dr. H.J.G. Bilo, internist. Universiteit van Groningen, UMC Groningen, afdeling Epidemiologie: prof. dr. G.H. de Bock, epidemioloog. Universiteit van Groningen, UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. K.H. Groenier, universitair docent Statistiek en Kansrekening. Universiteit van Groningen, UMC, afdeling Interne geneeskunde: prof. dr. R.O.B. Gans, internist; prof. dr. H.J.G. Bilo, internist; dr. N. Kleefstra, arts-onderzoeker • Correspondentie: k.j.j.van.hateren@isala.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Landman GW, De Bock GH, Van Hateren KJ, Van Dijk PR, Groenier KH, Gans RO, et al. Safety and efficacy of gliclazide as treatment for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. PLoS One 2014;9:e82880. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

nodig farmaceutische bedrijven, verzocht om gegevens aan te leveren. Twee auteurs hebben de kwaliteit van alle onderzoeken en het risico van bias beoordeeld (PvD en GL), aan de hand van de Cochrane-criteria.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat wat betreft veiligheid was het aantal patiënten met minimaal één ernstige hypoglykemie, gedefinieerd als een hypoglykemie waarbij hulp door derden noodzakelijk was. Secundaire uitkomstmaten waren het aantal niet-ernstige hypoglykemieën, cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Ten aanzien van de effectiviteit was de primaire uitkomstmaat de verandering in HbA1c ten opzichte van de actieve controlegroep. Verandering in gewicht was een secundaire uitkomstmaat.

Analyses

Verschillende subgroepanalyses hebben we vooraf gepland, waarbij we ons in dit artikel vooral concentreren op onderzoeken die gliclazide vergeleken met andere orale middelen, als tweede stap in combinatie met metformine. De gemiddelde verschillen tussen de interventiegroep en de actieve controlegroepen hebben we voor continue variabelen berekend met een zogenaamd *inverse variance random effect*-model. Indien de onderzoeken geen standaardafwijkingen vermeldden, berekenden we deze met hulp van de standaardfout of het 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI). Aan de hand van het risico op bias hebben we voor alle uitkomstmaten sensitiviteitsanalyses gepland. Alle analyses hebben we uitgevoerd met RevMan 5.1 (Nordic Cochrane Centre).

RESULTATEN

De zoekactie leverde in totaal 557 artikelen op. Na screening op titel en samenvatting beoordeelden we 51 artikelen op geschiktheid en uiteindelijk bleken 19 onderzoeken daadwerkelijk geschikt.[3,5-21] Het risico van bias was laag in één onderzoek,[3] onduidelijk in een ander onderzoek.[11] en hoog in de resterende onderzoeken. Wij hebben zo nodig de auteurs voor aanvullende informatie benaderd. Helaas hebben diverse auteurs en farmaceutische bedrijven niet op ons verzoek gereageerd, of gaven ze aan dat ze intention-to-treatanalyses niet hebben kunnen uitvoeren. De [**webtabel**] op www.henw.org toont een overzicht van de geïncludeerde onderzoeken. Drie onderzoeken vergeleken gliclazide met een ander oraal middel als tweede stap na metformine.[17,20,22] Het betrof respectievelijk pioglitazon,[17] nateglinide[20] en vildagliptine[22].

Veiligheid

In de onderzoeken waarin men hypoglykemieën rapporteerde heeft men 1 ernstige hypoglykemie gevonden bij 2387 gliclazidegebruikers en 1 bij de 2430 gebruikers van een actieve controle. De ernstige hypoglykemie in de gliclazidegroep trad op bij iemand die in de periode voorafgaand aan de hypoglykemie ook was gestart met NPH-insuline.[14] De hypoglykemie in de controlegroep trad op bij iemand die glibenclamide gebruikte.

Zeven onderzoeken rapporteerden bevestigde niet-ernstige hypoglykemieën.[7-9,12,18,21,22] In totaal heeft men 25 hypoglykemieën gevonden bij 1152 gliclazidegebruikers en 22 bij de 1163 patiënten uit een actieve controlegroep. Het relatieve risico (95%-BI) bedroeg 1,09 (0,20 tot 5,78). Alle hypoglykemieën werden gerapporteerd in 3 van de 7 onderzoeken.[9,21,22] Toen we onderzoeken hadden geëxcludeerd waarin patiënten hogere doseringen dan 240 mg kregen (in Nederland de maximale dosering van gliclazide), vonden we geen hypoglykemieën in de gliclazidegroep.

Negen onderzoeken hebben cardiovasculaire incidenten beschreven, met 11 incidenten in de gliclazidegroep en 20 incidenten in de actieve controlegroepen (relatief risico 0,95; 95%-BI 0,57 tot 1,61). Ten aanzien van totale sterfte en cardiovasculaire sterfte hebben we ook geen verschillen tussen beide groepen waargenomen.

Effectiviteit

Het HbA1c daalde 0,12% (= 1,3 mmol/mol; 95%-BI 0,01%; 0 tot 23%) meer in de gliclazidegroep dan in de actieve controlegroepen. Het niet-significante verschil in gewicht bedroeg 0,47 kg (95%-BI –0,75 tot –1,70 kg) in het voordeel van de actieve controlegroepen. Drie onderzoeken hebben gliclazide vergeleken met een ander oraal middel als tweede stap in combinatie met metformine.[17,20,22] Omdat het aantal onderzoeken zo klein was konden we hiervoor geen aparte analyses verrichten. Een korte beschrijving is wel op zijn plaats. Eén onderzoek vergeleek gliclazide met pioglitazon, waarbij men behandeling met de hoogst getolereerde dosering (gliclazide: 320 mg; pioglitazon 45 mg) nastreefde.[17] Na een onderzoeksduur van 52 weken was het HbA1c in beide groepen 1% (11 mmol/mol) gedaald, zonder een verschil tussen beide groepen. Uit de vergelijking tussen gliclazide (maximaal 240 mg) en nateglinide (een meglitinide), met een onderzoeksduur van 24 weken, kwam geen significant verschil tussen beide groepen naar voren wat betreft de daling van het HbA1c; –0,41% (4,5 mmol/mol) in de nateglinidegroep en –0,57% (6,3 mmol/mol) in de gliclazidegroep.[20] In het derde onderzoek heeft men tweemaal daags vildagliptine 50 mg vergeleken met gliclazide tot een maximale dosering van 320 mg.[22] Na 52 weken was het HbA1c 0,81% (8,9 mmol/mol) gedaald met vildagliptine, en 0,85% (9,4 mmol/mol) met gliclazide.

BESCHOUWING

De belangrijkste conclusie van deze meta-analyse is dat ernstige hypoglykemieën als gevolg van gliclazide erg zeldzaam zijn. Daarnaast hebben we bevestigde, niet-ernstige hypoglykemieën alleen gevonden in onderzoeken waarin men een maximale dosering van 320 mg had gebruikt. Aangezien artsen in Nederland maximaal 240 mg gliclazide mogen voorschrijven, hebben we ook nog specifiek gekeken naar het optreden van hypoglykemieën bij deze dosering. In de kleine groep patiënten die deelnamen aan onderzoeken waarbij de dosering maximaal 240 mg was, heeft men geen bevestigde hypoglykemieën gerapporteerd. Alle niet-ernstige hypoglyke-

Webbtabel Kenmerken van de geïncludeerde onderzoeken

Onderzoek	Interventie (maximale dosis)	Controle (maximale dosis)	Onderzoeksduur (maanden)	HbA1c (%)	Leeftijd (jaar)	Toegevoegd aan	n	Geslacht (% vrouw)	Diabetesduur (jaar)	Gewicht (kg)
Harrower, 1985[5]	Gliclazide 320 mg	Glibenclamide 30 mg	52	12	60	Geen	20/19	-	4	61
Jerums, 1987[6]	Gliclazide 240 mg	Glibenclamide 15 mg	104	9,6	60	Geen	9/8	35	8	-
Collier, 1989[7]	Gliclazide 240 mg	Metformine 3000 mg	24	11,9	54	Geen	12/12	-	0	-
Noury, 1991[8]	Gliclazide 240 mg	Metformine 1800 mg	13	9,7	55	Geen	27/30	51	3	80
Tessier, 1994[9]	Gliclazide 320 mg	Glibenclamide 20 mg	26	8,6	72	Geen	11/11	18	5	-
Tessier, 1999[10]	Gliclazide 320 mg	Metformine 2250 mg	24	7,5	59	Geen	18/18	31	5	82
Guvener, 1999[11]	Gliclazide 320 mg	Acarbose 600 mg	26	8,5	56	Insuline	18/20	79	11	-
Salman, 2001[12]	Gliclazide 320 mg	Acarbose 600 mg	24	8,8	54	Geen	30/27	42	4	-
NCT01022762, 2010[13]	Gliclazide 240 mg	Repaglinide 12 mg	16	7,2	62	Metformine	218/217	46	1	-
Furlong, 2003[14]	Gliclazide 240 mg	Repaglinide 12 mg	13	9,3	59	Insuline	39/41	47	8	91
Lawrence, 2004[15]	Gliclazide 320 mg	Pioglitazon 45 mg Metformine 3000 mg	24	7,7	61	lage dosering OBVM 66%	20/20/20	35	-	68
Schernthaner, 2004[3]	Gliclazide 120 mg XR	Glimeperide 6 mg	27	8,3	61	Geen/ metformine/ acarbose	388/427	49	6	84
Charbonell, 2004[16]	Gliclazide 320 mg	Pioglitazon 45 mg	52	8,7	-	Geen	1270 totaal	-	-	-
Matthews, 2005[17]	Gliclazide 320 mg	Pioglitazon 45 mg	52	8,6	57	Metformine	313/317	50	6	92
Kardas, 2005[18]	Gliclazide MR 90 mg	Glibenclamide 10 mg	16	7,2	62	Metformine 28%	49/50	60	3	77
Pierriello, 2006[19]	Gliclazide 320 mg	Pioglitazone 45 mg	52	8,8	59	Dieet of 1 OBVM*	140/135	35	9	80
Ristic, 2006[20]	Gliclazide 240 mg	Nateglinide 180 mg	24	7,6	62	Metformine	133/129	48	7	-
Foley, 2009[21]	Gliclazide 320 mg	Vildagliptine 100 mg	104	8,6	55	Geen	533/530	44	2	84
Filozof, 2009[22]	Gliclazide 320 mg	Vildagliptine 100 mg	52	8,5	59	Metformine	490/503	48	7	85

*OBVM = oraal bloedglucoseverlagend middel.

mieën kwamen alleen voor in twee gesponsorde onderzoeken die vildagliptine met gliclazide hebben vergeleken.[21,22]

Wat de effectiviteit ten aanzien van het HbA1c betreft hebben we in de totale analyse een klinisch niet-relevant voordeel van 0,12% (1,3 mmol/mol) gevonden voor gliclazide. Helaas waren er erg weinig onderzoeken die specifiek naar gliclazide als tweede stap na metformine hadden gekeken, waardoor we geen definitieve conclusies kunnen trekken.

De gewichtsanalyses waren gebaseerd op de resultaten van slechts acht onderzoeken. Veel auteurs en bedrijven weigerden om gegevens aan te leveren. Als gevolg van een hoog bias-risico hebben we geen vergelijkingen tussen gliclazide en specifieke andere middelen verricht.

De keuze voor gliclazide in de nieuwe NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is mede gemaakt op basis van een groot observationeel onderzoek, waarin sulfonylureumderivaten in het algemeen geassocieerd waren met een verhoogde kans op vroege sterfte en cardiovasculaire problemen, vergeleken met metformine.[2] Vergeleken met de andere sulfonylureumderivaten kwam gliclazide er echter erg goed uit. De uitkomsten op harde eindpunten voor gliclazide verschilden namelijk niet significant van die voor metformine. Deze gunstige effecten konden we niet bevestigen in deze systematische review van RCT's. Geen enkel onderzoek was echter opgezet met het doel om de effecten op cardiovasculaire eindpunten te onderzoeken. Daarnaast heeft men deze incidenten in slechts negen van de negentien onderzoeken gerapporteerd.

CONCLUSIE

In deze meta-analyse hebben we geen hypoglykemieën met gliclazide gevonden indien de betrokken onderzoekers de maximale dosering van 240 mg hadden gebruikt. Daarnaast was gliclazide ten minste zo effectief wat betreft de glucoseregulatie, vergeleken met de andere orale bloedglucoseverlagende middelen. De methodologische kwaliteit van bijna alle onderzoeken was slecht en het bias-risico was hoog. Dit onderzoek biedt verdere ondersteuning aan de keuze die de NHG-Standaard maakt voor de combinatie metformine met gliclazide als eerste optie na monotherapie met metformine. ■

LITERATUUR

1 Rutten GE, De Grauw WJ, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:512-25.

2 Schramm TK, Gislason GH, Vaag A, Rasmussen JN, Folke F, Hansen ML, et al. Mortality and cardiovascular risk associated with different insulin secretagogues compared with metformin in type 2 diabetes, with or without a previous myocardial infarction: a nationwide study. Eur Heart J 2011;32:1900-8.
3 Schernthaner G, Grimaldi A, Di Mario U, Drzewoski J, Kempler P, Kvapil M, et al. GUIDE study: double-blind comparison of once-daily gliclazide MR and glimepiride in type 2 diabetic patients. Eur J Clin Invest 2004;34:535-42.
4 Landman GW, De Bock GH, Van Hateren KJ, Van Dijk PR, Groenier KH, Gans RO, et al. Safety and efficacy of gliclazide as treatment for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. PLoS ONE 2014;9:e82880.
5 Harrower AD. Comparison of diabetic control in type 2 (non-insulin dependent) diabetic patients treated with different sulphonylureas. Curr Med Res Opin 1985;9:676-80.
6 Jerums G, Murray RM, Seeman E, Cooper ME, Edgley S, Marwick K, et al. Lack of effect of gliclazide on early diabetic nephropathy and retinopathy: a two-year controlled study. Diabetes Res Clin Pract 1987;3:71-80.
7 Collier A, Watson HH, Patrick AW, Ludlam CA, Clarke BF. Effect of glycaemic control, metformin and gliclazide on platelet density and aggregability in recently diagnosed type 2 (non-insulin-dependent) diabetic patients. Diabete Metab 1989;15:420-5.
8 Noury J, Nandeuil A. Comparative three-month study of the efficacies of metformin and gliclazide in the treatment of NIDD. Diabete Metab 1991;17:209-12.
9 Tessier D, Dawson K, Tetrault JP, Bravo G, Meneilly GS. Glibenclamide vs gliclazide in type 2 diabetes of the elderly. Diabet Med 1994;11:974-80.
10 Tessier D, Maheux P, Khalil A, Fulop T. Effects of gliclazide versus metformin on the clinical profile and lipid peroxidation markers in type 2 diabetes. Metabolism 1999;48:897-903.
11 Guvener N, Gedik O. Effects of combination of insulin and acarbose compared with insulin and gliclazide in type 2 diabetic patients. Acta Diabetol 1999;36:93-7.
12 Salman S, Salman F, Satman I, Yilmaz Y, Ozer E, Sengül A, et al. Comparison of acarbose and gliclazide as first-line agents in patients with type 2 diabetes. Curr Med Res Opin 2001;16:296-306.
13 Comparison of repaglinide and gliclazide in Chinese subjects with type 2 diabetes never received oral antidiabetic drug Treatment. 2010. http://clinicaltrialsgov/ct2/show/NCT01022762?term= NCT01022762&rank=1.
14 Furlong NJ, Hulme SA, O'Brien SV, Hardy KJ. Comparison of repaglinide vs. gliclazide in combination with bedtime NPH insulin in patients with Type 2 diabetes inadequately controlled with oral hypoglycaemic agents. Diabet Med 2003;20:935-41.
15 Lawrence JM, Reid J, Taylor GJ, Stirling C, Reckless JP. Favorable effects of pioglitazone and metformin compared with gliclazide on lipoprotein subfractions in overweight patients with early type 2 diabetes. Diabetes Care 2004;27:41-6.
16 Charbonnel BH, Matthews DR, Schernthaner G, Hanefeld M, Brunetti P. A long-term comparison of pioglitazone and gliclazide in patients with Type 2 diabetes mellitus: a randomized, double-blind, parallel-group comparison trial. Diabet Med 2005;22:399-405.
17 Matthews DR, Charbonnel BH, Hanefeld M, Brunetti P, Schernthaner G. Long-term therapy with addition of pioglitazone to metformin compared with the addition of gliclazide to metformin in patients with type 2 diabetes: a randomized, comparative study. Diabetes Metab Res Rev 2005;21:167-74.
18 Kardas P. The DIACOM study (effect of DosIng frequency of oral Antidiabetic agents on the COMpliance and biochemical control of type 2 diabetes). Diabetes Obes Metab 2005;7:722-8.
19 Perriello G, Pampanelli S, Di Pietro C, Brunetti P. Comparison of glycaemic control over 1 year with pioglitazone or gliclazide in patients with Type 2 diabetes. Diabet Med 2006;23:246-52.
20 Ristic S, Collober-Maugeais C, Pecher E, Cressier F. Comparison of nateglinide and gliclazide in combination with metformin, for treatment of patients with Type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on maximum doses of metformin alone. Diabet Med 2006;23:757-62.
21 Foley JE, Sreenan S. Efficacy and safety comparison between the DPP-4 inhibitor vildagliptin and the sulfonylurea gliclazide after two years of monotherapy in drug-naive patients with type 2 diabetes. Horm Metab Res 2009;41:905-9.
22 Filozof C, Gautier JF. A comparison of efficacy and safety of vildagliptin and gliclazide in combination with metformin in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone: A 52-week, randomized study. Diabet Med 2010;27:318-26.

Nico van Duijn

INTERMEZZO

Mopperdokters en zeurkousen

Huisartsen mopperen even hartstochtelijk als andere Nederlanders, op de regering en op de leidinggevende. Een ander geliefd mopperonderwerp is dat te veel patiënten de huisartsenpost bezoeken met getut en gedoe wat ook overdag kan. Maar uit een onderzoek naar bezoek aan de huisartsenpost van Amersfoort blijkt dat 70% van de bezoekers met medisch noodzakelijke vragen komt en 20% met niet-noodzakelijke, maar wel invoelbare zaken. Slechts 10% is regelrecht getut. Dat valt dus reuze mee. Ik vind het knap van de assistentes die de telefoon bedienen. Ze doen het ook goed, met nauwelijks missers en bovendien tevreden klanten. Wat is dat 'Niet nodig maar wel invoelbaar? Dat zijn steken op de borst bij een 18-jarige. Zijn oom is net met een daverend hartinfarct opgenomen. Dan snappen we dat wel. Of vlekjes, we zien stoeten kerngezonde kleintjes met vlekjes langskomen. Voor een deel is dat inderdaad getut. Maar als een buurmeisje ernstig ziek in het ziekenhuis ligt – 'dat begon met vlekjes..' – dan is het invoelbaar. Dan kijk je even naar die waterpokken.

Is geneeskunde van 17.00 tot 8.00 anders dan overdag? Dat is het inderdaad en dat snappen patiënten best. Daarom hebben we 's nachts maar 20 contacten, inclusief huisbezoeken, op 200.000 inwoners. Dat is toch geen overvragen. Overdag is makkelijker voor ons dan 's avonds, je kunt dan beter werk leveren. Alles is bij de hand en je kent de mensen. Trouwens, ik werk ook liever maandagochtend dan zondagmiddag, al kunnen patiënten daar anders over denken.

In 1998 heb ik een soortgelijk onderzoek gedaan in Almere, en de resultaten waren precies dezelfde als in Amersfoort. Het vak is dus nauwelijks veranderd: niet in de spreekkamer, niet in de dienst. Het percentage zeurkousen van 10% is ook onveranderd. Daarover mopperen sommige huisartsen in Amersfoort misschien. Erg gezellig zal dat niet wezen. Op de Almeerse huisartsenpost mopperen we uitsluitend op de regering en de baas. Dat is enorm goed voor de sfeer. ■

Wouter de Ruijter

COMMENTAAR

ECG's in de huisartsenpraktijk: melkkoe of paard van Troje?

Waar in *Medisch Contact* recent nog gepleit werd voor het 'bewaken van onze grenzen' omdat huisartsen 'het afvoerputje van de zorg' zijn geworden,[1,2] tref ik in H&W in diezelfde week een blijmoedig redactioneel over een aankomende serie over het ECG in de huisartsensetting. In het bijzonder gericht op het zelf beoordelen daarvan: 'zodat u uw vaardigheden kunt blijven oefenen en u zich vertrouwder kunt voelen bij het lezen van het ECG's'.[3] Het gaat me allemaal een stapje te snel: moeten huisartsen de kunst van het ECG-lezen eigenlijk wel beheersen?

DE KASSA EN DE KWALITEIT

Het maken en beoordelen van een ECG is sinds jaar en dag een M&I-verrichting waar volgens de Nederlandse Zorgautoriteit een bedrag van enkele tientallen euro's voor gedeclareerd mag worden.[4] Dat heeft er toe geleid dat veel huisartsen een prijzig ECG-apparaat hebben aangeschaft: voor sommige collega's voldoende aanleiding om het indicatiegebied voor het (laten) maken van een ECG maar wat ruim te nemen. Of, recht voor zijn raap, om het ECG als melkkoe in te zetten, bijvoorbeeld in het kader van diabetesbegeleiding of cardiovasculair risicomanagement. Kassa. Naast deze 'rammelende indicatiestelling' vormt de technische kwaliteit een zorg: welke praktijkmedewerkers maken de ECG's en hoe is hun instructie geregeld? Maar het belangrijkste probleem vormt natuurlijk de medische interpretatie. De getallen uit het artikel van Chan et al. in hetzelfde H&W-nummer[5] geven aan dat het ook bij getrainde huisartsen vaak misgaat: veel fout positieven ('te scherp afgestelde software'), maar ook, meestal belangrijker: fout negatieven. Laat staan wanneer op alléén de software of het huisartsenoordeel vertrouwd wordt.

WAARSCHUWING

Een recente tuchtrechtuitspraak[6] illustreert nog eens dat de komst van een ECG-apparaat in de huisartsenpraktijk opvallende gelijkenissen vertoont met het binnenhalen van het paard van Troje. Samengevat krijgt de huisarts in deze zaak een waarschuwing omdat hij bij een patiënte met pijn op de borst enkel een ECG heeft gemaakt en dit ECG uitsluitend op grond van de software als 'zonder afwijkingen' heeft beoordeeld. Patiënte bleek een hartinfarct te hebben.

Allereerst leert ons dit dat anamnese en lichamelijk onderzoek onmisbare diagnostische schakels blijven die niet vervangen kunnen worden door aanvullend onderzoek waarvan je de uitslag niet in perspectief kunt plaatsen. Vervolgens over de praktijkorganisatie: maak geen ECG's die om acute beoordeling vragen wanneer er niemand 'in huis' is die deze goed kan beoordelen. Ten slotte een les in bescheidenheid: we *willen* misschien wel alles, maar we *kunnen* toch echt niet alles. Al zou deze M&I-verrichting het tienvoudige opleveren, dat maakt nog niet dat alle huisartsen met een ECG-apparaat ook goede ECG-beoordelaars zijn. 'Taakherschikking' en 'verschuiving naar eerste lijn': het zijn mooie (politieke) kreten, maar het vereist van de beroepsgroep wél dat wij onszelf aan een kritische beoordeling van onze eigen kennis en vaardigheden blootstellen, alvorens we weer eens een taak overnemen van de tweede lijn. En als dan blijkt dat we daarvoor niet competent (genoeg) zijn, dan geldt nog altijd dat prachtige adagium 'in dubio abstine': niet doen dus. Anders gezegd: het is razend moeilijk om ECG's te beoordelen en het vereist herhaalde scholing, veel doen, goede feedback uit de tweede lijn en borging van kwaliteit. In alle andere gevallen zou dit paard van Troje wel eens vol met juridische voetangels en klemmen kunnen zitten, of, erger nog: met fatale gevolgen voor de patiënten die zich aan onze professionaliteit en vakkundigheid hebben toevertrouwd.

Terug naar het hoofdredactioneel van collega-huisarts Hans van Santen van *Medisch Contact*: het bewaken van grenzen impliceert niet alleen voorkómen dat de huisarts als afvalputje van de gezondheidszorg dient, maar ook de grenzen van je eigen competenties bewaken. Anders gezegd: je professionaliteit serieus nemen. En als u dus nog niet zo vaardig was in het beoordelen van ECG's, dan gaat een serie in H&W dat niet veranderen. Daar is zwaarder geschut voor nodig. ■

LITERATUUR

1 Van Santen H. Grenzen. Med Contact 2014;15:741.
2 Konings K. Huisarts is het afvoerputje van de zorg. Med Contact 2014;15:753-5.
3 Scherptong-Engbers M. ECG's in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2014;57:166.
4 Nederlandse Zorgautoriteit 17-12-2013. Bijlage 3, tariefbeschikking TB/CU-7076-02.
5 Chan CM, Willemsen RTA, Konings KTS. Electrocardiografie in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2014;57:196-200.
6 Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 2013; ECLI:NL:TGZREIN:2013:YG2679.

Reactie

In de nascholing van Chan wordt uitgaande van de NHG-Standaarden op gestructureerde wijze de wetenschappelijke achtergronden van het ECG in de huisartsenpraktijk besproken. Huisartsen zijn vrij in hun keuze of zij ECG's door een cardioloog laten beoordelen of dat zij het zelf doen als zij zich daartoe bekwaam achten. Het hoeft geen uitleg dat een nascholingsartikel in H&W onvoldoende is als basis om zelf als huisarts ECG's te kunnen beoordelen. Met een volgend artikel over ECG's lezen en interpreteren hopen wij huisartsen te prikkelen die met enthousiasme hun kennis over ECG's verder willen vergroten. Die groep huisartsen willen wij graag van dienst zijn.
De redactie van H&W

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. W. de Ruijter, huisarts en epidemioloog, hoofd Huisartsopleiding • Correspondentie: w.de_ruijter@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Als ik straks de krant maar haal

Overgewicht, zo kunnen we vrijwel dagelijks in de kranten lezen, is een enorm probleem. Gelukkig werkt de wetenschap hard aan een oplossing, en het zou heel goed kunnen dat de victorie dit keer in Groningen begint. 'Goede vetten beschermen baby's tegen overgewicht op latere leeftijd', kopte het persbericht van het UMCG op 8 mei van dit jaar. 'Meer omega-3-vetzuren en minder linolzuur in de voeding van zuigelingen en jonge kinderen beschermt ze tegen overgewicht op latere leeftijd. Dat laat het proefschrift van Annemarie Oosting van het Universitair Medisch Centrum Groningen zien.'[1] Dat klinkt inderdaad als een opmerkelijk, om niet te zeggen fantastisch resultaat. Geef peuters en kleuters veel vette vis, en als ze later groot zijn, kunnen ze over op chocola en chips zonder dat ze aankomen.

In de volgende zin komt de domper. 'Oosting onderzocht in een muizenmodel de invloed van vetzuren in de voeding.'

Willen onderzoekers werkelijk dat hun goede naam, en die van de wetenschap, zo wordt verkwanseld? De hele goegemeente misleiden door eerst te doen alsof het om mensenbaby's gaat en pas later duidelijk te maken dat het muizenbaby's zijn?

Ik heb het proefschrift van Oosting niet gelezen, maar ik mag aannemen dat daarin een plek is ingeruimd voor haar artikel in *Pediatric Research* uit 2010.[2] In dit onderzoek gaf Oosting, kortweg, muizenpups eerst hetzij een dagelijks dieet met alleen plantaardig vet, hetzij 80% plantaardig plus 20% tonijnolie. Na zes weken, toen de muizen volwassen waren, werden ze overgezet op een soort 'westers' dieet, met 50% plantaardig en 50% reuzel, dus nog amper omega-3-vetzuren.

Na 98 dagen was het experiment voor de muizen afgelopen. Ze werden gemeten en gewogen, hun bloed werd geanalyseerd, hun organen gemeten, u kent dat wel. Misschien ook nog goed om te vermelden: de onderzoeksgroep bestond uit tweemaal twaalf inteeltmuizen en alleen de mannetjes telden mee.

Het gaat wat ver om alle resultaten hier samen te vatten, maar de omega-3-muizen waren bij hun dood amper lichter dan de controlemuizen (29 tegen 31 gram, $p = 0{,}06$). Dat deze vetzuren beschermen tegen overgewicht bij muizen zou ik zo dus niet durven zeggen. Laat staan bij jongens en meisjes. Gelukkig bleek, post hoc, dat de omega-3-muizen wel gemiddeld een lager vetpercentage hadden (20 tegen 27, $p < 0{,}001$), anders hadden ze hun leventje helemáál voor niets geofferd. 'Voorzover wij weten zijn wij de eersten die aantonen dat bescheiden veranderingen in vetzuursamenstelling in postnataal dieet blijvend beschermend werken tegen buitensporige vetophoping in het latere leven.'

Ik heb de jonge doctor, werkzaam bij Nutricia (dat het onderzoek geheel betaalde), niet gesproken, maar een van mijn studenten in Groningen wel, en zij vroeg haar naar de kop van het persbericht en de eerste zinnen. 'In een persbericht ben je altijd op zoek naar de balans tussen een aantrekkelijke tekst en alles met de wetenschappelijke mitsen en maren vertellen. In zoverre ben ik het eens met de kop, daarnaast is al wel aangetoond bij mensen dat goede vetten een positief effect hebben op de gezondheid. Met dit onderzoek hebben wij daar een extra dimensie aan toegevoegd.'

Ik weet ook niet hoe de discussie bij de persdienst van het UMCG gegaan is – misschien heeft Oosting zich hevig verzet en vindt ze dat ze nu achter het persbericht moet blijven staan – maar ik had gehoopt dat dit soort gotspes, na alles wat we hebben meegemaakt aan opgeblazen en frauduleus onderzoek en na alles wat over goede en slechte persberichten is gepubliceerd[3] ons een beetje bespaard zou blijven.

Persberichten gaan tegenwoordig klakkeloos als *content* het web op (wie in een zoekmachine de zin 'Goede vetten beschermen baby's tegen overgewicht' intikt, krijgt zo'n 8500 treffers, waaronder Nu.nl, Gezondheidsnet.nl en Artsennet.nl). Dat weet een persdienst, maar dat zou ook een onderzoeker moeten weten. Het wordt toch al te dol als wij journalisten onze lezers in bescherming moeten nemen tegen doordravende wetenschappers en gewetenloze persvoorlichters? ■

Hans van Maanen

LITERATUUR

1 Oosting A. Programming of adult metabolic health by dietary lipids in early life, [Proefschrift]. Groningen, 2014.
2 Oosting A, Kegler D, Boehm G, Jansen HT, Van de Heijning BJ, Van der Beek EM. N-3 long-chain polyunsaturated fatty acids prevent excessive fat deposition in adulthood in a mouse model of postnatal nutritional programming. Pediatr Res 2010;68:494-9.
3 Schwartz LM, Woloshin S, Andrews A, Stukel TA. Influence of medical journal press releases on the quality of associated newspaper coverage: retrospective cohort study. BMJ 2012;344:d8164.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (derde herziening)

Loes Meijer, Anita Bruinsma, Arienne Pameijer, Wouter Hehenkamp, Ineke Janssen, Jako Burgers, Wim Opstelten, Corlien de Vries

Belangrijkste wijzigingen

- Abdominale echoscopie wordt niet meer aanbevolen als aanvullende diagnostiek bij abnormaal vaginaal bloedverlies bij vrouwen in de reproductieve levensfase. Bij een indicatie voor beeldvormend onderzoek is transvaginale echoscopie aangewezen.
- Bij vrouwen met abnormaal vaginaal bloedverlies die tamoxifen gebruiken is transvaginale echoscopie onbetrouwbaar voor het uitsluiten van endometriumcarcinoom; verwijzing voor een biopsie van het endometrium is dan geïndiceerd.
- Na behandeling van acuut hevig bloedverlies met progestagenen hoeft geen onttrekkingsbloeding te worden afgewacht en kan aansluitend behandeld worden met de combinatiepil of progestagenen.

Kernboodschappen

- Overweeg bij intermenstrueel en postcoïtaal bloedverlies een chlamydia-infectie en test daarop als de risicoschatting op soa daar aanleiding toe geeft.
- Maak bij vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies altijd een cervixuitstrijk en vraag een transvaginale echoscopie aan voor het bepalen van de endometriumdikte. Verwijs bij een afwijkende cervixuitstrijk of een endometriumdikte > 4 mm.
- Bij de behandeling van hevig menstrueel bloedverlies zonder (vermoeden van) een specifieke oorzaak zijn de verschillende medicamenteuze opties (hormoonspiraal, combinatiepil, NSAID's en tranexaminezuur) gelijkwaardig en wordt de keuze bepaald door specifieke kenmerken van de medicatie en de voorkeur van de patiënt.

Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, Opstelten W, De Vries CJH. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(8):406-414.

De NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Drost B, Hohmann FP, Leusink GL, Van Cleef J, Van Balen JAM. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (tweede herziening). Huisarts Wet 2008;51(3):128-37.

INLEIDING

De NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling bij klachten over vaginaal bloedverlies. Daarbij wordt uitgegaan van vaginaal bloedverlies dat anders is dan voorheen of anders dan wat volgens de vrouw normaal is.[1]

Amenorroe, oligomenorroe en het beleid bij bloedverlies tijdens een bekende zwangerschap komen in deze standaard niet aan de orde. Daarvoor wordt verwezen naar de NHG-Standaarden Amenorroe en Miskraam. Klachten over dysmenorroe vallen eveneens buiten het bestek van deze standaard. In de standaard wordt onderscheid gemaakt tussen bloedverlies tijdens de reproductieve levensfase en bloedverlies in de postmenopauze vanwege de consequenties voor het beleid. De standaard sluit aan bij de NVOG-richtlijnen Hevig menstrueel bloedverlies en Diagnostiek bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze.[2]

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Stoornissen in de menstruele cyclus kunnen worden beschreven in termen van frequentie, regelmaat, hoeveelheid en duur van het bloedverlies.[3] De gehanteerde begrippen hangen samen met de levensfase waarin het bloedverlies optreedt; tijdens de reproductieve levensfase of in de postmenopauze.

Abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase

Hevig menstrueel bloedverlies (ICPC X06): cyclisch hevig bloedverlies dat hindert in het dagelijkse leven van een vrouw.

Onregelmatig bloedverlies (ICPC X07): niet-cyclisch bloedverlies, waarbij de menstruaties niet meer afzonderlijk zijn te herkennen.

Intermenstrueel bloedverlies (ICPC X08): bloedverlies in de periode tussen herkenbare menstruaties. Intermenstrueel bloedverlies kan zowel op een vast als op een wisselend tijdstip in de cyclus optreden.

Acuut hevig bloedverlies: hevig bloedverlies (cyclisch of niet-cyclisch), waarbij om directe behandeling wordt verzocht.

Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze

Postmenopauzaal bloedverlies (ICPC X12): bloedverlies dat later dan één jaar na de laatste menstruatie (de menopauze) optreedt.

Contactbloeding: bloedverlies na coïtus (ICPC X13) of makkelijk bloedende cervix bij inwendig onderzoek in de reproductieve levensfase of in de postmenopauze.

Epidemiologie

De incidentie van hevig menstrueel bloedverlies neemt toe met de leeftijd. In de huisartsenpraktijk is deze het hoogst in de leeftijdsgroep van 45 tot 49 jaar (16 per 1000 vrouwen per jaar). De prevalentie in deze leeftijdsgroep is ongeveer 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 zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

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

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts 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.

Onregelmatig bloedverlies komt vooral voor in de leeftijdsgroepen van 15 tot 24 jaar en van 40 tot 49 jaar; de incidentie in deze groepen bedraagt ongeveer 9 per 1000 vrouwen per jaar. De prevalentie is ongeveer 1,5%. De incidentie van intermenstrueel bloedverlies is het hoogst in de leeftijdsgroep 25 tot 34 jaar (9 per 1000 vrouwen per jaar). De prevalentie is in deze leeftijdsgroep ongeveer 1%. De incidentie van postmenopauzaal bloedverlies is het hoogst in de leeftijdsgroep van 50 tot 59 jaar (7 per 1000 vrouwen per jaar). De incidentie van postcoïtaal bloedverlies neemt geleidelijk af met de leeftijd; van 5 per 1000 vrouwen per jaar in de leeftijdsgroep 18 tot 44 jaar naar 0,2 per 1000 vrouwen per jaar in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar. [4]

Pathofysiologie

Abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase

De menstruele cyclus wordt geregeld door de samenwerking van hypothalamus, hypofyse, ovaria en uterus. De periode van het begin van de follikelrijping tot de ovulatie is de folliculaire fase. In deze fase vindt proliferatie van het endometrium plaats onder invloed van oestrogene stimulatie. De periode tussen ovulatie en menstruatie is de luteale fase. Onder invloed van progestagenen vindt in deze fase secretie van het endometrium plaats. De duur van de folliculaire fase is variabel, terwijl de luteale fase een betrekkelijk constante duur heeft van 13 dagen. De normale cyclusduur kan uiteenlopen van 21 tot 35 dagen. Een regelmatige cyclus is in principe ovulatoir. Bij een onregelmatige cyclus kan er sprake zijn van anovulatie. Vooral in de eerste jaren na de menarche en in de jaren direct voorafgaand aan de menopauze is er een grote intra-individuele variatie in cyclusduur omdat de cycli dan vaak anovulatoir zijn.[5]

Bij *hevig menstrueel bloedverlies* wordt bij minder dan de helft van de vrouwen hiervoor een oorzaak aangetoond, zoals myomen, adenomyose (voorheen endometriosis interna genoemd),[6] een koperspiraal en geneesmiddelen zoals anticoagulantia, misoprostol, corticosteroïden en SSRI's.[7] Het is onbekend hoe vaak deze oorzaken in de huisartsenpraktijk voorkomen.[8]

De pathofysiologie van hevig menstrueel bloedverlies bij myomen is niet helemaal duidelijk. De grootte en de plaats van myomen (de mate van uitpuiling in het cavum van de uterus) zijn waarschijnlijk geassocieerd met de hoeveelheid bloedverlies. Myomen komen vooral voor vanaf de leeftijd van dertig jaar tot aan de menopauze, waarna ze involueren. Myomen komen ruim driemaal zo vaak voor bij negroïde vrouwen als bij niet-negroïde vrouwen.

Bij adenomyose bevinden zich eilandjes van endometrium in het myometrium. Deze diagnose wordt vaker dan vroeger gesteld, omdat gynaecologen tegenwoordig frequenter gebruik maken van beeldvormende diagnostiek (zoals transvaginale echoscopie) waarmee adenomyose te zien is.[6] Bij een koperspiraal komt de menstruatie langzaam op gang en duurt deze langer dan voor de vrouw gebruikelijk is. Het bloedverlies neemt in de eerste drie maanden na plaatsing toe en blijft daarna stabiel (zie de NHG-Standaard Anticonceptie). Hevig bloedverlies vanaf de menarche kan een uiting zijn van een stollingsaf-

Abstract

Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, Opstelten W, De Vries CJH. The NHG Guideline Vaginal bleeding (third revision). Huisarts Wet 2014:57(8):406-414.

BACKGROUND The revised Dutch College of General Practitioners' Guideline Vaginal bleeding provides advice about the diagnosis and treatment of abnormal vaginal bleeding. The guideline distinguishes between bleeding in women of reproductive age and bleeding in postmenopausal women. It covers heavy menstrual bleeding, irregular bleeding, intermenstrual bleeding (including contact bleeding), acute heavy bleeding, and postmenopausal bleeding.

DIAGNOSIS The diagnosis is based on the patient history, physical examination, and, when indicated, additional investigations. The patient history should cover the nature of bleeding, the discomfort experienced, and potential specific causes, such as pregnancy, fibroids, chlamydia infection, medication use, previous caesarean section, smoking, and coagulation disorders.

Physical examination, with visualization of the cervix and bimanual (internal) examination, is recommended for all patients except those without an increased risk of sexually transmitted diseases and without contact bleeding within 5 years of the menarche or after recently starting hormonal contraception. Additional investigations include pregnancy testing, chlamydia testing, cervical smear, temperature, measurement of haemoglobin levels, menstrual calendar, pictorial blood loss assessment, and transvaginal sonography. Abdominal sonography is no longer recommended for women of reproductive age. Transvaginal sonography is not accurate for excluding endometrial carcinoma in women of any age or reproductive status treated with tamoxifen, and these women should be referred for endometrial biopsy. A chlamydia infection should be considered in women with intermenstrual or contact bleeding. A cervical smear is recommended in women with postmenopausal bleeding and endometrial thickness should be assessed by transvaginal sonography.

MANAGEMENT The guideline gives recommendations about the management of different types of abnormal vaginal bleeding. Patients should be educated about the natural course of menstrual bleeding during a woman's life, and postmenopausal women should be told to revisit the GP if bleeding recurs. Treatment options for heavy menstrual bleeding without a specific underlying cause are a levonorgestrel-releasing intrauterine system, combined oral contraceptive, NSAIDs, or tranexamic acid. As these options are equivalent, the choice of treatment depends on the patient's preference and on the specific characteristics of the medication. These agents can also be used to treat heavy menstrual bleeding due to fibroids. Irregular bleeding or intermenstrual bleeding without a specific underlying cause can be treated with combined oral contraceptives. Acute heavy bleeding should be treated with progestogens. It is not necessary to wait for withdrawal bleeding before starting subsequent treatment with the combination pill or continuation of progestogens. The use of oral medication should be reviewed after 3–6 months.

Referral is indicated if medical treatment is not effective or if medical treatment is not an option. Other indications are intracavitary abnormalities diagnosed by transvaginal sonography, persistent contact bleeding, and suspicion of coagulation disorders. Women of all ages treated with tamoxifen who experience abnormal vaginal bleeding should be referred, as should postmenopausal women with an abnormal cervical smear or endometrial thickness > 4 mm, and women with recurrence of post-menopausal bleeding within a year of the first bleeding episode or irregular bleeding during use of hormone therapy.

wijking.[9] Een voorheen veronderstelde relatie tussen hevig menstrueel bloedverlies en schildklierfunctiestoornissen is niet duidelijk aangetoond.[10]

Hevig menstrueel bloedverlies kan leiden tot ijzergebreksanemie (zie voor de diagnostiek de NHG-Standaard Anemie), maar het is niet aan te geven op welke termijn dit gebeurt.[11] De klacht hevig menstrueel bloedverlies blijkt slecht te correleren met de objectief gemeten hoeveelheid bloedverlies.[12]

Indien voor hevig bloedverlies na aanvullend onderzoek geen oorzaak wordt gevonden (in de NVOG-richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies wordt dit *essentieel hevig bloedverlies* genoemd), speelt mogelijk een fysiologische genetische variatie in hemostase in het endometrium een rol.[13]

Voor *onregelmatig bloedverlies* wordt vaak geen specifieke oorzaak gevonden. Het komt vooral voor in de eerste jaren na de menarche en de jaren voor de menopauze. Kort na de menarche komen soms hevige of langdurige bloedingen (twee tot drie weken) voor, de zogenoemde '*métrorrhagie des jeunes vierges*'. Ook in de jaren voorafgaand aan de menopauze kunnen de menstruaties hevig en langdurig zijn. De cycli zijn dan vaak anovulatoir.[14]

Andere oorzaken zijn zwangerschapscomplicaties, zoals miskraam en extra-uteriene graviditeit, gebruik van medicatie, zoals tamoxifen bij de behandeling van mammacarcinoom en zelden endometriumcarcinoom.[15]

Intermenstrueel bloedverlies op een *vast tijdstip* in de cyclus berust meestal niet op een onderliggende afwijking en wijst dan op een onttrekkingsbloeding van het endometrium als fysiologische reactie op veranderende hormoonspiegels.[16]

Intermenstrueel bloedverlies op een *wisselend tijdstip* in de cyclus kan veroorzaakt worden door een chlamydia-infectie (ten gevolge van een cervicitis). Intermenstrueel bloedverlies komt bij vrouwen met een chlamydia-infectie ongeveer driemaal zo vaak voor, vergeleken met vrouwen zonder een chlamydia-infectie. Intermenstrueel bloedverlies kan ook optreden bij een *pelvic inflammatory disease* (PID), ten gevolge van endometritis.[17] Na een sectio kan een defect in de uteruswand ter plaatse van het sectiolitteken (een zogenoemde niche) intermenstrueel bloedverlies of postmenstruele spotting veroorzaken. Hoe vaak dit voorkomt is niet precies bekend.[18] Daarnaast kan een endometriumpoliep een oorzaak zijn. Bij aandoeningen van de cervix (cervixpoliep, dysplasie van de cervix, ectropion) of vagina staan *contactbloedingen* meer op de voorgrond. Roken geeft een licht verhoogd risico op intermenstrueel bloedverlies bij gebruik van hormonale anticonceptiva.[19]

Anticonceptiva kunnen ook abnormaal vaginaal bloedverlies veroorzaken (zie de NHG-Standaard Anticonceptie). Anticonceptiemethoden met alleen progestageen geven veelal atrofie van het endometrium, afhankelijk van de endogene oestradiolproductie. Bij deze methoden kan in het begin het bloedingspatroon wisselend en onvoorspelbaar zijn. Na enkele maanden neemt het bloedverlies vaak af en ontstaat amenorroe en soms *spotting*.

Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze

Postmenopauzaal bloedverlies is bij ongeveer 10% van de vrouwen het gevolg van een endometriumcarcinoom. De kans dat het bloedverlies op een maligniteit berust neemt sterk toe met de leeftijd. Gebruik van tamoxifen (bij de behandeling van mammacarcinoom) geeft een licht verhoogd risico op endometriumcarcinoom, vanwege een zwak oestrogeen effect op het endometrium.[15] Ruim eenderde van de vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies heeft een endometriumpoliep of endocervicale poliep. Bij minstens de helft van de vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies wordt na aanvullende diagnostiek een normaal (atrofisch) endometrium gevonden.[20] Bij aandoeningen van de cervix (cervixpoliep, dysplasie van de cervix) of vagina (atrofie) staan *contactbloedingen* op de voorgrond.

Beleving

In veel culturen wordt de menstruatie enerzijds gezien als symbool van vruchtbaarheid en van vrouw-zijn, anderzijds als een bron van schaamte waarbij veel waarde wordt gehecht aan de onzichtbaarheid van de menstruatie.[21] Bij de beleving van de menstruatie spelen vaak onbewuste of onuitgesproken persoonlijke en culturele normen over de gewenste cyclus- en menstruatieduur een rol. Negatieve seksuele ervaringen kunnen de beleving van de menstruatie beïnvloeden. De huisarts moet dus aandacht hebben voor de beleving van de klacht door de vrouw en voor de invloed die de klacht op het dagelijks leven heeft. Het bloedverlies kan gepaard gaan met angst voor ziekte of onvruchtbaarheid. Soms leidt het tot ongemak in het dagelijks leven, bijvoorbeeld bij sporten of vrijen. Sommige vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies verzuimen regelmatig hun werk.[22] Voor islamitische vrouwen geldt dat zij 'onrein' zijn tijdens de menstruatie en gelden bepaalde regels met betrekking tot de geloofsuitoefening.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Stel vast of de vrouw zich in *de reproductieve levensfase* (de periode vanaf de eerste menstruatie tot een jaar na de laatste menstruatie) bevindt of dat haar laatste menstruatie meer dan een jaar geleden heeft plaatsgevonden.

Bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase

Ga de volgende punten na:[23]

Aard van het bloedverlies:

- begin en beloop van het bloedverlies;
- frequentie van bloedverlies;
- regelmaat van de cyclus: lengte en herkenbaarheid;
- duur van het bloedverlies (vergeleken met wat voor de vrouw gebruikelijk is);
- hoeveelheid bloedverlies: noodzaak om 's nachts te verschonen, grote stolsels, veel bloedverlies bij verschonen, gebruik van dubbele bescherming (tampons samen met maandverband);
- intermenstrueel bloedverlies op een vast tijdstip of op een wisselend tijdstip in de cyclus;
- postcoïtaal bloedverlies.

Ervaren hinder:

- doorlekken en 's nachts verschonen;
- klachten passend bij anemie, zoals moeheid, duizeligheid, algemene malaise;

- pijn tijdens de menstruatie;
- invloed op de seksualiteit;
- werkverzuim.

Aanwijzingen voor specifieke oorzaken:
- mogelijkheid van zwangerschap;
- anticonceptiva: gebruik van hormonale anticonceptie of spiraal, regelmaat van inname of gebruik, duur van het gebruik;
- pijn in de onderbuik of toename van pijn tijdens de menstruatie;
- risico op soa (zie de NHG-Standaard Het soa-consult);
- geneesmiddelengebruik, zoals tamoxifen, anticoagulantia, misoprostol, corticosteroïden, SSRI's;
- opvliegers;
- ontstaan van klachten in aansluiting op sectio;
- roken;
- hevig menstrueel bloedverlies vanaf de menarche, snel optreden van blauwe plekken, lang bloeden van wondjes, voorkomen van stollingsafwijkingen in de familie.

Bij postmenopauzaal bloedverlies

Ga de volgende punten na:
- begin, duur en beloop van het bloedverlies, eventueel eerdere episode;
- postcoïtaal bloedverlies;
- geneesmiddelengebruik, zoals tamoxifen, hormoontherapie voor vasomotorische klachten, anticoagulantia, misoprostol, corticosteroïden, SSRI's;
- risico op soa.

Lichamelijk onderzoek

Speculumonderzoek en vaginaal toucher kunnen bij sommige patiënten achterwege blijven, vanwege de geringe kans op onderliggende pathologie.

Dit kan bij:
- afwezigheid van postcoïtaal bloedverlies en geen verhoogd risico op soa bij:
  - jonge vrouwen in de eerste vijf jaar na de menarche;[24]
  - vrouwen met intermenstrueel bloedverlies die hormonale anticonceptie gebruiken, vooral tijdens de eerste drie maanden van het gebruik.

Maak bij vrouwen die maagd zijn een afweging op basis van klachten en leeftijd of inwendig onderzoek moet worden gedaan.

Vaginaal toucher volstaat bij:
- vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies zonder intermenstrueel en postcoïtaal bloedverlies.[25]

Verricht in alle andere gevallen het volgende onderzoek:
- *inspectie* van de vulva (let op afwijkingen, zoals lichen sclerosus; zie de betreffende NHG-Standaard) en het perineum (fissuren);
- *speculumonderzoek:* vaginalaesie, fluor, cervixpoliep, ectropion, spiraal in situ, aanwijzingen voor een maligniteit van vagina of cervix; let bij *postmenopauzale vrouwen* op atrofie van het vaginaslijmvlies;
  - maak eventueel een cervixuitstrijk (zie *Aanvullend onderzoek*);
  - indien het speculumonderzoek wegens het bloedverlies niet te beoordelen is, wordt de vrouw op een later tijdstip opnieuw onderzocht;
- *vaginaal toucher:* palpatie van de uterus en adnexen (grootte, pijnlijkheid).

De betrouwbaarheid van een vaginaal toucher voor het uitsluiten van myomen is overigens beperkt en afhankelijk van de ervaring van de huisarts en patiëntkenmerken als lichaamsbouw en leeftijd. Ook de betrouwbaarheid voor het uitsluiten van ovariumpathologie is beperkt.[24]

Verricht bij buikpijn ook een buikonderzoek.

Aanvullend onderzoek

Bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase
- *zwangerschapstest:* indien een zwangerschap anamnestisch niet kan worden uitgesloten;
- *chlamydiatest:* als de risicoschatting op soa daartoe aanleiding geeft (zie de NHG-Standaard Het soa-consult); hevig menstrueel bloedverlies als enig symptoom is geen indicatie;
- *temperatuur:* bij aanwijzingen voor een PID (zie de NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease);
- *cervixuitstrijk,* ongeacht het tijdstip en de uitslag van eerdere uitstrijken (zie de NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom), indien sprake is van:
  - contactbloedingen of afwijkingen van de cervix;
  - intermenstrueel bloedverlies op een wisselend tijdstip in de cyclus dat niet verklaard kan worden door het gebruik van hormonale anticonceptie, door een vaginale of cervicale infectie of door laesies van de vulva of vagina;
- *menstruatiekalender:* kan bijdragen aan een beter inzicht in de aard en het patroon van het bloedverlies. Op de kalender worden de dagen met bloedverlies aangegeven en het eventuele gebruik van hormonale anticonceptie;
- *menstruatiescorekaart*: kan bijdragen aan een betere beoordeling van de hoeveelheid bloedverlies. Deze kaart kan gebruikt worden als de huisarts twijfelt over de hoeveelheid bloedverlies (of bij onbegrepen anemie). De vrouw schat zelf de mate van doordrenking van elk verband of tampon bij het verschonen en noteert deze op een voorgedrukte kaart. Met deze kaart kan een totale score berekend worden voor het bloedverlies tijdens de menstruatie. Een totale score van 150 of meer maakt de diagnose hevig menstrueel bloedverlies waarschijnlijk. Dit afkappunt is zowel geschikt voor 80 ml bloedverlies als 120 ml bloedverlies per menstruatie. Deze score wordt vooral door gynaecologen gebruikt. Bij een score van < 150 wordt de hoeveelheid bloedverlies als normaal beschouwd en zijn zij terughoudend met chirurgische behandeling van essentieel hevig bloedverlies; [26]
- *transvaginale echoscopie:* bij een afwijkend vaginaal toucher; ter overweging indien het vaginaal toucher niet goed te beoordelen is. Een transvaginale echoscopie is door de meeste huisartsen in eigen beheer aan te vragen en vindt bij voorkeur plaats in de eerste helft van de cyclus (intracavitaire myomen en endometriumpoliepen zijn dan beter te beoordelen, omdat het endometrium dan dun is). Bij vrouwen die tamoxifen gebruiken is echoscopie onbetrouwbaar om endometriumcarcinoom uit

te sluiten; bij gebruik van tamoxifen is het risico op endometriumcarcinoom licht verhoogd en kan het echobeeld veranderen (zie *Verwijzing*). Met abdominale echoscopie kan het endometrium niet goed beoordeeld worden. Dat is reden om deze vorm van echoscopie niet meer aan te raden, tenzij een vrouw maagd is;[27]
- *onderzoek naar ijzergebreksanemie:* bepaal laagdrempelig het Hb bij hevig menstrueel bloedverlies en voorafgaand aan een verwijzing vanwege hevig menstrueel bloedverlies;[28]
- *onderzoek naar stollingsafwijkingen:* bij hevig menstrueel bloedverlies vanaf de menarche (geobjectiveerd met de menstruatiescorekaart) en als er anamnestisch ook andere aanwijzingen voor stollingsafwijkingen zijn; bepaal om te beginnen APTT, PT, trombocyten; indien deze niet afwijkend zijn en het vermoeden van een stollingsafwijking blijft bestaan, overleg dan met het laboratorium voor aanvullend bloedonderzoek of verwijs de patiënt (zie *Verwijzing*).[9]

Bij postmenopauzaal bloedverlies

Verricht het volgende onderzoek:
- *cervixuitstrijk*, ongeacht het tijdstip en de uitslag van eerdere uitstrijken (zie de NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom);[29]
- *transvaginale echoscopie* (door de meeste huisartsen in eigen beheer aan te vragen) ter bepaling van de dikte van het endometrium.[30] Bij vrouwen die tamoxifen gebruiken is een transvaginale echo onbetrouwbaar om een endometriumcarcinoom uit te sluiten; bij gebruik van tamoxifen is het risico op endometriumcarcinoom licht verhoogd en kan het echobeeld veranderen (zie *Verwijzing*);
- *chlamydiatest*, als de risicoschatting op soa daar aanleiding toe geeft.

Evaluatie

Overweeg de volgende werkdiagnoses:

Bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase
- acuut hevig bloedverlies: hevig bloedverlies (cyclisch of niet-cyclisch) met verzoek voor directe behandeling.
- hevig menstrueel bloedverlies bij (vermoeden van) een specifieke oorzaak, zoals:
  - *myomen of adenomyose:* cyclisch hevig bloedverlies bij vergrote uterus vastgesteld door vaginaal toucher (bij afwezigheid van zwangerschap) of transvaginale echoscopie;
  - *koperspiraal:* cyclisch hevig bloedverlies bij aanwezigheid van een koperspiraal; overweeg andere oorzaken, zoals dislocatie van het spiraal, indien het bloedverlies optreedt na een periode van probleemloos gebruik van het spiraal;
  - *gebruik van medicatie:* cyclisch hevig bloedverlies bij gebruik van medicatie, zoals anticoagulantia, misoprostol, corticosteroïden en SSRI's ;
  - *stollingsafwijking*: cyclisch hevig bloedverlies vanaf de menarche, anamnestisch verhoogde bloedingsneiging en afwijkend stollingsonderzoek.
- hevig menstrueel bloedverlies zonder (vermoeden van) een specifieke oorzaak: cyclisch hevig bloedverlies zonder afwijkingen bij lichamelijk onderzoek of andere specifieke oorzaak.
- onregelmatig of intermenstrueel bloedverlies bij (vermoeden van) een specifieke oorzaak, zoals:
  - *miskraam of EUG:* positieve zwangerschapstest en bloedverlies in het eerste trimester (zie voor beleid de NHG-Standaard Miskraam);
  - *echoscopisch aangetoonde afwijkingen*, zoals intracavitaire myomen of endometriumpoliepen, grotere intramurale myomen, uterus myomatosus, defect (niche) in de uteruswand na sectio;
  - *gebruik van medicatie of hormonale anticonceptie, zoals hormoonspiraal of implantatiestaafje*; bij hormonale anticonceptie treedt het onregelmatige bloedverlies vooral op tijdens de eerste drie maanden;
  - *aandoeningen van perineum (fissuren), vulva, vagina, cervix* (zie voor beleid de NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom);
  - *chlamydia-infectie* (positieve chlamydiatest) of een daardoor optredende PID (pijn in de onderbuik, pijnlijke uterus of adnexen, koorts) (zie de NHG-Standaarden Het soa-consult en Pelvic inflammatory disease).
  - onregelmatig of intermenstrueel bloedverlies zonder (vermoeden van) een specifieke oorzaak: niet-cyclisch bloedverlies zonder afwijkingen bij lichamelijk onderzoek of andere specifieke oorzaak.

Bij vaginaal bloedverlies in de postmenopauze
- postmenopauzaal bloedverlies met (vermoeden van) een specifieke oorzaak, zoals:
  - een verdikt (> 4 mm) endometrium of afwijkende cervixcytologie;
  - afwijkingen bij (aanvullend) onderzoek, zoals vaginale atrofie, chlamydia-infectie, cervixpoliep;
  - bij gebruik van medicatie zoals tamoxifen of onregelmatig bloedverlies bij hormoontherapie voor vasomotorische klachten;
- postmenopauzaal bloedverlies zonder een specifieke oorzaak: postmenopauzaal bloedverlies bij een endometriumdikte ≤ 4 mm, niet-afwijkende cervixcytologie en geen afwijkingen bij lichamelijk onderzoek.

Bij contactbloedingen in de reproductieve levensfase of in de postmenopauze
- contactbloedingen bij (vermoeden van) een specifieke oorzaak, zoals afwijkingen van de cervix (dysplasie, cervixpoliep, chlamydia-infectie);
- contactbloedingen zonder (vermoeden van) een specifieke oorzaak.

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting

Bij *abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase* zonder vermoeden op onderliggende pathologie legt de huisarts uit dat bij hevig menstrueel bloedverlies vaak geen onderliggende oorzaak wordt gevonden. Mogelijk speelt aanleg voor hevig menstrueel bloedverlies een rol. Met het toenemen van de leeftijd kan het bloedverlies ook heviger worden. Het is onbekend na welke duur hevig menstrueel bloedverlies tot bloedarmoede leidt.

Daarnaast maakt de huisarts duidelijk dat onregelmatig en intermenstrueel bloedverlies, wanneer er geen

vermoeden is van onderliggende pathologie, waarschijnlijk berust op een fysiologische reactie van het endometrium op hormonale veranderingen. Dit komt veel voor, vooral in de eerste jaren na de menarche en de jaren voorafgaand aan de menopauze. De cyclusduur en hoeveelheid bloedverlies kunnen in de loop der jaren variëren. Slechts 30% van de vrouwen heeft een cyclusduur van 28 tot 30 dagen. Het veranderde bloedverliespatroon kan geen kwaad. Roken kan bij gebruik van hormonale anticonceptiva leiden tot intermenstrueel bloedverlies.

Bij *bloedverlies in de postmenopauze* legt de huisarts uit dat transvaginale echoscopie en een cervixuitstrijk altijd noodzakelijk zijn. Bij een endometriumdikte ≤ 4 mm en een niet-afwijkende cervixuitstrijk is het bloedverlies meestal onschuldig. De huisarts instrueert dan de vrouw terug te komen als het bloedverlies persisteert en bij herhaling van het bloedverlies, ook bij een niet-afwijkende echoscopie. Bij gebruik van tamoxifen legt de huisarts uit dat echoscopie onbetrouwbaar is om relevante afwijkingen uit te sluiten en dat verwezen moet worden voor aanvullende diagnostiek van het endometrium.

Bij *contactbloedingen* zonder afwijkend lichamelijk en aanvullend onderzoek instrueert de huisarts de vrouw om terug te komen als het bloedverlies aanhoudt.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over abnormaal vaginaal bloedverlies 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. De Patiëntenvereniging Gynaecologie Nederland (PGN) kan patiënten ondersteunen in het omgaan met klachten.

Medicamenteuze behandeling

Bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase

Maak bij de keuze voor een medicamenteuze behandeling met de patiënt een afweging op basis van:

- hinder en ernst van het bloedverlies;
- de (langdurige) behoefte aan anticonceptie; bespreek ideeën over eventuele bijwerkingen van hormonale anticonceptie en beoordeel eventuele contra-indicaties voor anticonceptiva (zie de NHG-Standaard Anticonceptie);
- de wens voor cycluscontrole of behoud van de menstruatie;
- eventuele pijn bij de menstruatie;
- comorbiditeit en medicatiegebruik.

In [**tabel 1**] wordt een overzicht gegeven van de medicatie met de belangrijkste kenmerken en aandachtspunten.

Hevig menstrueel bloedverlies zonder (vermoeden van) een specifieke oorzaak

Er zijn verschillende medicamenteuze opties voor de behandeling van hevig menstrueel bloedverlies. De hormoonspiraal lijkt het meest effectief om het bloedverlies te verminderen, maar goed onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende middelen op vermindering van bloedverlies en kwaliteit van leven ontbreekt.[31] Elk middel heeft eigen specifieke kenmerken (zoals anticonceptieve werking), die de voorkeur van de vrouw kunnen bepalen. Maak in overleg met de vrouw een keuze uit de volgende middelen:

NSAID's

Kenmerken van *NSAID's* zijn:

- naast vermindering van het bloedverlies ook een pijnstillend effect;
- gebruik is vaak alleen noodzakelijk gedurende de drie dagen van de menstruatie met de hevigste klachten;
- geen verschil in effectiviteit in vermindering van het bloedverlies aangetoond tussen de verschillende NSAID's;
- voor bijwerkingen, contra-indicaties en dosering zie de Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding.

Tranexaminezuur

Kenmerken van *tranexaminezuur*[32] zijn:

- vermindert bloedverlies door remming van de afbraak van fibrinestolsels;

Tabel 1 **Informatie over medicatie bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase**

Methode	Toepassing	Bijwerkingen	Bloedingspatroon	Opmerkingen
Niet-hormonaal				
NSAID's	gedurende de 3 dagen van de menstruatie met de hevigste klachten	zie FTR Pijnbestrijding	eigen cyclus	zie voor contra-indicaties FTR Pijnbestrijding, vermindert menstruatiepijn
Tranexaminezuur	gedurende de 3 dagen van de menstruatie met de hevigste klachten	gastro-intestinaal, zelden: trombo-embolie	eigen cyclus	■ ontraad bij: (eerdere) trombo-embolie, trombofilie of veneuze trombo-embolie bij familieleden ■ bij eGFR < 50 ml/min dosering verminderen ■ kan gecombineerd met NSAID's ■ **niet** combineren met oestrogenen bevattende hormonale anticonceptiva
Hormonaal				
Combinatiepil	dagelijks met of zonder stopweek	zie NHG-Standaard Anticonceptie	regelmatig, tenzij gebruik zonder stopweek	zie voor contra-indicaties NHG-Standaard Anticonceptie
Hormoonspiraal	eenmalig (na 5 jaar vervangen)	zie NHG-Standaard Anticonceptie	vaak amenorroe, na periode van onregelmatig bloedverlies	langdurige behoefte aan anticonceptie, zie voor contra-indicaties NHG-Standaard Anticonceptie, vermindert menstruatiepijn
Oraal progestageen	5 tot 10 dagen, eventueel langer	misselijkheid, hoofdpijn	intermenstrueel bloedverlies, spotting	na stoppen onttrekkingsbloeding (indien niet aansluitend gestart wordt met hormonale medicatie)

- gebruik beperkt tot de drie dagen van de menstruatie met de hevigste klachten;
- kan eventueel gecombineerd worden met NSAID's;
- combinatie met oestrogenen bevattende hormonale anticonceptie wordt ontraden, wegens een mogelijk verhoogd risico op trombo-embolie;[33]
- bijwerkingen: misselijkheid, braken, diarree (dosisafhankelijk, in het algemeen licht en tijdelijk), zelden trombo-embolie;
- gebruik onder de leeftijd van 15 jaar is off-label;[32]
- contra-indicaties zijn aandoeningen met een verhoogd risico op tromboembolie (zoals doorgemaakt myocardinfarct, ischemisch herseninfarct/TIA, diepveneuze trombose of longembolie, trombofilie) of veneuze tromboembolie bij familieleden;
- dosering: 3 dd 1000 mg; tranexaminezuur wordt bijna volledig door de nieren geklaard. Indien bij bekende nierfunctiestoornissen (eGFR < 50 ml/min) gebruik wordt overwogen, dient de dosering verminderd te worden.[32]

Combinatiepil

Kenmerken van de *combinatiepil* (voorkeur voor pil met 30 microg oestrogeen en 150 microg levonorgestrel) zijn:

- vermindert het bloedverlies;
- kan ook zonder stopweek doorgebruikt worden; las een stopperiode in bij doorbraakbloedingen (zonder onderliggende oorzaak).[34] De langetermijneffecten van het doorslikken zijn onbekend;
- voor bijwerkingen, contra-indicaties en meer informatie zie de NHG-Standaard Anticonceptie.

Evalueer het gebruik van bovenstaande middelen na drie tot zes maanden en beoordeel dan of continuering van de behandeling nog wenselijk is.

Progestagenen

De volgende progestagenen zijn geregistreerd voor de behandeling van hevig menstrueel bloedverlies. Toediening is mogelijk als:

- *hormoonspiraal*: het bloedverlies is vooral de eerste drie maanden na plaatsing vaak onregelmatig. Na verloop van tijd wordt de menstruatie minder en soms blijft de menstruatie zelfs helemaal weg. Vooraf aanwezige dysmenorroe kan verbeteren tijdens spiraalgebruik (zie voor bijwerkingen, contra-indicaties en meer informatie de NHG-Standaard Anticonceptie).
- *oraal progestageen*: bijvoorbeeld lynestrenol 1 dd 10 mg, kan worden voorgeschreven bij *acuut hevig bloedverlies*.[35] Het bloedverlies neemt meestal binnen 2 dagen sterk af. Bijwerkingen: misselijkheid, hoofdpijn en spotting.[36]

Hevig menstrueel bloedverlies door myomen

Maak een keuze uit de volgende middelen (zie ook beleid bij *Hevig menstrueel bloedverlies zonder [vermoeden van] een specifieke oorzaak*):

- *NSAID's*;
- *tranexaminezuur*;
- *combinatiepil*;
- *hormoonspiraal*: bij vrouwen bij wie een myoom wordt vermoed op grond van een vergrote uterus, of bij wie intramurale myomen zijn vastgesteld met transvaginale echoscopie, kan als de uterus niet fors vergroot is ook een *hormoonspiraal* geplaatst worden. Dit lijkt het bloedverlies even effectief te reduceren als bij vrouwen zonder myomen, maar leidt mogelijk wel tot een iets verhoogd risico op expulsie. De huisarts kan er ook voor kiezen deze vrouwen voor plaatsing van hormoonspiraal te verwijzen naar de gynaecoloog. Onduidelijk is of het hormoonspiraal ook effectief is bij vrouwen met een fors vergrote uterus.[37]

Hevig menstrueel bloedverlies door een koperspiraal

Overweeg de volgende opties:

- aanvullend NSAID of tranexaminezuur of een combinatie van beide middelen gedurende drie dagen van de menstruatie met de hevigste klachten (zie beleid bij *Hevig menstrueel bloedverlies zonder [vermoeden van] een specifieke oorzaak*);[38]
- verwijdering van de spiraal, na bespreking van de behoefte aan anticonceptie.

Onregelmatig en intermenstrueel bloedverlies zonder (vermoeden van) een specifieke oorzaak

Overweeg het voorschrijven van een combinatiepil om regelmaat in het bloedverlies brengen (zie beleid bij *Hevig menstrueel bloedverlies zonder [vermoeden van] een specifieke oorzaak*).

Abnormaal vaginaal bloedverlies door medicatie

Overweeg de volgende opties:

- Aanpassing van de medicatie.
- Overweeg eventueel kortdurend (één maand) een oraal oestrogeen bij te geven bij onregelmatig bloedverlies en spotting bij anticonceptiemethoden met alleen progestageen (zoals een hormoonspiraal, implantatiestaafje).[39] Deze anticonceptiemethoden geven veelal atrofie van het endometrium, afhankelijk van de endogene oestradiolproductie. Bij al deze methoden kan in het begin het bloedingspatroon wisselend en onvoorspelbaar zijn. Na enkele maanden neemt het bloedverlies vaak af en ontstaat amenorroe en soms *spotting*.
- Overweeg wanneer onregelmatig bloedverlies optreedt bij vrouwen die langer dan drie maanden een combinatiepil gebruiken om deze te staken en over te gaan op een andere combinatiepil of een andere vorm van anticonceptie (zie de NHG-Standaard Anticonceptie). Indien dit niet leidt tot stoppen van het onregelmatige bloedverlies, overweeg dan nader onderzoek indien dit niet reeds heeft plaatsgevonden.

Acuut hevig bloedverlies

Behandel als volgt:

- oraal progestageen, zoals lynestrenol 1 dd 10 mg, gedurende 5 tot 10 dagen; het bloedverlies neemt meestal binnen 2 dagen sterk af;
- evalueer het effect hiervan vlak voor het einde van deze behandeling;
- bespreek dan of de patiënt behoefte heeft aan verdere medicamenteuze behandeling;
- als vervolg op de behandeling met oraal progestageen kan, zonder een onttrekkingsbloeding, aansluitend

gestart worden met hormonale medicatie, zoals de combinatiepil; leg uit dat dan wel spotting kan optreden;[40] ook kunnen de progestagenen langdurig gecontinueerd worden, maar bij gebruik langer dan (arbitrair) 1 maand neemt de kans op spotting toe;
- waarschuw indien niet aansluitend met hormonale medicatie wordt gestart voor een (forse) onttrekkingsbloeding.

Eventueel kan bij acuut hevig bloedverlies tranexaminezuur (zie beleid bij *Hevig menstrueel bloedverlies zonder [vermoeden van]een specifieke oorzaak*) gegeven worden. Deze behandeling lijkt minder effectief dan therapie met progestagenen. De effectiviteit van de combinatie van progestagenen met tranexaminezuur is niet onderzocht.

Bij postmenopauzaal bloedverlies
- Behandel (onderliggende) afwijkingen, zoals vaginale atrofie, chlamydia-infectie en cervixpoliep (zie de NHG-Standaarden De overgang en Het soa-consult) na uitsluiten van endometriumcarcinoom met transvaginale echoscopie.

CONTROLES EN VERWIJZING

Controles

Bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase
- Wacht bij *adolescenten* in de eerste vijf jaar na de menarche het natuurlijke beloop van de cyclus af. Als de klachten toenemen, bespreek dan opnieuw de mogelijkheden van medicamenteuze behandeling.
- Evalueer bij medicamenteuze behandeling na drie tot zes maanden of desgewenst eerder in overleg met de patiënt. Overweeg de behandeling te staken om te zien of de klachten terugkomen.[41]
- Adviseer de vrouw bij onregelmatig of intermenstrueel bloedverlies opnieuw op het spreekuur te komen als het bloedverlies na drie maanden niet is teruggekeerd naar het gebruikelijke patroon. Maak dan een cervixuitstrijk en overweeg, als een soa niet geheel kan worden uitgesloten, materiaal af te nemen voor een chlamydiatest en overweeg een transvaginale echo te laten maken.
- Adviseer de vrouw opnieuw op het spreekuur te komen als contactbloedingen aanhouden (zie *Verwijzing*).
- Overweeg een transvaginale echo te laten maken indien de medicamenteuze behandeling onvoldoende effect heeft of verwijs.

Bij vaginaal bloedverlies in de postmenopauze
- Voer een afwachtend beleid bij postmenopauzaal bloedverlies zonder afwijkingen bij lichamelijk en aanvullend onderzoek.
- Bloedverlies dat optreedt later dan een jaar na de eerste episode wordt als een nieuwe episode beschouwd. In dit geval moet dus opnieuw onderzoek worden uitgevoerd, alsof het om een nieu-

Totstandkoming

Nadat werd besloten de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies te herzien, startte in januari 2013 een werkgroep Vaginaal bloedverlies. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: L.J. Meijer, huisarts te Amersfoort, coordinator Julius Huisartsen Netwerk, docent Huisartsenopleiding Ontwikkelen discipline overstijgend onderwijs; A.C.A. Bruinsma, huisarts te Beverwijk; A.S. Pameijer, huisarts te Rotterdam; dr. W.J.K. Hehenkamp, als gynaecoloog verbonden aan het VUmc te Amsterdam; dr. C.A.H. Janssen, als gynaecoloog verbonden aan het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda. C.J.H. de Vries, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep; dr. W. Opstelten was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker en M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. E. Oosterberg, huisarts, was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie. Door de leden van de werkgroep werd geen belangenverstrengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In december 2013 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden achttien commentaarformulieren retour ontvangen. Daarnaast werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: dr. J.H. Dekker, huisarts te Groningen en hoofddocent afdeling Huisartsgeneeskunde UMCG; M.J. van den Brink, aiotho Faculteit Medische Wetenschappen UMCG; dr. J.P. de Bruijn, voorzitter en leden van de Activiteit Kwaliteitsdocumenten namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG); M. Bosch, voorzitter namens de Patiëntenvereniging Gynaecologie Nederland (PGN); de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR); M.L.H.A. van Oppenraay, apotheker en redacteur van het Farmacotherapeutisch Kompas namens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ); prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Radboudumc te Nijmegen; P.M. Leusink, namens de Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid (SeksHAG), huisarts en seksuoloog NVVS; dr. J.J. Oltvoort, senior beleidsadviseur gezondheidseconomie namens Nefarma; K. de Leest, M. le Comte, S.F. Harkes-Idzinga, A.P. Hielema, dr. T. Schalekamp, allen apotheker en M. Nijenhuis, wetenschappelijk medewerker namens KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; J.G.W. Lensink, directeur Zorg namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); dr. M. Nelissen, senior apotheker namens Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; M. Favié, voorzitter namens Bogin; dr. N. Delvaux, huisarts namens Domus Medica te België, de Vlaamse vereniging van huisartsen.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. G.M.H. Kramer en R. Hinloopen hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Op 2 april 2014 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

Samenwerking: de standaard sluit aan bij de NVOG-richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies, waarin voor de medicamenteuze behandeling van hevig menstrueel bloedverlies wordt verwezen naar deze standaard. In de werkgroep hadden twee gynaecologen zitting, dr. W.J.K. Hehenkamp en dr. C.A.H. Janssen, die beiden ook deelnamen aan de werkgroep NVOG-richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies.

Patiëntenparticipatie: er is overleg geweest met de Patiëntenvereniging Gynaecologie Nederland (PGN) over ervaren knelpunten van patiënten met abnormaal vaginaal bloedverlies. De patiëntenvereniging heeft ook commentaar geleverd op de conceptversie van de standaard.

De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Ook zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

we (eerste) episode gaat (cervixuitstrijk en transvaginale echoscopie).

Verwijzing

Bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de reproductieve levensfase

In de volgende gevallen is consultatie van of verwijzing naar een gynaecoloog aangewezen, zie ook [**tabel 2**]:

- bij aanhoudende klachten van abnormaal vaginaal bloedverlies die onvoldoende reageren op medicamenteuze behandeling;[42] voorafgaand aan verwijzing voor hevig menstrueel bloedverlies zijn het gebruik van de menstruatiescorekaart en Hb-bepaling aan te bevelen;
- als medicamenteuze behandeling niet mogelijk is, bijvoorbeeld bij een ectropion;
- bij echoscopische intracavitaire afwijkingen; bij hevig menstrueel bloedverlies is voor de operatieve behandeling van endometriumpoliepen geen onderbouwing, voor de submuceuze myomen beperkt.[43]
- bij gebruik van tamoxifen;
- bij aanhoudende contactbloedingen.

Bij aanwijzingen voor een stollingsafwijking wordt de vrouw verwezen naar een hematoloog.

Tabel 2 **Diagnostiek en behandeling in de tweede lijn bij hevig menstrueel bloedverlies**[42,43]

Aanvullende diagnostiek	
transvaginale (watercontrast)echoscopie hysteroscopie	
Type afwijking	*chirurgische behandeling*
essentieel hevig bloedverlies	■ endometriumablatie ■ laparoscopische hysterectomie
myomen	■ hysteroscopische verwijdering van myomen (tot 4 cm doorsnede) ■ laparoscopische of laparotomische verwijdering van myomen ■ embolisatie van de arteria uterina (bij afwezigheid zwangerschapswens) ■ hysterectomie
intracavitaire afwijkingen	
■ endometriumpoliepen	hysteroscopische verwijdering staat ter discussie
■ submuceuze myomen	hysteroscopische verwijdering
adenomyose	hysterectomie

Bij vaginaal bloedverlies in de postmenopauze

In de volgende gevallen is consultatie van of verwijzing naar een gynaecoloog aangewezen:

- bij een echoscopisch vastgestelde endometriumdikte > 4 mm of afwijkende cervixcytologie;
- bij gebruik van tamoxifen of bij onregelmatig postmenopauzaal bloedverlies tijdens hormoontherapie voor vasomotorische klachten, voor biopsie van het endometrium;
- bij postmenopauzaal bloedverlies dat binnen een jaar recidiveert of persisteert ongeacht de echoscopische endometriumdikte, voor biopsie van het endometrium;[44]

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Johan Hansen, Dinny de Bakker, Ronald Batenburg, François Schellevis

Huisartsen tevreden over zorggroepen

De opkomst van zorggroepen in de Nederlandse huisartsenzorg is onmiskenbaar. Er zijn zo'n 100 zorggroepen in Nederland die ketenzorg leveren aan patiënten met chronische ziekten. Ruim driekwart van alle huisartsen neemt deel aan een zorggroep. In verschillende onderzoeken is nagegaan hoe zorggroepen georganiseerd zijn en welke zorg ze verlenen, maar hoe denken huisartsen zelf over hun deelname aan een zorggroep?

TOTAALOORDEEL

Vrijwel alle huisartsen die we daarover ondervroegen werken in een huisartsenpraktijk die deelneemt aan een zorggroep (92%). Bijna alle zorggroepen richten zich op de zorg voor patiënten met diabetes mellitus, vaak in combinatie met een zorgprogramma voor COPD en/of een andere chronische ziekte. Gevraagd om een totaaloordeel over de zorggroep waaraan hun praktijk deelneemt, staat een meerderheid hier positief (50%) tot zeer positief (18%) tegenover. Nog eens 24% is neutraal en slechts 5% van de huisartsen heeft een negatief oordeel.

TEVREDENHEID

De huisartsen zijn tevreden of zeer tevreden over de meeste aspecten van een zorggroep die we ter beoordeling voorlegden [**figuur**]. Dit geldt bijvoorbeeld voor het management van de zorggroep, de bij- en nascholing en de geleverde spiegelinformatie. Huisartsen zijn minder positief over de administratieve lasten, de financiële vergoeding door de zorgverzekeraar en de visitatie door de zorggroep.

VOOR- EN NADELEN

Bijna alle huisartsen zien zowel één of meer voordelen als nadelen aan het deelnemen aan een zorggroep. Het vaakst genoemde voordeel is de betere kwaliteit van zorg (72%). Ook versterkt deelname de positie ten opzichte van zorgverzekeraars (60%), levert het spiegelinformatie op (55%), evenals inhoudelijke verdieping en specialisatie (37%), financiële vergoeding voor een gezondere bedrijfsvoering (30%) en meer contacten met andere zorgverleners in de regio (20%). Maar er zijn ook nadelen, in het bijzonder de extra tijdsinvestering en administratieve belasting (74%). Andere nadelen worden veel minder vaak genoemd, zoals het verlies van zelfstandigheid (28%), het ontbreken van betere kwaliteit van zorg voor patiënten (12%) of de strikte voorwaarden voor deelname (9%).

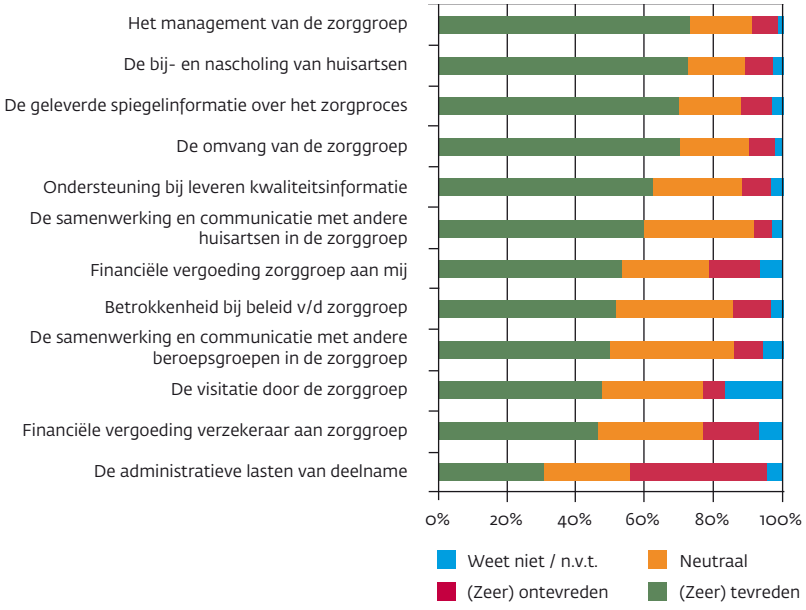
GEEN VERSCHILLEN TUSSEN PRAKTIJKEN

De meningen verschillen nauwelijks tussen huisartsen die werken in een solo-, duo- of groepspraktijk. Dit geldt zowel voor hun totaaloordeel als voor de genoemde voor- en nadelen. Solisten zien dus bijvoorbeeld niet vaker dat hun positie ten opzichte van zorgverzekeraars is versterkt. Of omgekeerd, ze ervaren niet vaker een verlies van zelfstandigheid en ook hun oordeel over de administratieve lasten van deelname is niet anders dan dat van huisartsen in duo- of groepspraktijken. Wat betreft de administratieve lasten zagen we ook geen verschil tussen het aantal zorgprogramma's, het type zorgprogramma of de omvang van de zorggroep waaraan huisartsen deelnemen. We hebben niet onderzocht of er verschillen zijn tussen zorgverzekeraars waarmee de zorggroep een contract heeft.

CONCLUSIE

Zorggroepen zijn niet meer weg te denken in de eerstelijnszorg. Vanuit de deelnemende huisartsen bezien lijkt dit een goede ontwikkeling. Hun eindoordeel is overwegend positief, mogelijk mede doordat zorggroepen veelal door huisartsen zelf geïnitieerd en geleid worden. Wel komt één duidelijk verbeterpunt naar voren, namelijk de administratieve lasten. Dit geldt voor veel huisartsen, ongeacht hun praktijkvorm en aspecten van de zorggroep waaraan zij deelnemen. ■

Figuur



Voor de beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van het NIVEL-huisartsenpanel- in-oprichting. Hiervoor zijn twee vragenlijsten naar een steekproef van 1000 huisartsen gestuurd, één met vragen over deelname aan een huisartsenpanel en de ander met vragen over hun oordeel over de deelname aan zorggroepen. Deze laatste is door 289 personen ingevuld, allen werkzaam als zelfstandig gevestigde huisarts. De respondenten zijn een goede afspiegeling van de totale populatie huisartsen naar praktijkvorm. Correspondentie en meer informatie: j.hansen@nivel.nl.

Léon Henskens

NASCHOLING

Schriftelijke wilsverklaringen

INLEIDING

Huisartsen krijgen geregeld te maken met schriftelijke wilsverklaringen die betrekking hebben op besluitvorming rond het levenseinde. Vragen over zorg en behandeling of bijvoorbeeld een niet-reanimerenwens kunnen voor een patiënt aanleiding zijn om de huisarts te raadplegen. Het initiatief voor een gesprek kan ook bij de huisarts liggen, bijvoorbeeld in geval van kwetsbaarheid bij ouderen, aanwezigheid van een ongeneeslijke ziekte of verwacht overlijden op korte termijn.[1] Bij het opstellen van een wilsverklaring is het van groot belang dat de huisarts weet wat de patiënt wil en dat de patiënt weet wat hij van de huisarts mag verwachten. Hoe stelt men een dergelijk document op en aan welke vormeisen dient het te voldoen? Met welke soorten wilsverklaringen kan een huisarts te maken krijgen? Met welke juridische aspecten moeten patiënt, huisarts en eventueel derden rekening houden? In deze nascholing zullen wij deze vragen beantwoorden.

DEFINITIES

Schriftelijke wilsverklaring

Een schriftelijke wilsverklaring is een document dat ertoe strekt om eventuele beslissingen over medische behandeling en verzorging in de toekomst, in geval van wilsonbekwaamheid, te beïnvloeden, aanwijzingen te geven over het handelen van anderen na de dood van de opsteller, of om een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding kenbaar te maken.[1,2] In het document of in een aparte schriftelijke machtiging kan de patiënt bovendien een vertegenwoordiger aanwijzen, die voor hem besluiten neemt op een moment dat hij daartoe zelf niet meer in staat is.[2]

Samenvatting

Henskens L. Schriftelijke wilsverklaringen. Huisarts Wet 2014;57(8):416-9.

Huisartsen krijgen geregeld te maken met schriftelijke wilsverklaringen. Door middel van een wilsverklaring geeft de opsteller instructies over de behandeling die hij in de toekomst wel of niet wenst te ondergaan, onder van tevoren bepaalde omstandigheden. Een negatieve wilsverklaring behelst een geheel of gedeeltelijk behandelverbod en moet in beginsel worden gerespecteerd. Een positieve wilsverklaring betreft een behandelverzoek. Dit laat de huisarts de ruimte om zelf te beoordelen of hij kan voldoen aan het verzoek. Door middel van een schriftelijke machtiging benoemt de patiënt een vertegenwoordiger voor het geval hij wilsonbekwaam is geworden. Is er een curator of mentor aan de patiënt toegewezen, dan is deze volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst de vertegenwoordiger. Wilsverklaringen dienen aan bepaalde vormeisen te voldoen. Nadat een wilsverklaring is opgesteld en besproken, zorgt de huisarts voor registratie in het patiëntdossier en voor overdracht aan de huisartsenpost en andere betrokken zorgverleners. De noodzaak om besluitvorming rond het levenseinde tijdig ter sprake te brengen vraagt van de huisarts een proactieve en anticiperende houding.

Gezondheidscentrum Withuis, Straelseweg 193, 5914 AL Venlo: dr. L.H.G. Henskens, huisarts • Correspondentie: l.henskens@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wils(on)bekwaam

Uitgangspunt van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) is dat een arts zonder toestemming van de patiënt niet mag behandelen. De WGBO geeft een patiënt ook de mogelijkheid om zijn wensen op papier vast te leggen.[3] Een schriftelijke wilsverklaring is alleen rechtsgeldig indien de patiënt wilsbekwaam is op het moment dat hij de verklaring opstelt.[2] Iemand is wilsonbekwaam als hij niet in staat kan worden geacht een redelijke waardering van zijn belangen te vormen, dat wil zeggen, als hij de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie niet lijkt te begrijpen in de mate die noodzakelijk is gezien de aard en de reikwijdte van de te nemen beslissing.[4] Dit houdt ook in dat de verklaring uit vrije wil en weloverwogen tot stand moet zijn gekomen. Een schriftelijke wilsverklaring is minder relevant zolang de opsteller ervan zelf wilsbekwaam is. In dat geval gaat zijn actuele wil voor.

SOORTEN WILSVERKLARINGEN

Toekomstige beslissingen over zorg en behandeling

Schriftelijke wilsverklaringen omtrent toekomstige behande-

De kern

- Een wilsverklaring dient ertoe eventuele beslissingen over medische behandeling en verzorging in de toekomst, in geval van wilsonbekwaamheid, te beïnvloeden of aanwijzingen te geven over het handelen van anderen na de dood van de opsteller. Schriftelijke wilsverklaringen moeten uit vrije wil, weloverwogen en op een moment waarop de opsteller wilsbekwaam is tot stand zijn gekomen.
- Een negatieve wilsverklaring houdt een weigering van de patiënt in om behandeld te worden. Artsen dienen deze in beginsel te respecteren.
- Een positieve wilsverklaring betreft het verzoek van de patiënt om bepaalde handelingen uit te voeren of om een behandeling te starten of voort te zetten. Een arts is niet verplicht zo'n verzoek in te willigen.
- Door middel van een schriftelijke machtiging geeft de patiënt aan door wie hij wil worden vertegenwoordigd als hij wilsonbekwaam is geworden. Als er een curator of mentor aan de patiënt is toegewezen, dan is deze volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst de vertegenwoordiger.
- De huisarts zorgt voor registratie in het patiëntdossier en voor overdracht aan de huisartsenpost en andere betrokken zorgverleners.

lingen en zorg kunnen op een negatieve of positieve manier geformuleerd worden.[2]

Een negatieve wilsverklaring of behandelverbod betreft een weigering van de patiënt om behandeld te worden. Een behandelverbod kan geheel of gedeeltelijk zijn. Artsen moeten een behandelverbod respecteren.[2] Volgens de WGBO kan immers zonder toestemming van de patiënt geen behandeling plaatsvinden.[3] Als er echter gegronde redenen zijn, is de huisarts niet verplicht om de verklaring te volgen. Gegronde redenen zijn: onduidelijkheid over de echtheid, de ondertekening of de interpretatie van de wilsverklaring, of dat de redenen die aanleiding gaven tot het opstellen van de wilsverklaring komen te vervallen door nieuwe ontwikkelingen en medische mogelijkheden. Gewetensbezwaren vormen geen reden om een negatieve schriftelijke wilsverklaring terzijde te schuiven.[2] Voorbeelden van negatieve wilsverklaringen zijn verklaringen waarin de patiënt een niet-reanimerenwens aangeeft, opname in een ziekenhuis of op een intensivecareafdeling niet meer wil, of behandeling in een specifieke situatie weigert.

Een positieve wilsverklaring of verzoek tot behandeling is het verzoek van een patiënt om bepaalde handelingen uit te voeren of om een behandeling te starten of voort te zetten.[2] Het is aan de huisarts om te beoordelen of hij kan voldoen aan het verzoek, hij is daartoe echter niet verplicht. Een dergelijke verklaring zal hij zelfs moeten negeren als er sprake is van het verrichten van medisch zinloze handelingen.[2] Een voorbeeld van een positieve wilsverklaring is de levenswensverklaring. Daarin vraagt de patiënt, die niet wil dat de arts tot afzien of staken van de behandeling overgaat, om alles in het werk te stellen om hem toch te behandelen of te reanimeren.

Euthanasieverklaring

Een euthanasieverklaring is een bijzondere vorm van een positieve wilsverklaring.[2] Deze beschrijft de omstandigheden waarin een patiënt vraagt om euthanasie. Het is niet verplicht om een euthanasieverzoek schriftelijk vast te leggen, maar is wel aan te bevelen. Het kan een hulpmiddel zijn bij de toetsing van het uitvoeren van euthanasie door de toetsingscommissie.[2]

Bij wilsonbekwame patiënten kan de schriftelijke wilsverklaring (die is vastgelegd toen de patiënt nog wel wilsbekwaam was) dienen als vervanging van het mondelinge, actuele verzoek waartoe de patiënt dan niet meer in staat is. In de wet is erkend dat een dergelijke vooraf opgestelde schriftelijke wilsverklaring gezien mag worden als een richtsnoer en aanknopingspunt voor verder handelen. Hoe concreter de verklaring, des te meer aanknopingspunten de huisarts heeft voor zijn handelen.

Aanwijzingen voor anderen na de dood van de opsteller

Door middel van deze schriftelijke wilsverklaring geeft de patiënt aanwijzingen over wat er na zijn overlijden moet gebeuren.[2] Een voorbeeld hiervan is de donorverklaring, waarin de patiënt toestemming geeft om na zijn dood een orgaan of bepaalde organen ten behoeve van donatie uit te nemen of ter beschikking te stellen aan de wetenschap.

Aanwijzen van een vertegenwoordiger

Door middel van een schriftelijke machtiging kan de patiënt aangeven door wie hij wil worden vertegenwoordigd als hij eenmaal wilsonbekwaam is geworden.[2] De vertegenwoordiger moet zich in eerste instantie laten leiden door hetgeen de patiënt gewild zou hebben. Is dat niet te achterhalen, dan laat hij zich leiden door wat hij in het belang van de patiënt acht. De gemachtigde kan echter niet alle beslissingen nemen voor degene die hij vertegenwoordigt. Hij kan bijvoorbeeld niet beslissen om af te zien van een levensreddende behandeling, noch kan hij donorformulieren invullen of namens de patiënt een schriftelijke wilsverklaring opstellen. Ook kan de vertegenwoordiger geen verzoek om euthanasie doen.[2]

Heeft de patiënt niemand schriftelijk gemachtigd, dan dient de huisarts zich te wenden tot de partner en bij ontbreken of onwil van deze tot ouders, kinderen, broers of zussen. Is er een curator of mentor aan de patiënt toegewezen, dan is deze volgens de WGBO de vertegenwoordiger en niet de schriftelijk gemachtigde.

VORMEISEN

Schriftelijke wilsverklaringen dienen aan bepaalde inhoudelijke en procedurele eisen te voldoen.[2] Zo moet de tekst helder en eenduidig zijn. De verklaring moet kenbaar zijn, dat wil zeggen dat huisarts, behandelend arts, vertegenwoordiger en familie (indien gewenst) ervan op de hoogte zijn. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de patiënt. Voorts is de verklaring gedateerd en voorzien van een identificeerbare handtekening. Het document moet actueel zijn; bij voorkeur wordt de verklaring jaarlijks opnieuw gedateerd en ondertekend.[5] De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de patiënt.[1] Bijstelling vindt eerder plaats als dat nodig is met het oog op een verandering in de situatie die ten grondslag lag aan de inhoud van de verklaring, of bij veranderde wensen. Bij voorkeur heeft de patiënt de verklaring van tevoren besproken met zijn huisarts. Het is niet nodig om een wilsverklaring bij notariële akte vast te leggen. De opsteller kan de verklaring altijd herroepen of intrekken, mits hij wilsbekwaam is. De belangrijkste onderdelen in een wilsverklaring staan in [**kader**

Abstract

Henskens L. Living wills. Huisarts Wet 2014;57(8):416-9.

General practitioners (GPs) often come into contact with patients with living wills. A living will is a document containing instructions about how a person wishes to be treated under specified circumstances in the event that he or she becomes incapable of making health care decisions. A negative will forbids most or all treatment and should be honoured. A positive will requests that certain treatments be started or continued, and allows GPs to determine whether he or she can fulfil this request. An advance directive gives durable power of attorney to a surrogate decision-maker and remains in effect for as long as the patient is incompetent to make health care decisions. Living wills must comply with certain requirements. Once it has been discussed and drawn up, the GP is responsible for ensuring that the living will is incorporated into the patient's record and that out-of-hours services and other health care providers know of its existence. GPs need to be proactive in discussing with patients the need to make decisions about end-of-life care.

1]. Voorbeelden van standaard wilsverklaringen zijn te vinden op websites van diverse organisaties (www.npvzorg.nl; www.nvve.nl; www.zorgverklaring.nl).

Registratie en overdracht De huisarts registreert in het patiëntdossier dat er een schriftelijke wilsverklaring aanwezig is. Ook noteert hij wie door de patiënt als vertegenwoordiger is aangewezen. Verder bewaart hij een getekend exemplaar in het archief en adviseert hij de patiënt om kopieën thuis en bij de gemachtigde(n) te bewaren.[1] De huisarts maakt melding van de opgestelde wilsverklaring(en), inclusief jaarlijkse update aan de huisartsenpost en andere betrokken zorgverleners, met instemming van de patiënt.[1] Een voorbeeld van een handleiding voor de verwerking van wilsverklaringen is te zien in [**kader 2**].[5]

BESCHOUWING

Schriftelijke wilsverklaringen beogen duidelijkheid te geven over toekomstige beslissingen over medische behandeling en verzorging in het geval dat de opsteller wilsonbekwaam is. Bij het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring is het essentieel dat de huisarts weet wat de patiënt wil en wat deze van hem verwacht, en dat de patiënt weet wat de huisarts zelf wil – de individuele handelingsruimte – en wettelijk gezien kan.

De noodzaak om tijdig te praten over het levenseinde en beslissingen te nemen over welke medische (be)handelingen wel of niet meer worden verricht, vergt van de huisarts een proactieve en anticiperende houding.[6,7] Het is verstandig om tijdig met een open en eerlijke verkenning van vragen en verwachtingen rond het sterven te beginnen, en om in een vroeg stadium eventuele grenzen in de mogelijkheden aan te geven. Daarbij hoort een goede verslaglegging van het gesprek, evenals een overdracht van de besluiten aan de huisartsenpost en andere zorgverleners. Als ondersteuning kan de huisarts gebruikmaken van de KNMG-handreiking *Tijdig praten over het overlijden*.[6] Meer informatie kan hij vinden in het KNMG-themadossier levenseinde (te vinden op www.knmg.artsennet.nl)[8] of via de artseninfolijn van de KNMG.[9] Op thuisarts.nl kan de patiënt terecht voor meer informatie over het levenseinde, inclusief het opstellen van schriftelijke wilsverklaringen.[10] De KNMG heeft brochures voor patiënten uitgegeven over praten over het levenseinde.[11,12]

Men mag niet vergeten dat een eenmaal opgestelde wilsverklaring betrekkelijk is.[5] Zo kan een patiënt die in het bezit is van een niet-reanimerenverklaring op straat een hartstilstand krijgen. In zo'n geval wordt direct 112 gebeld en niet eerst de eigen huisarts of de huisartsenpost. De kans is dan groot dat hij toch gereanimeerd wordt. Een dergelijk scenario is niet met een schriftelijke wilsverklaring te ondervangen. Het dragen van een niet-reanimerenpenning is een mogelijke oplossing, maar de rechtsgeldigheid daarvan is niet erkend.

Een ander voorbeeld dat de betrekkelijkheid van een wilsverklaring illustreert is de situatie waarin een inmiddels wilsonbekwame patiënt (of zijn vertegenwoordiger) iets anders lijkt te willen dan hij in een wilsverklaring heeft beschreven. In een dergelijke situatie kunnen vragen rijzen over wat de patiënt nu precies voor ogen had, of hij een goed beeld had van de situatie waarin hij nu als wilsonbekwame patiënt verkeert, en of hij vooraf de aard en intensiteit van het lijden wel genoeg kon overzien. De huisarts of behandelend arts moet dan opnieuw beoordelen of hij een eerder opgestelde verklaring kan volgen.

CONCLUSIE

- Door middel van een schriftelijke wilsverklaring geeft de opsteller instructies over de behandeling die hij onder gespecificeerde omstandigheden in de toekomst wel of niet wenst te ondergaan.
- Schriftelijke wilsverklaringen dienen uit vrije wil, weloverwogen en op een moment waarop de opsteller wilsbekwaam is tot stand te zijn gekomen.
- Een negatieve wilsverklaring betreft een weigering van de

Kader 1 Overzicht van de onderdelen van een wilsverklaring

- Titel: niet-reanimerenverklaring, euthanasieverklaring, behandelverbod of machtiging.
- Naam en geboortedatum van de opsteller.
- Specificatie van de wilsverklaring: nadere uitwerking van de omstandigheden waarop de wilsverklaring van toepassing is.
- Persoonlijke aanvulling: de patiënt kan hier zo nodig de wilsverklaring op persoonlijke titel toelichten.
- Risicoaanvaarding: de opsteller is zich bewust van en aanvaardt de consequenties bij uitvoering van de wilsverklaring.
- Herroeping van eerdere verklaringen: eerdere soortgelijke verklaringen komen bij ondertekening van deze wilsverklaring te vervallen.
- Deponering: beschrijving van wie – patiënt en/of huisarts – zorg draagt voor overdracht aan gemachtigde(n) en andere zorgverleners.
- Volmacht: beschrijving van wie als gemachtigde is aangewezen
- Ondertekening: plaats, datum en handtekening van opsteller.

Bron: overgenomen uit standaard wilsverklaringen van diverse organisaties (www.npvzorg.nl; www.nvve.nl; www.zorgverklaring.nl).

Kader 2 Handleiding voor verwerking van de wilsverklaring5

Algemeen

Zorg dat de patiënt en de gemachtigde(n) een kopie hebben van de wilsverklaring.

Voor de huisartsenpraktijk

Voer de wilsverklaring als volgt in het HIS in:

- Noteer in memo- of attentieregel 'wilsverklaring aanwezig' en specificeer naar soort.
- Maak episode A20 aan en vul daar de wilsverklaring in.
- Scan de verklaring en koppel deze aan de episode wilsverklaring.

Fax de documenten naar de huisartsenpost.
Bewaar de wilsverklaring in het archief.
Neem bij verwijzing naar de tweede lijn de episode wilsverklaring mee in de verwijsbrief.
Bericht bij overlijden van de patiënt de huisartsenpost.

Voor de huisartsenpost

Bewaar de wilsverklaringen in een apart archief.
Meld in 'pop up' bij patiënt 'wilsverklaring aanwezig' en specificeer naar soort.
Geef een kopie van de wilsverklaring mee aan de huisarts die een (spoed)visite bij de patiënt aflegt.
Haal na bericht van overlijden van de patiënt de wilsverklaring uit het archief.

patiënt om behandeld te worden. Artsen zijn in beginsel verplicht een dergelijk behandelverbod te volgen.

- Een positieve wilsverklaring behelst het verzoek van de patiënt om bepaalde handelingen uit te voeren of om een behandeling te starten of voort te zetten. Het is aan de huisarts om te beoordelen of hij aan het verzoek kan voldoen, maar hij is daartoe niet verplicht.
- Door middel van een schriftelijke machtiging geeft de patiënt aan door wie hij wil worden vertegenwoordigd als hij eenmaal wilsonbekwaam is geworden. Een mentor of curator gaan echter altijd voor.
- De huisarts registreert in het patiëntdossier de aanwezigheid van een schriftelijke wilsverklaring en zorgt voor overdracht aan de huisartsenpost en andere betrokken zorgverleners.
- De noodzaak om besluitvorming rond het levenseinde tijdig ter sprake te brengen vergt van de huisarts een proactieve en anticiperende houding.

DANKWOORD

Met dank aan Gijsbert de Koning, directeur Gezondheidscentrum Withuis Venlo, en prof.dr. Aart Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht Universiteit Leiden/LUMC en coördinator gezondheidsrecht KNMG, die het manuscript kritisch hebben meegelezen. ■

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

LITERATUUR

1 LESA. Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen (2013). Te vinden op: http://www.nhg.org/downloads/lesa-anticiperende-besluitvorming-over-reanimatie-bij-kwetsbare-ouderen-pdf.
2 Arts en schriftelijke wilsverklaringen (2002). Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Themadossier-Levenseinde/Wilsverklaring.htm.
3 Implementatie van de WGBO: van wet naar praktijk (2004). Te vinden op: www.knmg.nl/wgbo.
4 Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (2007). Te vinden op: http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/brochures/2007/01/01/handreiking-voor-de-beoordeling-van-wilsbekwaamheid/handreikingbeoordelingwilsonbekwaamheiddec2006.pdf.
5 Lambregtse C. Praat met patiënten over het levenseinde, wel of niet reanimeren. Dokter 2013;25:22-6.
6 KNMG. Handreiking tijdig spreken over het levenseinde (2012). Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-Tijdig-spreken-over-het-levenseinde-2012.htm.
7 Van Wijlick E, Wigersma L, Van Dieten E. 11 spelregels voor het praten over het einde. Med Contact 2011;33/34:1968-70.

INFORMATIE VOOR (HUIS)ARTSEN

8 KNMG themadossier levenseinde. Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Levenseinde.htm.
9 Artseninfolijn van de KNMG, telefoonnummer: 030 – 282 33 22 (bereikbaar op werkdagen van 09.00 uur tot 17.00 uur).

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN

10 Thuisarts.nl. Te vinden op: http://www.thuisarts.nl/levenseinde.
11 KNMG-publicatie: Levenseinde: praat op tijd met je dokter over wat je wil en of dat kan. Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht-1/Levenseinde-Praat-op-tijd-met-je-dokter-over-wat-je-wil-en-of-dat-kan.htm.
12 KNMG-brochure Spreek op tijd over uw levenseinde. Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/web/file?uuid=d9cba7e6-065b-416e-9b0b-609fec346e0c&owner=a8a9ce0e-f42b-47a5-960e-be08025b7b04&contentid=116526

Ondertussen in TPO...

Redactielid Annemieke de Jong schrijft in haar redactioneel over de 'participatiesamenleving' en de gevolgen voor de zorg. Hoe moeten we dat 'meedoen' en de 'eigen verantwoordelijkheid nemen' opvatten in de praktijk? Hoe verschuiven we het 'zorgen voor' (patiëntenzorg) naar 'zorgen dat' (de patiënt zijn gezondheid managet)?

FRACTUURPREVENTIE

We hebben zowel een nascholing van Paola Gerritsen over fractuurpreventie in de eerste lijn als een interview met Monique Troost over het opzetten van een DBC Osteoporose in Twente.

NIEUWE GENEESMIDDELEN

Zamire Damen et al. staan stil bij de rol van de praktijkondersteuner bij de keuze van nieuwe geneesmiddelen. De huisarts schrijft natuurlijk voor, maar de poh heeft wel degelijk invloed. En hoe zorg je dat de farmaceutische industrie niet te veel invloed krijgt op de poh?

Dick Bijl schrijft in een nascholing over de zin en de onzin van visolievetzuren en cardiovasculaire incidenten.

CVRM EN OUDEREN

Eric Lambermon maakt met een stroomdiagram inzichtelijk dat de cardiovasculaire streefwaarden bij ouderen kunnen verschillen per patiënt. Het gaat om individuele streefwaarden specifiek voor ouderen op basis van patiëntkenmerken. Door dit stroomdiagram te gebruiken kan de poh'er voorkomen dat er voor de kwetsbare ouderen te lage streefwaarden gehanteerd worden.

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. ■

Tonnie Coppus, Annemieke Wagemans

NASCHOLING

De zorg voor volwassenen met downsyndroom

INLEIDING

Het downsyndroom komt in Nederland voor bij 1 op de 750 levendgeborenen en het is daarmee de meestvoorkomende oorzaak van een verstandelijke beperking.[1] Het syndroom wordt veroorzaakt door een volledige of gedeeltelijke verdrievoudiging van chromosoom 21.

De levensverwachting van mensen met downsyndroom is de laatste tientallen jaren enorm toegenomen doordat ernstige congenitale afwijkingen en luchtweginfecties beter behandeld worden.[2,3] Ook de-institutionalisatie, integratie in de maatschappij en grotere mobiliteit hebben bijgedragen aan de toegenomen levensverwachting.[3] Het ouder worden gaat echter niet zonder problemen. Naast syndroomspecifieke gezondheidsproblemen [**tabel**] begint ook de veroudering bij mensen met downsyndroom vroeger en verloopt zij sneller, met een aanzienlijk risico op de ziekte van Alzheimer.[3] Aan de andere kant hebben mensen met downsyndroom minder arteriosclerose dan leeftijdsgenoten[4] en minder kans op tumoren, met uitzondering van testistumoren.[2] De meeste volwassenen met downsyndroom wonen thuis bij ouders of andere familieleden, in kleine wooneenheden of op een terrein met voorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking. Thuis en in de meeste kleine voorzieningen is de medische zorg in handen van de huisarts, al dan niet ondersteund door een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG).

Kinderen met downsyndroom worden meestal vanaf hun geboorte gecontroleerd door een kinderarts, vaak in een multidisciplinaire polikliniek voor kinderen. De medische aandachtspunten voor kinderen zijn vastgelegd in de herziene richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, waarover Michel Weijerman in 2013 publiceerde in *Huisarts & Wetenschap*.[5]

De meeste volwassenen met downsyndroom zijn voor directe medische zorg aangewezen op hun huisarts. In enkele

Tabel 1 De meestvoorkomende aandoeningen bij volwassenen met downsyndroom

Gehoorstoornissen	72%
Visusafwijkingen	66%
Schildklierafwijkingen	40%
Obesitas	
– BMI > 25 kg/m²	69%
– BMI > 30 kg/m²	29%
Huidproblemen	72%
Polyfarmacie	50%
Gedragsproblemen	72%
Depressie	
– in het verleden	21%
– nu	14%
Dementie	11%

Follow-upgegevens (2007-2013) van 100 deelnemers aan het healthwatch-programma van de multidisciplinaire downpolikliniek in Deurne, gemiddelde leeftijd 36 jaar (bereik 18 tot 64 jaar).

Samenvatting

Coppus AMW, Wagemans AMA. De zorg voor volwassenen met downsyndroom. Huisarts Wet 2014;57(8):420-4.

De levensverwachting van mensen met downsyndroom is enorm toegenomen, velen worden inmiddels wel zestig tot zeventig jaar oud. Het ouder worden brengt echter zijn eigen problemen met zich mee. Bij mensen met downsyndroom begint het verouderingsproces vroeger, verloopt het sneller en zijn er meer complicaties, waaronder een groot risico op dementie. In de loop van het leven komen bovendien vaker aandoeningen voor die samenhangen met het downsyndroom, zoals sensorische problemen, schildklieraandoeningen, stoornissen in het bewegingsapparaat, huidaandoeningen en psychiatrische problemen.

Kinderen met downsyndroom zijn meestal in behandeling bij een kinderarts, maar volwassenen met donwsyndroom zullen bij gezondheidsproblemen in eerste instantie naar de huisarts gaan. Aangezien de meeste huisartsen slechts enkele patiënten uit deze bijzondere groep in hun praktijk hebben, zullen zij daar niet altijd voldoende op voorbereid zijn. Bij vragen over diagnostiek en behandeling kan verwezen worden naar een arts voor verstandelijk gehandicapten of een multidisciplinaire downpolikliniek. Adressen zijn te vinden op de website van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (http://www.nvavg.nl).

De kern

- Mensen met downsyndroom leven langer dan vroeger, maar krijgen met het ouder worden ook gezondheidsklachten, die ze meestal slecht onder woorden kunnen brengen.
- Ongeveer 40% heeft schildklieraandoeningen, vooral hypothyreoïdie, die de huisarts goed kan behandelen.
- Mensen met downsyndroom gaan met het ouder worden slechter zien en horen, en een aanzienlijk deel wordt op relatief jonge leeftijd dement.
- Bij de begeleiding van mensen met downsyndroom kan de huisarts de hulp inroepen van een arts voor verstandelijk gehandicapten of van een multidisciplinaire downpolikliniek.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Geneeskunde voor mensen met verstandelijke beperkingen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. A.M.W. Coppus, arts voor verstandelijk gehandicapten (tevens Dichterbij, centrum voor mensen met een verstandelijke beperking, Gennep). MUMC+, afdeling Klinische genetica, Maastricht: dr. A.M.A. Wagemans, arts voor verstandelijk gehandicapten (tevens Koraalgroep, Maasveld) • Correspondentie: Tonnie.Coppus@Radboudumc.nl
• Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casuïstiek: Jan

Jan is 54 jaar en heeft downsyndroom. Hij komt naar de downpoli samen met zijn zuster en zijn nichtje, beiden in de rol van mentor. In de woonvoorziening was het vermoeden gerezen dat Jan een beginnende dementie had omdat hij de begeleiders regelmatig niet leek te begrijpen. Jans zuster is het opgevallen dat hij meer in zichzelf gekeerd is dan voorheen en dat hij ook meer in zijn eigen fantasiewereld leeft. Zijn ADL-capaciteiten zijn stabiel, hij is niet angstig en heeft geen spierschokken. Wel is er in het afgelopen jaar een bewustzijnsdaling met incontinentie geweest.

Bij onderzoek blijkt dat Jan in beide ogen, met correctie, een visus heeft van 16% bij een dubbelzijdig cataract en myopie. Ook blijkt hij aan beide zijden ernstig gehoorverlies te hebben, links meer dan 40 dB en rechts 68 dB. Bij een eerder onderzoek op de downpoli zag Jans zuster nog af van een gehoorapparaat, omdat ze dacht dat Jan dit niet zou accepteren. Bij dit bezoek wordt echter vastgesteld dat zijn zeer slechte visus en ernstige slechthorendheid het leven voor Jan wel erg ingewikkeld maken.

Jan stond al op de wachtlijst van de oogarts voor een cataractoperatie aan het amblyope oog; nu wordt ook een proef afgesproken met hoorapparaten. De gedragswetenschapper zal dementielijsten gaan bijhouden om te kunnen vaststellen of er sprake is van dementie dan wel van ouder worden met ernstige beperkingen.

plaatsen (Deurne, Eindhoven, Groningen en Maastricht) zijn multidisciplinaire poliklinieken voor volwassenen met downsyndroom opgericht. Zij bieden een *healthwatch*-programma aan, een screenend onderzoek gericht op de specifieke problematiek van deze doelgroep. Voor de overdracht van de kinderpoli naar de volwassenenpoli is inmiddels een transitieprotocol ontwikkeld. Heeft deze overdracht nog niet plaatsgevonden, dan kan de huisarts een verwijzing schrijven.

In dit artikel bespreken wij de belangrijkste medische aandachtspunten voor de huisarts in de begeleiding van volwassen patiënten met downsyndroom. Een eerste aandachtspunt betreft de diagnostiek. Deze patiënten kunnen hun klachten moeilijk verwoorden. Ze kunnen bijvoorbeeld niet goed uiting geven aan pijn en zullen het ook niet aangeven als ze slechter gaan horen of zien. Bij problemen op het gebied van diagnostiek of behandeling kan de huisarts verwijzen naar een multidisciplinaire downpolikliniek of een AVG in de buurt. De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten geeft op haar website (http://www.nvavg.nl) een overzicht van de verwijsmogelijkheden.

GEHOORSTOORNISSEN

De grote meerderheid van volwassenen met downsyndroom heeft last van toenemende slechthorendheid. Slechter horen maakt het leven voor iemand met downsyndroom nog ingewikkelder dan het soms al is, te meer omdat de omgeving de gehoorvermindering vaak niet in de gaten heeft.[6] Voor een deel zijn de problemen het gevolg van anatomische afwijkingen, zoals zeer nauwe gehoorgangen, waardoor regelmatig oorontstekingen optreden en de oren vaak vol cerumen zitten. Daarnaast ontstaat er vaak al op de leeftijd van 20 tot 30 jaar perceptief gehoorverlies (presbyacusis of ouderdomsslechthorendheid).

Bij een differentiaaldiagnose dementie of depressie hoort altijd een gehoortest. Bij alle mensen met downsyndroom verslechtert het gehoor met het ouder worden, tot een percentage van 100% gehoorstoornissen op het eind van hun leven.[6]

VISUSAFWIJKINGEN

Afwijkingen aan het oog komen veel vaker voor bij mensen met downsyndroom dan bij de algemene bevolking. De afwijkingen, zoals nystagmus, strabismus, slechte accommodatie, amblyopie en refractiestoornissen, betreffen vrijwel alle structuren van het oog.[7] Cataract en myopie komen vaker voor dan bij andere mensen met een verstandelijke beperking en meer dan bij de algemene bevolking.[8] Ook blefaritis en keratoconus komen frequent voor.

Mensen met een ernstige verstandelijke beperking richten hun interesse in het algemeen vooral op datgene wat zich in hun dichte nabijheid afspeelt. De huisarts moet hier rekening mee houden bij eventuele aanpassingen of ingrepen: datgene wat in de verte zichtbaar is, heeft minder belang en daardoor wordt een bril misschien niet altijd geaccepteerd.

SCHILDKLIERAANDOENINGEN

Ongeveer 40% van de volwassen mensen met downsyndroom lijdt aan een schildklieraandoening, in het algemeen als gevolg van een auto-immuunstoornis. Zowel hypothyreoïdie als hyperthyreoïdie komen voor. In Nederland is het gebruikelijk om jaarlijks te screenen op TSH, hoewel dit waarschijnlijk ook minder frequent kan.[9] In principe kan de huisarts klinische hypothyreoïdie ook bij patiënten met downsyndroom behandelen aan de hand van de NHG-Standaard.

LUCHTWEGEN

Longproblemen, in de vorm van een terugkerende pneumonie, zijn een belangrijke doodsoorzaak bij mensen met downsyndroom. De problemen ontstaan vooral wanneer de mobiliteit afneemt, zoals in het laatste stadium van dementie.[10] Reflux bij een hiatushernia en ernstige obesitas bevorderen aspiratie.

Abstract

Coppus AMW, Wagemans AMA. Caring for adults with Down syndrome. Huisarts Wet 2014;57(8):420-4.

The life expectancy of people with Down syndrome has increased considerably, and many individuals live to be 60-70 years old. However, ageing is accompanied by specific problems. Ageing begins earlier, occurs more rapidly, and is accompanied by more complications, including an increased risk of dementia, in individuals with Down syndrome. Individuals also experience disorders that accompany Down syndrome, such as sensory deficits, hypothyroidism, musculoskeletal disorders, skin disorders, and psychiatric problems.

While children with Down syndrome are probably under the care of a paediatrician, adults with health problems will probably visit their general practitioner. However, because most GPs probably have few patients with Down syndrome in their practice, they may miss relevant clinical signs and symptoms. If there are questions about diagnosis or treatment, patients can be referred to doctors specialized in the treatment of individuals with intellectual disabilities or to a multidisciplinary clinic for Down syndrome. Addresses can be found on the website of the Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (Dutch Association for Intellectual Disability; http://www.nvavg.nl).

Slaapapneu (OSAS), gerelateerd aan overgewicht en hypotonie, komt bij ongeveer de helft van de volwassenen voor.[11] Behandeling van deze problemen is slechts beperkt mogelijk. Doordat de meeste ouderen met downsyndroom weinig of niet gerookt hebben, komen COPD en longcarcinomen nauwelijks voor.

CARDIALE PROBLEMEN

Congenitale hartafwijkingen komen voor bij 43 tot 58% van de neonaten met downsyndroom.[12] Vaak wordt de patiënt na de operatie niet meer gecontroleerd door de cardioloog, al zou dit wel gewenst zijn en past het ook binnen de nieuwe cardiologierichtlijnen. Een mitralisklepprolaps of aortaklepinsufficientie kan zich bovendien ook op oudere leeftijd ontwikkelen, ongeacht de aangeboren afwijking. Blijkens een persoonlijke mededeling op basis van gegevens uit het *healthwatch*-programma heeft tot 15% van de 45-plussers met downsyndroom een niet-behandelde congenitale hartafwijking.

Hypertensie komt nauwelijks voor bij mensen met downsyndroom, en ook cardiovasculaire en cerebrovasculaire aandoeningen komen minder vaak voor dan in de algemene bevolking.[13] Het extra chromosoom 21 beschermt tegen plaquevorming in de vaten.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Ongeveer 10% van de pasgeborenen met downsyndroom heeft een aangeboren afwijking in het maag-darmstelsel. Na operatieve correctie geven deze afwijkingen op volwassen leeftijd weinig problemen meer.

De prevalentie van coeliakie is bij kinderen met downsyndroom tienmaal zo hoog als bij de algemene bevolking. Jonge kinderen worden dan ook regelmatig hierop gescreend.[5] Op volwassen leeftijd is de prevalentie van coeliakie echter niet verhoogd; waardoor dit komt is niet duidelijk. Bij volwassenen met downsyndroom die symptomen hebben van diarree of obstipatie kan testen op coeliakie zinvol zijn.[14]

Obstipatie komt vaker voor bij oudere (inactieve) mensen met downsyndroom. De klacht kan worden behandeld met leefstijladviezen, eventueel aangevuld met laxantia.

ADIPOSITAS

Overgewicht vormt een groot probleem bij mensen met downsyndroom. Inactiviteit speelt hierin een belangrijke rol; er is geen sprake van een vertraagd basaal metabolisme. Dieetadviezen kunnen zeer zinvol zijn.[15] Het stippendieet voor verstandelijk beperkten is een bewezen goede manier om af te vallen, de huisarts kan een diëtist inschakelen om dit dieet te introduceren en te begeleiden.

Daarnaast moet men de patiënt stimuleren meer te bewegen. Mensen met downsyndroom hebben die stimulans nodig, want ze zijn uit zichzelf meestal weinig geneigd tot sport en bewegen.[16] Uit onderzoek blijkt echter dat de mate van mobiliteit grote invloed heeft op de levensverwachting van mensen met downsyndroom.[10]

BEWEGINGSAPPARAAT

Downsyndroom gaat gepaard met een aantal karakteristieke afwijkingen van het bewegingsapparaat, zoals hypotonie en soms hyperlaxiteit van de gewrichten. De meeste problemen treden op aan de heupen, knieën en voeten. Velen hebben een knikplatvoet, een brede voorvoet met hallux valgus en valgusstand van de knieën.[17] De voeten zijn vaak klein, waardoor het vaak moeilijk is passend schoeisel te vinden, en soms is er een duidelijke indicatie voor orthopedisch schoeisel.

Bij (aangeboren of verworven) heupafwijkingen kan zich de vraag naar een heupoperatie of zelfs een totale heupvervanging voordoen. Heupdysplasie en vroege artrose kunnen een indicatie zijn voor een operatie, maar de revalidatie is vaak een moeizaam proces. Als de patiënt echter veel pijn heeft en onvoldoende reageert op normale pijnstilling, is er weinig keuze. In principe kan een heupoperatie succesvol zijn en de kwaliteit van leven verhogen.[18]

Atlanto-occipitale instabiliteit is een complicatie die kenmerkend is voor het downsyndroom. De afwijking geeft slechts zelden aanleiding tot problemen, maar men moet er rekening mee houden bij risicovolle sporten, trauma's en narcose met intubatie. Een plotseling optredende paraplegie kan het gevolg zijn van deze instabiliteit, maar kan ook ontstaan door een geleidelijke vernauwing van het ruggenmergkanaal bij het ouder worden.

Hyperlaxiteit, immobiliteit, anti-epilepticagebruik en een vroege menopauze zijn allemaal risicofactoren voor osteoporose.[19] Daarom wordt aangeraden standaard calcium en vitamine D toe te voegen aan het dieet van mensen met downsyndroom.

GEDRAGSPROBLEMEN

Kinderen en adolescenten met downsyndroom staan erom bekend dat zij zich opvallend gedragen: zij kunnen impulsief en koppig zijn, en aandacht vragen met oppositioneel gedrag. Op volwassen leeftijd wordt het gedrag minder opvallend. Internaliserende gedragsproblemen staan dan eerder op de voorgrond zoals teruggetrokkenheid, passiviteit, niet meer willen spreken en depressiviteit.

Depressiviteit komt relatief vaak voor bij volwassenen met downsyndroom. Een depressieve episode die voor het eerst optreedt op 40- tot 50-jarige leeftijd kan een vroeg signaal zijn van dementie. Een depressieve stoornis bij jongvolwassenen kan gepaard gaan met ernstige regressieve kenmerken.

Obsessieve traagheid in alle dagelijkse bezigheden die gepaard gaat met tics en *freezing*, voorzover niet veroorzaakt door een depressie of hypothyreoïdie, wordt beschouwd als symptoom van een obsessieve-compulsieve stoornis. Ook deze stoornis heeft een relatief hoge prevalentie bij volwassenen met downsyndroom.[20]

HUID

Huidafwijkingen, vooral constitutioneel eczeem en onychomycose, komen veelvuldig voor bij volwassenen met downsyndroom. Folliculitis, met name op billen, bovenbenen, liezen en

zelfs op de behaarde hoofdhuid, kan veel last veroorzaken. De behandeling is afhankelijk van de symptomen. Het verzorgen van huid en nagels vergt begeleiding. Desinfecterende zeep kan enig preventief effect hebben.

Alopecia areata komt bij mensen met downsyndroom tienmaal zo vaak voor als bij de algemene bevolking. Het wordt gezien als een auto-immuunaandoening die vaak samengaat met andere auto-immuunproblemen zoals schildklieraandoeningen en diabetes.[21] Het is dan ook zinvol om een patiënt met alopecia hierop te screenen door TSH en glucose te bepalen.

TANDHEELKUNDIGE ZORG EN MONDHYGIËNE

Afwijkende anatomie, angst voor de tandarts en zelf niet goed kunnen poetsen zijn redenen om extra aandacht aan de mondzorg te besteden. Hulp en toezicht bij het poetsen zijn in het algemeen noodzakelijk, want mensen met downsyndroom zijn vaak niet in staat zelfstandig hun tanden goed te poetsen.

Vaak is de eigen tandarts prima in staat de nodige tandheelkundige zorg te leveren, maar soms is een 'angsttandarts' of een centrum voor bijzondere tandheelkunde daarvoor beter toegerust.

VACCINATIES

Mensen met een verstandelijke beperking zijn niet altijd in staat hygiënisch met elkaar om te gaan. Onhygiënisch gedrag zorgt voor een verhoogd risico op hepatitis B, en mensen met downsyndroom zijn vaak drager. Dit was in het verleden reden de hepatitis-B-vaccinatie op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma voor kinderen met downsyndroom. Sinds 2011 krijgen alle kinderen in Nederland de hepatitis-B-vaccinatie, maar ouderen met downsyndroom zijn niet altijd gevaccineerd. Het is aan te raden dit, afhankelijk van de hygiënische omstandigheden, dan alsnog te laten doen.

Het wordt aanbevolen mensen met downsyndroom die verblijven in grotere intramurale voorzieningen en degenen die een verhoogde infectiegevoeligheid hebben, ook tegen influenza te vaccineren.

SEKSUALITEIT EN VOORLICHTING

De puberteit begint bij jongeren met downsyndroom vaak enkele jaren later dan bij andere jongeren. Omdat seksualiteit in deze periode een grote rol gaat spelen en mensen met downsyndroom kwetsbaar zijn voor seksueel misbruik is voorlichting over seksualiteit, intimiteit en relaties belangrijk.

Vrouwen met downsyndroom zijn iets minder vruchtbaar dan gewone vrouwen, maar ze hebben een normale cyclus dus goede anticonceptie is belangrijk. Een extra reden om de menstruatie te onderdrukken kan zijn dat zij niet goed kunnen omgaan met de noodzakelijke menstruatiehygiëne. De menopauze treedt vervroegd in, gemiddeld op de leeftijd van 44 jaar.

Bij mannen met downsyndroom leidt gonadale insufficientie tot verminderde vruchtbaarheid. Hypospadie en cryptorchisme komen vaker voor, evenals testiscarcinomen.[22]

In haar advies *Anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap* adviseert de gezondheidsraad een AVG te consulteren bij een vraag voor sterilisatie.[23] Het gaat hier dan vooral om de beoordeling van ouderschapscompetentie en wilsbekwaamheid.

WILSBEKWAAMHEID

Wilsbekwaamheid is moeilijk te definiëren, er is geen objectief meetinstrument. Om te beoordelen of iemand met een verstandelijke beperking wilsbekwaam is, dat wil zeggen in staat is zelf te kiezen voor een behandeling, zal het heel vaak nodig zijn anderen erbij te betrekken die de patiënt goed kennen. Wilsbekwaamheid is gebonden aan specifieke situaties: iemand die ernstig verstandelijk beperkt is, kan heel goed nonverbaal aangeven wat hij op de boterham wil, maar zal niet in staat zijn een behandeling te overzien. Vaak wordt bij het meerderjarig worden van een kind met downsyndroom daarom een mentor of curator benoemd, een familielid (vaak de ouder) dat de belangen van de verstandelijk beperkte kan behartigen.[24]

POLYFARMACIE

Vanwege hun complexe problematiek krijgen mensen met downsyndroom regelmatig medicatie voorgeschreven. De helft van de deelnemers aan het *healthwatch*-programma in Deurne (gemiddelde leeftijd 36 jaar) gebruikte meer dan één medicament. De meestgebruikte waren pijnmedicatie, slaapmedicatie, sedativa, antipsychotica, anti-epileptica, schildklierhormoon, antidepressiva en anticonceptiva. Aandacht voor mogelijke medicatie-interacties en periodieke beoordeling van chronische medicatie is dus buitengewoon belangrijk. Bij ouder wordende patiënten met beginnende dementie kan een cumulatie van sederende middelen een groot effect hebben op helderheid en bewustzijn.

NEUROLOGIE

Late-onset-epilepsie komt bij 75-85% van de volwassenen met downsyndroom voor en is gerelateerd aan het optreden van dementie.[25] Meestal treedt de epilepsie gelijktijdig op met de eerste signalen van dementie, maar dit kan ook enkele jaren eerder.

De dementie gaat vrijwel altijd gepaard met myoklonieën die het functioneren ernstig beperken en die vrijwel niet reageren op anti-epileptica of andere medicatie.

DEMENTIE EN ZIEKTE VAN ALZHEIMER

Van alle volwassenen hebben mensen met downsyndroom de grootste genetische aanleg om dementie te ontwikkelen. Het gen dat codeert voor de productie van amyloïdprecursorproteine (APP) ligt op chromosoom 21. De overexpressie van dit gen is dus verantwoordelijk voor de overproductie van het amyloïd, dat vanaf de kinderleeftijd in de hersenen wordt opgeslagen. Op de leeftijd van 35 tot 40 jaar vindt men in de hersenen van alle mensen met downsyndroom het neuropathologische beeld van de ziekte van Alzheimer. De ziekte ontwikkelt zich pas in een later stadium tot een klinische dementie: de prevalentie is 8% in de leeftijdsgroep 35 tot 45 jaar, neemt toe tot 55% in de leeftijdsgroep tot 60 jaar en stijgt tot 75% onder 60-plussers.[26] De dementie ontstaat niet alleen op jongere leeftijd maar heeft meestal ook een sneller beloop.

Diagnose

Bij het stellen van de diagnose dementie is het belangrijk gebruik te maken van de psychologische kennis en testmogelijkheden van gedragswetenschappers die werken met mensen met een verstandelijke beperking (zij zijn te vinden via de Stichting MEE). De klinische diagnose dementie wordt gesteld op dezelfde manier als in de algemene bevolking en volgens dezelfde richtlijnen, gebruik makend van de psychologische testgegevens. Angst en gedragsproblemen maken het vrijwel ondoenlijk aanvullende onderzoekstechnieken te gebruiken zoals een liquorpunctie of MRI.

Wel moet men extra aandacht besteden aan de differentiaaldiagnose: een achteruitgang in functioneren betekent niet altijd dementie maar kan ook veroorzaakt worden door gehoor- en visusproblemen, door een te traag werkende schildklier of door een depressie.

Behandeling

Medicamenteuze behandeling van de ziekte van Alzheimer heeft nauwelijks effect bij downsyndroom en wordt niet aangeraden. Aandacht voor de comorbiditeit bij dementie is erg belangrijk: dementie bij downsyndroom gaat vrijwel altijd gepaard met epilepsie, die therapieresistent kan zijn. Gedragsproblemen, vaak met angst en agressie, zijn de belangrijkste reden om de patiënt definitief op te nemen in een instelling. De ziekte van Alzheimer is de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte bij ouderen met downsyndroom.[10]

ZORG ROND HET LEVENSEINDE

Mensen met downsyndroom zijn altijd min of meer afhankelijk van anderen, zeker als het gaat om (ingewikkelde) gezondheidsbeslissingen. De wettelijke vertegenwoordigers, in het algemeen naaste familieleden zoals ouders, broers en zussen, geven vaak hun leven lang steun aan de patiënt en beslissen voor hem.

Het is belangrijk dat wettelijk vertegenwoordigers zich kunnen voorbereiden op het levenseinde van hun naaste en op de vele beslissingen die dan op hen afkomen. Moet bepaald onderzoek wel of niet nog worden gedaan? Zal de patiënt daarvan profiteren? Moet een tumor nog worden behandeld? Is sondevoeding nog nodig? Het zijn keuzes waarover men liefst zo vroeg mogelijk moet nadenken zodat ze kunnen worden vastgelegd in bijvoorbeeld een niet-reanimeerverklaring. Je kunt niet alle keuzes van tevoren bedenken, maar het is zeker mogelijk om een aantal te verwachten scenario's door te nemen en naar een beslissing toe te groeien.[27]

Voor de huisarts is het hierbij belangrijk dat hij duidelijk is over zijn eigen verantwoordelijkheid in beslissingen rond het levenseinde, zodat familieleden niet het gevoel krijgen dat zij degenen zijn die alle verantwoordelijkheid moeten dragen.[28]

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE HUISARTS

Volwassenen met downsyndroom kunnen hun gezondheidsklachten moeilijk verwoorden, daarom is alertheid van de arts geboden. Schildklieraandoeningen, vooral hypothyreoïdie, zijn goed te behandelen. Visus- en gehoorbeperkingen worden vaak pas laat onderkend, psychische stoornissen zoals depressie en dementie komen relatief vaak voor. Waar de expertise van de huisarts tekortschiet, kunnen volwassenen met downsyndroom goed begeleid worden in samenspraak met een arts voor verstandelijk gehandicapten. Algemene informatie is te krijgen op de volgende plaatsen:

- *Besluitvorming in de palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking over verhuizingen en medische interventies. Een handreiking voor zorgverleners in de verstandelijk gehandicaptenzorg*, uitgegeven door het Nivel (http://www.nivel.nl).[28]
- *Curatele, bewind en mentorschap*, uitgegeven door het Ministerie van Veiligheid en Justitie (http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/curatele-bewind-en-mentorschap).[24]
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (http://www.nvavg.nl).
- Cyberpoli, syndroom van Down (https://www.cyberpoli.nl/downsyndroom).
- Stichting Down Syndroom (http://www.downsyndroom.nl).
- Stichting MEE, ondersteuning bij leven met een beperking (http://www.mee.nl). ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek nascholing.

Daphne Stol

Effectiviteit van cardiometabole preventie

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

Het is bekend dat primaire preventie van cardiometabole ziekten (CMZ), zoals hart- en vaatziekten, diabetes en chronische nierschade, bij individuen met een hoog risico op deze aandoeningen effectief is. Maar is een preventieprogramma ter opsporing en behandeling van individuen met een hoog CMZ-risico in de eerste lijn ook (kosten)effectief?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico (PC CMR) adviseert volwassenen van 45-70 jaar zonder CMZ op te roepen voor deelname aan het preventieconsult.[1] Allereerst vindt hier, met behulp van een risicotest, screening plaats op een verhoogd risico voor CMZ. Patiënten met een score boven de drempelwaarde worden uitgenodigd voor twee huisartsconsulten met aanvullende risicoprofilering en, indien nodig, start van (preventieve) behandeling volgens de betreffende NHG-Standaarden.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Cardiometabole ziekten vormen wereldwijd een groeiend probleem. Ze zijn een belangrijke oorzaak van vroegtijdige sterfte, genereren een grote ziektelast en gaan gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg. Verwacht wordt dat de prevalentie van CMZ de komende decennia verder zal stijgen. Enerzijds door toename van een ongezonde leefstijl (overgewicht en fysieke inactiviteit), anderzijds door de groeiende levensverwachting.[1] Om deze groei en bijkomende kosten te beperken, is het van belang mensen met een verhoogd risico vroegtijdig op te sporen en te behandelen. De huisartsenpraktijk is bij uitstek de plek voor preventie van deze aandoeningen.

Het preventieconsult CMR moet structureel invulling geven aan cardiometabole preventie in de huisartsenpraktijk.[1] Vaststelling van de doelmatigheid van een preventieprogramma is een voorwaarde voor brede implementatie en financiële vergoeding.[2] (Kosten)effectiviteitsanalyse van een cardiometabool preventieprogramma is daarom van groot belang.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Het belang van preventie wordt breed gedragen door zowel overheid, zorgverzekeraars, medische beroepsgroepen als patiënten, onder het motto: voorkomen is beter dan genezen.[3]

Secundaire preventie van CMZ is al onomstreden. De verwachting is dat primaire preventie in absolute aantallen een grotere daling in prevalentie van CMZ zal geven dan secundaire preventie, omdat het aantal gezonde mensen groter is.[1]

Populatiebrede opsporing van individuen met een verhoogd risico op CMZ vindt nog nauwelijks plaats in de huisartsenpraktijk. Onderzoek van het NIVEL uit 2008 laat zien dat ongeveer een kwart van de ondervraagde huisartsen hun patiënten actief benadert voor primaire preventie van CMZ. Op dit moment gebeuren de meeste preventieve metingen echter op individueel niveau, zowel op initiatief van de patiënt als van de huisarts, indien de patiënt een of meer risicofactoren heeft.[3]

Een pilot naar de implementatie van het PC CMR liet zien dat tweederde van de respondenten een 'verhoogd risico' had op CMZ. Bij een op de vijf volwassenen die het spreekuur bezochten werd een nieuwe cardiometabole aandoening vastgesteld. Het langetermijneffect van het preventieprogramma werd hier niet onderzocht.[4]

Primaire preventie op individueel niveau, met behandeling van risicofactoren als roken, hypertensie en hypercholesterolemie, blijkt (kosten)effectief. Daardoor daalt het risico op CMZ bij volwassenen zonder aanwezige ziekten. Hoe groter het individueel risico op CMZ, hoe effectiever de interventies. Het lijkt dus zinvol hoogrisicopatiënten op te sporen en te behandelen.[1] De (kosten)effectiviteit van een cardiometabool preventieprogramma op populatieniveau is echter nog niet duidelijk.[2]

CONCLUSIE

Door toename van een ongezonde leefstijl en een vergrijzende samenleving in Nederland zal de prevalentie van CMZ de komende decennia verder stijgen. Voorafgaand aan implementatie van een cardiometabool preventieprogramma op landelijke schaal zal eerst de (kosten)effectiviteit van een dergelijk programma moeten worden vastgesteld.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Hoe (kosten)effectief is een cardiometabool preventieprogramma met aansluitend behandeling van opgespoorde ziekten en /of risicofactoren in de huisartsenpraktijk? ■

LITERATUUR

1 Dekker J, Alssema M, Janssen P, Van der Paardt M, Festen C, Van Oosterhout M, et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico. Huisarts Wet 2011;54:138-55.
2 Wyers C, Evers S, Ruwaard D. Ex-ante kosteneffectiviteitsanalyse van het PreventieConsult Cardiometabool Risico. Maastricht: Maastricht University Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, 2013.
3 Koopmans B, Korevaar J, Nielen M, Verhaak P, De Jong J, Van Dijk L, et al. Preventie kan effectiever! Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg. Utrecht: NIVEL, 2012.
4 Van der Meer V, Nielen MJM, Drenthen JMA, Vliet M van, Assendelft WJJ, Schellevis FG. Cardiometabolic prevention consultation in the Netherlands: screening uptake and detection of cardiometabolic risk factors and diseases - a pilot study. BMC Family Practice 2013;14:29.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Huispostnummer 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: D.M. Stol, aiotho, huisarts-in-opleiding en promovenda INTEGRATE-studie, een samenwerkingsverband tussen het Julius Centrum (UMC Utrecht), het NIVEL en het EMGO+-Instituut (VUmc Amsterdam) • Correspondentie: d.m.stol@gmail.com

Marieke van de Ven, Ruby Otter, Annette Berendsen, Michel Brink

KLINISCHE LES

Herkenning van overbelasting bij sporters

INLEIDING

Nederland telt een groot aantal fanatieke amateursporters die geen of nauwelijks contact hebben met ervaren trainers of sportartsen. Een aantal van hen komt met vermoeidheidsklachten op het spreekuur bij de huisarts. Vaak is er geen sprake van een duidelijk aantoonbare oorzaak. Er kan sprake zijn van overtraindheid. Deze klinische les gaat in op de huidige inzichten in trainen en overtraindheid bij (amateur)sporters.

Casus

Een 27-jarige amateurwielrenster meldde zich bij de huisarts met de vraag naar de mogelijke oorzaak van haar al langer bestaande vermoeidheidsklachten. Enkele maanden voor haar bezoek aan de huisarts had zij haar trainingsintensiteit opgevoerd. De laatste twee weken van deze periode lukte het echter niet meer om haar trainingen volledig af te maken. Wegens griepachtige verschijnselen meldde zij zich geregeld ziek op de trainingen. Daarnaast ontstonden er klachten van lokale spierpijn na krachttraining en sliep ze onrustig, waarbij ze 's nachts korte perioden wakker lag.

Bij lichamelijk onderzoek bleek het om een fitte vrouw te gaan, die geen anemische kenmerken had. In het hoofd-halsgebied waren de lymfeklieren niet palpabel, over hart en longen hoorde de huisarts geen afwijkingen en ook waren de lever en de milt niet palpabel. Ter uitsluiting van een somatische oorzaak vroeg de huisarts algemeen screenend laboratoriumonderzoek aan, dat geen bijzonderheden opleverde.

De huisarts vermoedde dat overtraindheid aan haar vermoeidheidsklachten ten grondslag lag en besprak dit met haar in een vervolgconsult. Voor verdere begeleiding heeft de huisarts de patiënte verwezen naar een sportarts en na een periode met meer hersteltijd tussen de trainingen en een lagere trainingsbelasting waren de klachten verdwenen.

Samenvatting

Van de Ven M, Otter R, Berendsen AJ, Brink MS. Herkenning van overbelasting bij sporters. Huisarts Wet 2014;57(8):426-9.

Een 27-jarige amateurwielrenster kwam met vermoeidheidsklachten bij de huisarts. Ze hield trainingen vaak niet meer vol, haar prestaties liepen terug en ze had geregeld last van bovensteluchtweginfecties. Nadat lichamelijk onderzoek en algemeen screenend laboratoriumonderzoek geen bijzonderheden hadden opgeleverd, rees het vermoeden dat er sprake was van overtraindheid. Niet-functionele overbelasting en het overtrainingssyndroom worden veroorzaakt door een disbalans tussen fysieke stressfactoren, psychosociale stressfactoren en herstelfactoren. De belangrijkste symptomen zijn een afname van het prestatieniveau en een uitgesproken vermoeidheid. Het is belangrijk om ander onderliggend somatisch lijden uit te sluiten. Een diagnostische test om overtraindheid aan te tonen is tot op heden nog niet voor handen.

UMCG/RUG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen: M. van de Ven, huisarts, kaderhuisarts bewegingsapparaat in opleiding; dr. A.J. Berendsen, huisarts. Instituut voor Sportstudies, Hanzehogeschool Groningen en Centrum voor Bewegingswetenschappen UMCG/RUG: R.T.A. Otter, promovendus; dr. M.S. Brink, universitair docent • Correspondentie: M.S.Brink@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ACHTERGROND

De normale trainingsrespons

Sporters kunnen door trainen hun prestatievermogen verhogen. Van belang is dat de training voldoende specifiek, gevarieerd en geïndividualiseerd is, en dat de trainingsbelasting groot genoeg is én wordt gevolgd door voldoende herstel. Aanvankelijk zal een juiste trainingsbelasting leiden tot een kortdurende vermindering van het prestatievermogen en vermoeidheid. Dit wordt functionele overbelasting (FO) genoemd, omdat de sporter, na een periode van relatieve rust, zal herstellen tot een prestatievermogen dat hoger ligt dan het prestatieniveau voorafgaand aan de training (supercompensatie). Wordt er echter te veel tijd voor het herstel genomen, dan gaat het gunstige effect van de supercompensatie geleidelijk verloren [**figuur 1a**]. De duur van de periode tussen de trainingsbelasting en het optreden van supercompensatie verschilt per individu en is afhankelijk van fysieke en psychosociale stressfactoren, en van herstelfactoren [**tabel 1**].[1-6] Deze drie factoren hangen met elkaar samen en bepalen alle drie het uiteindelijke prestatievermogen.

Gezien het gunstige effect van FO nemen sporters het doelbewust op in hun trainingsschema en proberen ze de volgende training zo te plannen dat deze samenvalt met het moment van supercompensatie [**figuur 1b**].[1-4]

Hoewel sporters de beschreven trainingsrespons algemeen toepassen, is het bewijs ervoor schaars en verwijst de relevante literatuur met regelmaat naar modellen als [**figuur 1**], die veelal op empirische gronden zijn gevormd.[1-4]

Overtraindheid

Als er tussen de trainingen en/of de trainingscycli onvoldoende herstel optreedt, kan dit leiden tot een afname van de prestaties en aanhoudende vermoeidheidsklachten. Wanneer er geen verbetering van deze klachten is na een periode van enkele weken van relatieve rust, is er sprake van een niet-functionele overbelasting (NFO).[1,2,5,6] Dit stadium is niet-functioneel omdat de prestatiedaling langer aanhoudt dan gepland en de ernst van de symptomen toeneemt. Naast het afgenomen

De kern

- Denk bij sporters met vermoeidheidsklachten aan overtraindheid.
- Overtraindheid wordt veroorzaakt door een disbalans tussen fysieke en psychosociale stress en herstelfactoren.
- De belangrijkste rol van de huisarts bij overtraindheid is het uitsluiten van ander onderliggend lijden.
- De huisarts kan helpen bij het inzichtelijk maken van een niet-functionele overbelasting, het overtrainingssyndroom en de invloed van verschillende fysieke en psychosociale stressfactoren in samenhang met het herstel.

Tabel 1 Voorbeelden van fysieke en psychosociale stressfactoren, en herstelfactoren[1,2,4,5]

Fysieke stressfactoren	Psychosociale stressfactoren	Herstelfactoren
Toename van de trainingsbelasting (duur en/of intensiteit)	Hoge verwachtingen van trainer en/of omgeving	Tijd tussen de trainingen
Monotone training	Wedstrijdspanning	Voeding en voldoende vocht
Groot aantal wedstrijden	Weinig sociale ondersteuning	Voldoende slaap
Omgevingsveranderingen (hoogte, temperatuur, enzovoort)	Persoonlijke problemen	
Infectie/ziekte	School- en/of werkgerelateerde problemen	

prestatieniveau en de aanhoudende vermoeidheid kunnen fysieke en psychische klachten optreden [**tabel 2**].[4-6,8]

Volledig herstel tot het uitgangsniveau kan lang duren, maar is bij NFO nog binnen twee tot drie weken mogelijk. Vindt er echter een verdere opeenstapeling van stressoren plaats, dan kan dit uiteindelijk resulteren in het overtrainingssyndroom (OTS). Bij OTS moet de sporter zich bewust zijn van het multifactoriële karakter, waarbij hij de training niet als enige causale factor mag zien. Herstel kan maanden tot jaren in beslag nemen en zelfs leiden tot het opgeven van een (amateur)sportcarrière.[1,2,5,6,8]

De overgang van FO naar NFO en van NFO naar OTS beschouwt men als een continuüm. Er bestaat echter nog geen bewijs dat de verschillende stadia elkaar opvolgen en dat de mate waarin de symptomen optreden toeneemt. Momenteel betreft deze definitie de meest aangehaalde benadering in de literatuur; het European College of Sport Science en het American College of Sports Medicine ondersteunen de in 2013 gevormde consensus hierover.[1] Men veronderstelt dat er fysiologische en biochemische factoren aan ten grondslag liggen, maar die zijn variabel per individu, aspecifiek, empirisch en talrijk.[1,2] Het onderscheid tussen de stadia maakt men momenteel achteraf, op basis van de tijd die nodig is tot herstel. Bij een volledig herstel na 14 tot 21 dagen rust spreekt men van NFO en bij een herstel van meer dan 21 dagen van OTS.[1,2,5,6,8]

EPIDEMIOLOGIE

Over het geheel genomen maakt ongeveer 20 tot 60% van de volwassen[1,6,9] en 33% van de jeugdige sporters[8,9] eens in hun carrière een episode van NFO/OTS door. Recent onderzoek bij zowel volwassen als jeugdige sporters laat zien dat individuele sporters een hoger risico lopen dan teamsporters (60% versus 40%). Men denkt dat hieraan een groter aantal trainingsuren, en daarmee een hogere trainingsbelasting, en een eenzijdiger tijdsbesteding bij individuele sporters in vergelijking met duursporters ten grondslag liggen.[8,9] Sporters met een eerdere episode van NFO of OTS lopen bovendien een verhoogd risico terug te vallen.[1]

PATHOFYSIOLOGIE

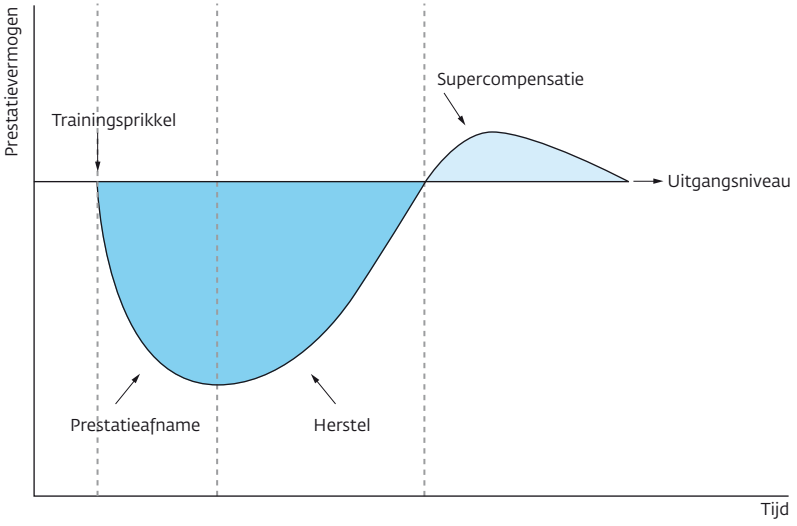
Men veronderstelt dat de oorzaak van NFO/OTS ligt in een disbalans tussen fysieke en psychosociale stress en herstelbronnen.[1,4,10,11] Wanneer sporters te veel training combineren met te weinig herstel en er een toename is van psychosociale stress, zal dit leiden tot verstoringen op hormonaal, autonoom, immunologisch en psychosociaal niveau.[1,2,4,10,11]

DIAGNOSTIEK

Als iemand zich met vermoeidheidsklachten op het spreekuur meldt, neemt de huisarts uitgebreid differentiaaldiagnostische aspecten in overweging. Indien de vermoeidheidsklachten optreden bij iemand die regelmatig sport, is overtraindheid als onderliggende oorzaak van de vermoeidheid mogelijk, en zal de huisarts deze mee moeten nemen in de differentiaaldiagnose.

Bij een sterk vermoeden van overtraindheid kunnen specifieke vragen helpen om meer inzicht te krijgen in veran-

Figuur 1a De normale trainingsrespons, naar Kreider[7]



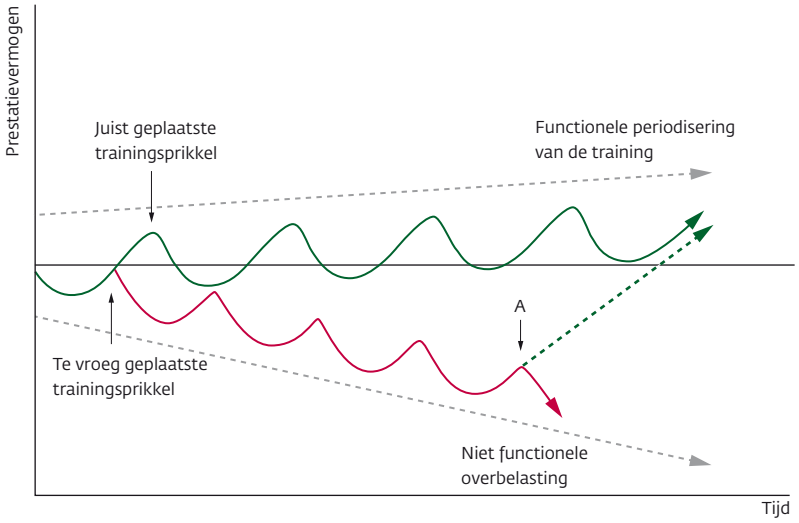
Een juiste trainingsbelasting leidt tot een kortdurende vermindering van het prestatievermogen en vermoeidheid (functionele overbelasting). Na een periode van (relatieve) rust, zal het prestatievermogen zich herstellen tot voorbij het uitgangsniveau (supercompensatie). Dit effect zal zonder nieuwe trainingsprikkel weer geleidelijk verloren gaan.

Abstract

Van de Ven M, Otter R, Berendsen AJ, Brink MS. Recognizing overtraining in sportsmen and women. Huisarts Wet 2014;57(8):426-9.

A 27-year-old amateur cyclist went to her general practitioner because of fatigue. She often could not finish training sessions, her performance declined, and she regularly had upper respiratory tract infections. As physical examination and laboratory investigations were normal, the GP suspected overtraining. Both non-functional over-reaching (NFOR) and the overtraining syndrome (OTS) are caused by an imbalance between physical stress, psychosocial stress, and recovery. The main symptoms are fatigue and diminished performance. As there is no diagnostic tool to identify NFOR and OTS, it is important to exclude underlying disease.

Figuur 1b Effect van het plaatsen van opeenvolgende trainingsprikkels, vertaald naar het model van Budgett[3]



De groene lijn geeft de normale trainingsrespons aan, gevolgd door een juist geplaatste trainingsprikkel tijdens de supercompensatie. De rode lijn laat een afname van het prestatievermogen zien indien er onvoldoende herstel optreedt tussen de trainingsprikkels (niet-functionele overbelasting). Punt A is een fictief punt op de lijn. Als er op dit punt herstel mogelijk is binnen 14-21 dagen, dan was er sprake van niet-functionele overbelasting. Duurt op dit punt herstel langer, dan is er sprake van een overtrainingssyndroom.

deringen op het gebied van fysiologische en psychosociale stressfactoren, en herstelfactoren, en in de omvang van de klachten [**tabel 1** en **2**].

De oorzaken van prestatieafname en vermoeidheid zijn divers van aard en voor sporters nagenoeg gelijk aan die voor de algemene populatie. Wel lijken virale infecties, bovensteluchtweginfecties en ijzerdeficiëntie vaker voor te komen bij sporters.[5] Daarom kan de huisarts, indien na het afnemen van de anamnese en het lichamelijk onderzoek aanvullende diagnostiek nodig lijkt, overwegen om het serumferritine mee te laten bepalen, naast het algemene laboratoriumonderzoek bij vermoeidheidsklachten volgens de 'Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken'.

Een diagnostische test om NFO en/of OTS aan te tonen, dan wel uit te sluiten is nog niet voorhanden.[1,2] De laatste tien jaar heeft men veel onderzoek gedaan naar diagnostische tests en/of voorspellers van NFO en OTS op fysiologisch, biochemisch, immunologisch en psychosociaal gebied.[1,2,3,5,10,11] Maar voor veel gebruikte indicatoren, zoals een verhoging van de hartfrequentie in rust, een daling van de maximale hartslag, de maximale zuurstofspanning en de lactaatconcentratie bij inspanning, bestaat nog weinig wetenschappelijke onderbouwing.[1,4,10,11]

Hoewel het nog geen diagnostische waarde in de dagelijkse praktijk heeft, lijkt het mogelijk om, direct na maximale inspanning, een onderscheid te maken tussen NFO en OTS op basis van een verandering in de hormoonspiegels van ACTH (adrenocorticotroop hormoon), prolactine en GH (groeihormoon). Men denkt dat de betreffende waarden bij NFO toenemen door hyperreactiviteit van de hypofyse. Omgekeerd zullen deze hormoonwaarden bij OTS sterk afnemen door uitputting van de HPA-as (hypothalamus-hypofyse-bijnieras).[1]

Een andere, mogelijk bruikbare, bevinding voor trainers en sportartsen is dat stemmingswisselingen (spanning, depressie, boosheid en verwarring) proportioneel lijken toe te nemen naarmate de trainingsbelasting zwaarder wordt, en weer normaliseren tijdens herstel.[1] In de sportgeneeskunde maakt men veelvuldig gebruik van scorelijsten en sportdagboeken om psychosociale stress en herstelbronnen binnen en buiten de sport in kaart te brengen en te monitoren tijdens de begeleiding van NFO en OTS.[1,2,4,10,11]

Tabel 2 Symptomen van niet-functionele overbelasting (NFO) en het overtrainingssyndroom (OTS), naast prestatieafname en vermoeidheidsklachten[5,8]

Fysieke symptomen	Psychische symptomen
Gewrichts- en spierpijnen	Algehele malaise
Verminderde kracht	Depressieve klachten
Frequente bovensteluchtweginfecties	Stemmingswisselingen
Toegenomen kwetsbaarheid voor blessures	Slapeloosheid
Hormonale veranderingen	Verminderde concentratie
Oligo/amenorroe	Anorexia

BEHANDELING

Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor ander onderliggend lijden, kan de huisarts op basis van de anamnese de waarschijnlijkheidsdiagnose NFO of OTS stellen. In het vervolgconsult kan de huisarts de sporter uitleg geven over de normale trainingsrespons (FO), NFO en OTS. Ook is het belangrijk dat hij de patiënt de onderlinge driehoeksverhouding van fysieke en psychosociale stress en herstelfactoren [**tabel 1**] uitlegt en met de patiënt nagaat of er veranderingen op een van deze vlakken zijn opgetreden.[12] Als de huisarts niet zeker is van de diagnose of de begeleiding niet tot het gewenste herstel leidt, is het verstandig de patiënt naar de sportarts door te verwijzen.

OTS en NFO zullen na verloop van tijd spontaan herstellen indien de sporter voldoende (relatieve) rust neemt, totdat fysieke en psychosociale factoren weer in balans zijn gekomen.[1-5,10,11] Voor (relatieve) rust bestaat geen eenduidige definitie. Als het vooral om fysieke stressfactoren gaat, zal rust in ieder geval moeten bestaan uit voldoende slaap en een duidelijke afname van de trainingsbelasting, in combinatie met een toegenomen hersteltijd tussen de verschillende trainingsprikkels in. Bij het hervatten van de training is het aan te raden de trainingsbelasting geleidelijk aan op te bouwen, waarbij de sporter eerst de duur zal moeten opbouwen alvorens hij de intensiteit verhoogt.[9] Daarnaast is het aan te raden om op zijn minst één passieve rustdag per week in het trainingsschema op te nemen.[1,3] Als er meer sprake is van psychosociale stress kan men denken aan een (betere) ontspanning of het vergroten van steun uit de omgeving. Voor gerichtere

sportmedische adviezen kan de huisarts de sporter verwijzen naar een sportarts.

Ten slotte heeft medicamenteuze behandeling, gericht op de afzonderlijke symptomen van NFO en OTS, zoals vermeld in [**tabel 2**], over het algemeen genomen geen toegevoegde waarde.[2] Mocht men dit bij zeer ernstige klachten toch overwegen, dan zal men bij wedstrijdsporters rekening moeten houden met middelen die volgens de dopinglijst verboden zijn.[13]

CONCLUSIE

Bij patiënten die met vermoeidheidsklachten op het spreekuur komen, moet de huisarts bij fanatieke sporters ook aan overtraindheid als oorzaak denken. Tot op heden zijn er nog geen diagnostische tests voor het stellen van de diagnose overtraindheid of die het onderscheid kunnen maken tussen NFO en OTS.

De belangrijkste rol van de huisarts in geval van overtraindheid is het uitsluiten van onderliggend lijden, waarbij hij overdiagnostiek moet voorkomen. Daarnaast kan de huisarts uitleg geven over de normale trainingsrespons, het ontstaan van NFO en OTS, en de invloed van verschillende fysieke en psychosociale stress, en herstelfactoren. Wanneer de huisarts zich hiertoe niet bekwaam voelt, verwijst hij de patiënt hiervoor naar een sportarts. ■

LITERATUUR

1 Meeusen R, Duclos M, Foster C, Fry A, Gleeson M, Nieman D, et al. Prevention, diagnosis, and treatment of the overtraining syndrome: joint consensus statement of the European college of sport science and the American college of sports medicine. Med Scie Sports Exerc 2013;45:186-205.
2 Halson SL, Jeukendrup AE. Does overtraining exist? An analysis of overreaching and overtraining research. Sports Med 2004;34:967-81.
3 Kellmann M. Preventing overtraining in athletes in high-intensity sports and stress/recovery monitoring. Scan J Med Sci Sports 2010;20 Suppl 2:95-102.
4 Budgett R. Fatigue and underperformance in athletes: the overtraining syndrome. Br J Sports Med 1998;32:107-10.
5 Kenttä G, Hassmén P. Overtraining and recovery: a conceptual model. Sports Med 1998;26:1-16.
6 Nederhof E, Lemmink KAPM, Visscher C, Meeusen R, Mulder T. Psychomotor Speed: possibly a new marker for overtraining syndrome. Sports Med 2006;36:817-28.
7 Kreider R, Fry AC, O'Toole M. Overtraining in sport: terms, definitions, and prevalence. In: Kreider R, Fry AC, O'Toole M, editors. Overtraining in sport 1998. Campaign (IL): Human Kinetics: VII-IX.
8 Matos NF, Winsley RJ, Williams CA. Prevalence of nonfunctional overreaching/overtraining in young English athletes. Med Scie Sports Exerc 2011;43:1287-94.
9 Kenttä G, Hassmén P, Raglin JS. Training practices and overtraining syndrome in Swedish age-group athletes. Int J Sports Med 2001;22:460-5.
10 Purvis D, Gonsalves S, Deuster PA. Physiological and psychological fatigue in extreme conditions: overtraining and elite athletes. PM R 2010;2:442-50.
11 Urhausen A, Kinderman W. Diagnosis of overtraining: what tools do we have? Sports Med 2002;32:95-102.
12 Lemmink KAPM, Brink MS, Nederhof E. Overtraindheid in de sport: stand van zaken en mogelijkheden voor preventie. In: Geraets JJXR, et al. (redactie). Jaarboek fysiotherapie kinesitherapie 2009. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
13 http://www.dopingautoriteit.nl/wat_is_doping/dopinglijst/wada-dopinglijst.

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 86-jarige dame komt op het spreekuur met een zwelling op haar linkerbovenarm die in enkele maanden is gegroeid. Wat is uw diagnose?

a. Hemagioom
b. Plaveiselcelcarcinoom
c. Merkelcelcarcinoom
d. Amelanotisch melanoom

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

Fotoquiz van de maand augustus

Foto: Julian Kiers, huisarts in Lent

COLUMN

'Dokter, een total body screening graag'

'Goedemorgen meneer Willems, wat kan ik voor u doen?'

'Goedendag dokter. Ik heb eigenlijk helemaal nergens last van.'

'Oh?'

'Ik heb alleen een simpel verzoekje. Kan ik een keer preventief helemaal nagekeken worden?'

'Ik kan u zeker op een aantal aandoeningen testen, maar zijn er specifieke klachten of dingen waar u bang voor bent?'

'Nou, het lijkt wel of tegenwoordig iedereen kanker krijgt. En veel vrienden hebben een te hoog cholesterol of een vitamine-D-tekort. Daar zou ik allemaal graag op gecontroleerd worden. Oh, en ik hoorde dat je het PSA kunt laten bepalen voor prostaatkanker, kan dat dan ook meteen?'

Poeh. Wat zal ik doen? Ervoor kiezen geen tijd te verliezen en zijn verzoek direct honoreren? De makkelijke weg is een labformulier pakken en cholesterolpakket, vitamine D en PSA aankruisen. Dat voelt echter in strijd met de uitvoering van goede geneeskunde. Ik wil geen cholesterol bepalen zonder een volledig risicoprofiel te maken, bij niet-risicogroepen zonder klachten lijkt me een vitamine-D-spiegel prikken overdreven en een PSA is weinig zinvol zonder uitleg en rectaal toucher.

Nee. Om verantwoorde zorg te leveren, ga ik over op verdieping en voorlichting. Dus inventariseer ik geduldig of meneer niet toch ongemerkt klachten heeft die op bepaalde aandoeningen kunnen wijzen. Ik vraag naar zijn leefstijl en familieanamnese. Ik geef uitleg over cardiovasculair risicomanagement en overlaad meneer met termen als risicotabellen, functies en cholesterolratio's. Ten slotte geef ik hem de altijd uitdagende PSA-voorlichting en biedt aan – naast onderzoek van bloeddruk, hart/longen en abdomen – een rectaal toucher uit te voeren. Hij gaat akkoord.

Hierdoor wordt het 'gemakkelijke gesprek' een intensief consult met uitgebreid onderzoek waarvoor een standaard consult te weinig tijd biedt. Na twintig minuten verlaat de man mijn spreekkamer met een labformulier met zijn verzoekjes en enkele toevoegingen van mijn kant.

Steeds vaker komen patiënten met een vergelijkbaar verzoek tot screening en daar heb ik moeite mee. Ik vind het vooral moeilijk te bepalen wat ik wel en niet moet onderzoeken. Soms vragen patiënten om specifieke onderzoeken, maar laten ze aan de dokter over waarop ze precies getest moeten worden. Naast het op het laboratoriumaanvraagformulier aan te vinken 'algemeen onderzoek' (bloedbeeld/BSE/glucose/TSH) mist de mogelijkheid 'algehele screening' die beantwoording van de hulpvraag van de patiënt stukken zou vergemakkelijken.

Welke tests zijn geschikt om bij zo'n vraag over 'screening' te doen en welke niet? Waar ligt de grens? Bied je, wanneer een patiënt daarom vraagt, ook hartfilmpjes en coloscopieën aan? En wat als de patiënt het aan mij overlaat en ik bepaalde zaken niet onderzoek, kan ik hiervoor achteraf berispt worden? Ik hoop toch geen klacht te krijgen wanneer iemand later een hartafwijking blijkt te hebben en ik geen ECG heb aangevraagd.

Als je niet ingaat op een vraag om screening van een patiënt loop je de kans iets te missen. Ondertussen vraag ik me af of we sommige dingen niet juist móéten missen. In hoeverre is het zinvol te weten hoe hoog ons cholesterol is? De kans is aanwezig dat een geïsoleerd verhoogd cholesterol zich nooit in de vorm van hart- of vaatziekten presenteert en dus betwijfel ik of het goed is het te weten. Het kan dan hooguit onrust veroorzaken, wat evenmin goed is voor de gezondheid.

Ik dacht altijd dat mijn uitdaging in het huisartsenvak vooral het zoeken naar de 'verstoring' in het lichaam was. Losse symptomen bij elkaar puzzelen om tot een diagnose te komen. Screening is een totaal andere vorm van geneeskunde en geeft onrust door de dilemma's die het oproept.

Ik moet leren het anders te bekijken. Het achterhalen van de reden waarom een patiënt zonder klachten zich vrijwillig aan allerlei (soms vervelende) onderzoeken onderwerp brengt mogelijk de oplossing. Als duidelijk wordt wat de achtergrond van een screeningsverzoek is, kan zomaar een heldere hulpvraag boven tafel komen, wat gerichter aanvullend onderzoek mogelijk maakt.

Bij een volgend verzoek is wat meer achterover leunen dus wellicht zinvol. Als de patiënt ruimte krijgt voor zijn verhaal kan hopelijk de vraag achter zijn vraag beantwoord worden. Dan is die 'total body screening', met de bijbehorende dilemma's voor mij, wellicht niet meer nodig. ■

Sophie van der Voort

Sophie van der Voort is derdejaars aios.

KENNISTOETS: VRAGEN

De heer Van Hattem, 72 jaar, heeft steeds meer moeite met plassen. De straal is slap en komt moeilijk op gang, 's nachts moet hij er regelmatig uit om te plassen. Bij rectaal toucher voelt de huisarts een vergrote gladde elastische prostaat. Het urineonderzoek is zonder afwijkingen. De huisarts vertelt de heer Van Hattem zijn bevindingen en legt hem uit dat (1) een vergrote prostaat in de meeste gevallen de oorzaak is van dit soort plasklachten. Daarnaast geeft hij uitleg over het beloop, hij legt uit dat (2) ongeveer eenderde van de mannen spontane verbetering ervaart.

1. De uitleg van de huisarts na (1) is correct.

2. De uitleg van de huisarts na (2) is correct.

Meike, 12 jaar, heeft uitslag op de romp en het bovenste gedeelte van haar armen. Vader vraagt de huisarts of het besmettelijk is. Bij onderzoek ziet de huisarts op romp en bovenarmen erythematosquameuze papuleuze laesies. Uit de anamnese blijkt dat ze een week geleden een keelontsteking heeft gehad. De huisarts stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose psoriasis guttata. Bij deze diagnose past/passen:

3. - de leeftijd van Meike;

4. - de doorgemaakte ontsteking voorafgaand aan het uitbreken van de eruptie.

Vader vraagt of een antibioticumkuur voor de keelinfectie de huiduitslag bij Meike had kunnen voorkomen. De huisarts legt uit dat (1) hier onvoldoende bewijs voor is.

5. De uitleg van de huisarts na (1) is correct.

Mevrouw De Boer, 29 jaar, klaagt op het spreekuur over 'dode vingers': haar wijs- en ringvingers van beide handen worden achtereenvolgens wit, blauwpaars en rood van kleur. Dit proces duurt in totaal enkele minuten. Daarna gaan de vingers pijn doen. Ze heeft gemerkt dat het meestal optreedt als ze koude handen heeft. De huisarts zegt dat er sprake is van het fenomeen van Raynaud en geeft uitleg. Bij dit fenomeen past/passen:

6. - de blauwpaarse verkleuring;

7. - het optreden van de klachten bij kou.

De ouders van Martijn, 3 jaar, gaan met hem naar de huisartsenpost wegens een matig ernstige pseudokroepaanval. De huisarts besluit Martijn te behandelen met een eenmalige toediening van corticosteroïden oraal. Zij geeft daartoe dexamethasondrank 0,15 mg/kg. Verder spreekt zij af dat ze Martijn (1) na een uur wil terugzien.

8. De dosering dexamethasondrank is in dit geval correct.

9. Deze termijn bij (1) is correct.

Bij controle blijkt Martijn onvoldoende te reageren op de ingezette behandeling. De huisarts besluit hem naar de kinderarts te verwijzen.

10. Dit beleid van de huisarts is correct.

De antwoorden staan op pagina 440.

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.

Edmond Walma

IMPORT

Steunkousen na diepe veneuze trombose?

INLEIDING

Bij diepe veneuze trombose (DVT), zeker bij een groot of proximaal traject, is er een aanzienlijk risico (10-20%) op een posttrombotisch syndroom (PTS). Er ontstaat dan een permanent bemoeilijkte afvoer van veneus bloed met als gevolgen: zwelling, pijn, huidafwijkingen en functieklachten in het gebied distaal van de beschadigde of geobstrueerde venen. Volgens de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose moeten we daarom altijd 2 jaar lang steunkousen voorschrijven.

Pathofysiologisch is de gunstige werking van therapeutische elastische kousen (TEK's) eenvoudig aannemelijk te maken. TEK's stimuleren de afvloed van veneus bloed, ondersteunen beschadigde venekleppen bij hun restfunctie en gaan uittreden van extravasaat tegen. Ter onderbouwing van de effectiviteit verwijzen de richtlijnen naar enkele middelgrote, niet-gecontroleerde trials (Brandjes 1997, Prandoni 2004). Omdat de *clinical evidence* voor effectiviteit niet erg robuust is en de belasting van 2 jaar dagelijks steunkousen dragen behoorlijk groot, deden Canadese onderzoekers tussen 2004 en 2013 een grote gerandomiseerde, geblindeerde multicenter trial.

ONDERZOEK

Design Gerandomiseerde trial (n = 806). Voor insluiting kwamen patiënten in aanmerking met een eerste DVT, ter hoogte van de *vv. poplitea* of meer proximaal, die binnen 14 dagen echografisch bevestigd was. Uitgesloten werden patiënten met een contra-indicatie voor TEK's, of met onvoldoende follow-upmogelijkheden. Na randomisatie kregen patiënten van de fabrikant op maat gemaakte TEK's toegestuurd. De controlegroep kreeg placebokousen met een enkeldruk van maximaal 5 mmHg. Om de blindering veilig te stellen, kregen patiënten de instructie de steunkousen bij de follow-upcontroles niet te dragen. Aan het eind van de follow-upperiode kregen zowel patiënten als onderzoekers de vraag of ze met echte steunkousen of met placebokousen te maken dachten te hebben. Hierbij bleek dat de blindering nog intact was.

Interventie De actief behandelde groep kreeg op maat gemaakte TEK's tot kniehoogte met een enkeldruk van 30-40mmHg (drukklasse 2-3), met halfjaarlijkse follow-up. Elke 6 maanden of zo nodig eerder werden de TEK's door nieuwe vervangen.

Uitkomstmaten De primaire uitkomst was de cumulatieve incidentie van PTS over de onderzoeksperiode van 2 jaar. PTS werd klinisch gediagnosticeerd met behulp van een criterialijst. Secundaire uitkomsten waren: therapietrouw, klinische diagnose PTS met een alternatieve criterialijst, ernst van PTS, incidentie van ulcera crurae, recidief DVT, veneuze reflux, en kwaliteit van leven.

Analyse Voor het primaire eindpunt werden Cox' regressieanalyses verricht, zowel intention-to-treat als per protocol. Het laatste om eventuele vertekening van de resultaten door grotere therapieontrouw bij actieve TEK's op te sporen. Secundaire eindpunten werden, evenals subgroepen, allemaal adequaat geanalyseerd.

Resultaten Baselinekarakteristieken waren in beide onderzoeksgroepen gelijk. In de groep met actieve steunkousen was de cumulatieve incidentie van PTS na 2 jaar 14,2%, tegen 12,7% in de placebogroep (p = 0,58). Ook de secundaire uitkomstmaten verschilden niet. De therapietrouw van TEK's was in beide onderzoeksgroepen gelijk en verliep van 86,4%, tijdens de eerste follow-upcontrole na 1 maand, tot 55,6% na 2 jaar. Therapietrouw was gedefinieerd als het dragen van TEK's gedurende 3 of meer dagen per week (10-11 u/dag). Subgroepen naar geslacht, BMI, leeftijd en omvang van DVT toonden alleen een verschil tussen mannen en vrouwen, waarbij vrouwen mogelijk iets meer baat hebben van TEK's.

Conclusie auteurs Bij patiënten met proximale DVT beschermen TEK's niet tegen PTS en evenmin tegen andere complicaties, zoals recidief DVT en veneuze ulcera. Routinematig voorschrijven van TEK's wordt dan ook niet aangeraden.

INTERPRETATIE

Hoewel een eerdere Cochrane-review het effect van TEK's na DVT aantoonde op grond van 2 trials met in totaal ongeveer 400 patiënten, doet deze nieuwe, grote trial die conclusie teniet. Langdurig voorschrijven van TEK's na DVT ter preventie van PTS hoeft nu dus niet meer bij iedere patiënt. In de richtlijnen moet een minder dwingend advies komen en meer ruimte voor individualisatie. In de acute fase (gezwollen been) kan een TEK met een drukgradiënt van enkel naar knie om oedeem en veneus bloed naar proximaal te transporteren, op pathofysiologische gronden therapeutische waarde hebben. Daarna ligt een beleid op basis van de klachten voor de hand en is de routine van steunkousen voor een periode van 2 jaar niet langer nodig. ■

LITERATUUR

1 Kahn SR, Shapiro S, Wells PS, Rodger MA, Kovacs MJ, Anderson DR, et al. For the SOX trial investigators. Compression stockings to prevent post-thrombotic syndrome: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2014;383:880-8.

2 Kolbach DN, Sandbrink MWC, Hamulyak K, Prins MH, Neumann MHAM. Editorial Group: Cochrane Peripheral Vascular Diseases Group. Non-pharmaceutical measures for prevention of post-thrombotic syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;DOI 10.1002/14651858.CD004174.pu.

3 Brandjes DP, Buller HR, Heijboer H, Hulsman MV, De Rijk M, Jagt H, et al. Randomised trial of effect of compression stockings in patients with symptomatic proximal-vein thrombosis. Lancet 1997;349:759-62.

4 Prandoni P, Lensing AW, Prins MH, Frulla M, Marchiori A, Bernardi E, et al. Below-knee elastic compression to prevent the post-thrombotic syndrome: a randomised controlled trial. Ann Int Med 2004;141:249-56.

Dr. E.P. Walma, Robert Kochlaan 1, 2871 LH Schoonhoven: voormalig huisarts te Schoonhoven en voormalig wetenschappelijk medewerker Erasmus MC • Correspondentie: e.walma@erasmusmc.nl

Pieter Barnhoorn, Rosalinde Poortvliet

Dipsticks en urineweginfecties bij vrouwen

INLEIDING

Onlangs verscheen de nieuwe NHG-Standaard Urineweginfecties.[1] Hierin staan duidelijke stroomdiagrammen over de aanpak van (mogelijke) urineweginfecties bij verschillende patiëntengroepen. Het eerste stroomdiagram betreft patiënten met mictieklachten die huisartsen het meest zien: niet-zwangere vrouwen vanaf 12 jaar, zonder koorts. Bij deze patiënten moet de huisarts volgens de standaard vier vragen stellen: Pijn bij plassen op de voorgrond? Vaginale klachten? Verhoogd soa-risico? Klachtenduur korter dan 7 dagen? Als de vrouw deze vragen bevestigend beantwoordt en de klachten herkent, gaat de huisarts uit van een cystitis. Bij ontkennende antwoorden of als zij de klachten niet herkent, volgt een dipsticktest.

In de praktijk wordt de volgorde anamnese-urineonderzoek nog wel eens omgedraaid en wordt eerst de urine nagekeken. De huisarts krijgt de uitslag van het urineonderzoek vaak samen met de informatie die de assistente (telefonisch, mondeling of via een vragenlijstje) over de patiënt heeft verzameld. Daarom is het belangrijk stil te staan bij de positief en negatief voorspellende waarde van de dipsticktest. Wat zegt het als de vakjes voor nitriet, leukocyten en erytrocyten aankleuren op een dipstick? Het onlangs gepubliceerde onderzoek van Little et al. betrof de validiteit van de dipsticktest en klinische predictoren voor de diagnose urineweginfectie.[2]

ONDERZOEK

Methode Bij een onderzoek in 62 huisartsenpraktijken in het zuiden van Engeland werden 434 niet-zwangere vrouwen geïncludeerd die zich hadden gemeld met klachten over een (mogelijke) urineweginfectie. Zij waren ouder dan 18 jaar en hadden meestal last van dysurie en toegenomen frequentie. De onderzoekers excludeerden vrouwen met ernstige psychische ziektes (bijvoorbeeld dementie) en/of bij vermoeden van andere ziektes (zoals vaginale klachten).

De klachten werden op een driepuntsschaal weergegeven: niet ernstig, matig of ernstig. De urine werd gescoord op troebelheid en afwijkende geur, waarna een dipsticktest werd gedaan. Als gouden standaard werd een urinekweek verricht (afkappunt voor een positieve kweek 10^3).

Resultaten Van de 434 vrouwen had 66% (n = 287) op basis van de kweek een urineweginfectie. Van alle variabelen bleek nitriet het meest voorspellend voor een urineweginfectie (OR 5,6; 95%-BI 2,7 tot 11,7), gevolgd door leukocyten (OR 3,5; 95%-BI 2,1 tot 5,8) en erytrocyten (OR 2,1; 95%-BI 1,3 tot 3,4). De positief voorspellende waarde (PVW) voor nitriet was 81%, de negatief voorstellende waarde (NVW) 57%. De PVW voor erytrocyten of leukocyten was 74-76%, de NVW 68-76%. Waren alledrie de tests positief, dan was de PVW 91%. De kans dat een vrouw een urineweginfectie had als de dipsticktest positief was voor nitriet, leukocyten en erytrocyten was dus 91%. De NVW was 40%, je mist dan ook 60% van de urineweginfecties als je de afkapwaarde legt bij 3 positieve tests. Zijn alledrie de tests negatief, dan is de NVW 76%. Met andere woorden: van de vrouwen die een mogelijke urineweginfectie hadden, maar negatief scoorden op nitriet, leukocyten en erytrocyten had 76% geen urineweginfectie maar 24% wel, ondanks het negatief zijn van de drie tests.

Slecht 2 klinische variabelen bleken goede voorspellers voor een urineweginfectie: troebelheid van de urine en matige tot ernstige dysurie. Nycturie bleek een matig goede voorspeller. Voor de combinatie van troebelheid, dysurie en nycturie zochten de onderzoekers opnieuw naar een juist afkappunt. Bij aanwezigheid van minimaal 1 van deze 3 symptomen was de NVW 67%, bij aanwezigheid van alledrie was de PVW 82%.

INTERPRETATIE

Urineweginfecties zijn in de dagelijkse praktijk van de huisarts een veelvoorkomend probleem. Met de NHG-Standaard Urineweginfectie kan dit probleem vaak naar tevredenheid worden opgelost.

Urineweginfecties komen vaker voor bij vrouwen met dysurie, nycturie en troebele urine. De afwezigheid van deze symptomen kan een urineweginfectie echter niet uitsluiten. De dipsticktest verbetert de precisie van de diagnostiek, maar de huisarts moet de beperkte NVW in acht nemen. Volgens de standaard wordt de diagnose urineweginfectie gesteld als de dipsticktest positief is voor nitriet. Gezien de hoge PVW is de nitriettest zeker geschikt om urineweginfecties aan te tonen. Een urineweginfectie wordt bij een lage voorafkans uitgesloten bij een dipsticktest die negatief is voor nitriet en vervolgens voor leukocyten en erytrocyten. Het onderzoek van Little et al. toont dat als de dipsticktest negatief is voor nitriet, leukocyten en erytrocyten, nog 24% van de vrouwen een urineweginfectie kan hebben. Dit maakt het in de praktijk lastig om een urineweginfectie uit te sluiten op basis van de resultaten van de dipsticktest alleen. Een dipslide is in dat geval wellicht toch aan te bevelen. ■

LITERATUUR

1 Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:270-80.
2 Little P, Turner S, Rumsby K, Jones R, Warner G, Moore M, et al. Validating the prediction of lower urinary tract infection in primary care: sensitivity and specificity of urinary dipsticks and clinical scores in women. Br J Gen Pract 2010;60:495-500.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: P.C. Barnhoorn, huisarts en onderzoeker; R.K.E. Poortvliet, aiotho • Correspondentie: p.c.barnhoorn@lumc.nl

Astrid van Slobbe

CATS

Echografie calcaneus bij diagnostiek osteoporose

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 Osteoporose is een aandoening die wordt gekarakteriseerd door een te lage botmassa, met als gevolg een verhoogd risico op fracturen. De diagnose osteoporose wordt vastgesteld door de gouden standaard: dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA).[1] Eind jaren '90 ontstond er interesse in het gebruik van de kwantitatieve echo van de calcaneus (KEC) voor het vaststellen van osteoporose.[2] Wij vroegen ons af wat de waarde is van echografie van de calcaneus voor het stellen van de diagnose osteoporose in vergelijking met de gouden standaard, de DEXA-bepaling. Hiervoor onderzochten wij de sensitiviteit en specificiteit van kwantitatieve echografie van de calcaneus voor het vaststellen van osteoporose met de DEXA-scan als gouden standaard.

Zoekstructuur Zoekstrategie PubMed: 'calcaneus/ultrasonography' (MeSH) AND 'osteoporosis' (MeSH). Er zijn geen filters toegepast.

Resultaten We vonden 20 reviews. Een recente review viel af omdat deze geen kwaliteitsbeoordeling bevatte van de geïncludeerde artikelen.[3] Vervolgens viel een aantal reviews af omdat zij alleen in het Japans beschikbaar waren. Er bleef 1 meta-analyse over van goede kwaliteit die we hebben gebruikt om de vraagstelling te beantwoorden.[4]

Bespreking In de meta-analyse waren 25 onderzoeken opgenomen die voldeden aan de inclusiecriteria; sensitiviteit en specificiteit van KEC voor het identificeren van personen met een DEXA-score van –2,5 of lager in heup of lumbale wervelkolom. In totaal waren 6726 patiënten geïncludeerd in deze meta-analyse, voornamelijk vrouwen (mediaan 46-64 jaar). Alle onderzoeken rapporteerden over kwantitatieve afkapwaardes, gebruikt om positieve en negatieve resultaten te onderscheiden. Bij de DEXA-scan is de referentiewaarde voor osteoporose vastgesteld op T-2,5. Bij KEC is die referentiewaarde nog niet bekend, vandaar dat verschillende drempelwaardes worden gebruikt. Uitgaande van de afkapwaarde T-score –1 is de sensitiviteit van KEC 79% (95%-BI 69 tot 89%) en de specificiteit 58% (96%-BI 44 tot 70%) voor het identificeren van personen met DEXA-score T –2,5 (en dus officieel voldoen aan de diagnose osteoporose). Als de T-score-afkapwaarde verhoogd wordt naar 0 neemt de sensitiviteit toe tot 93% (95%-BI 87 tot 97%), echter de specificiteit daalt tot 24% (95%-BI 10 tot 47%). De likelihood ratio van een positieve KEC (drempel T-score –1) is 1,88, de likelihood ratio van een negatieve KEC (drempel T-score –1) is 0,36.

Aanvullend commentaar De geïncludeerde onderzoeken betroffen voornamelijk vrouwen, van wie veel postmenopauzaal. De conclusies gelden dan ook alleen voor deze groepen. De geïncludeerde onderzoeken zijn door twee auteurs onafhankelijk beoordeeld op informatie over onderzoeksopzet, deelnemers, resultaten en mogelijke bronnen van bias. De voorafkans op osteoporose bij vrouwen tussen de 60-69 is 22%,[5] de achterafkans van DEXA-vastgestelde osteoporose is 34% (95%-BI 26 tot 41%) na een positieve uitslag bij KEC en 10% (95%-BI 5 tot 12) na een negatieve uitslag bij KEC. Hierbij is de T-scoredrempel KEC –1.

Conclusie Aan de hand van kwantitatieve echografie van de calcaneus, bij gebruikelijke afkapwaardes, kan de diagnose osteoporose (DEXA-scan vastgesteld) niet bevestigd noch verworpen worden.

Betekenis In de spreekkamer betekent dit dat het advies om 'niet te behandelen voor osteoporose op grond van een meting met behulp van echo' uit de NHG-Standaard Osteoporose (2005) nog steeds gevolgd kan worden. ■

LITERATUUR

1 Elders PJM, Leusink GL, Graafmans WC, Bolhuis AP, Van der Spoel OP, Van Keimpema JC, et al. NHG-Standaard Osteoporose. www.nhg.org
2 Prins SH, Jorgensen HL, Jorgensen LV, Hassager C. The role of quantitative ultrasound in the assessment of bone:a review. Clin Physiol 1998;18:3-17.
3 Flöter M, Bittar CK, Zabeu JLA, Carneiro CR. Review of comparative studies between bone denitometry and quantitative ultrasound of the calcaneus in osteoporosis. Acta Reumatol Port 2011;36:327-35.
4 Nayak S, Olkin I, Liu Hau, Grabe M, Gould MK, Allen IE, et al. Meta-analysis: Accuracy of quantitative ultrasound for identifying patients with osteoporosis. Ann Intern Med 2006;144:832-41.
5 Melton LJ 3rd. How many women have osteoporosis now? J Bone Miner Res 1995;10:175-7.

Gezondheidscentrum West, Europalaan 122, 8303 GL Emmeloord: A. van Slobbe, huisarts en kaderarts bewegingsapparaat • Correspondentie: avspols@gmail.com

Pim van den Dungen

Psychotherapie vermindert depressie bij dementie

PEARLS

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 Veel patiënten met dementie of lichte cognitieve stoornissen (MCI) hebben depressieve klachten, angstklachten of beide. Richtlijnen adviseren om bij dit soort problemen eerst psychologische interventies in te zetten en pas daarna psychofarmaca voor te schrijven. Het is echter onduidelijk of psychotherapeutische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie, ook bij deze patiëntengroep effectief zijn.

Klinische vraag Zijn psychologische interventies effectief in de behandeling van depressie en angst bij patiënten met dementie of MCI?

Conclusie auteurs Psychologische interventies verminderen depressieve klachten. Meta-analyse van 6 RCT's (n = 439) toonde een lagere score op depressievragenlijsten van patiënten met dementie die een psychologische behandeling ondergingen (gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) −0,22; 95%-BI −0,41 tot −0,03) dan patiënten in de controlegroep.[1] Meta-analyse van 2 RCT's (n = 65) toonde vergelijkbare zelfgerapporteerde angstniveau's bij patiënten die wel en geen psychologische behandeling ondergingen (SMD 0,05; 95%-BI −0,44 tot 0,54). De uitkomst waarbij mate van angst werd ingeschat door de behandelaars liet wel een positief effect van psychologische behandeling zien (gemiddeld verschil op de *Rating Anxiety in Dementia*-vragenlijst −4,57; 95%-BI −7,81 tot −1,32).

Beperkingen Slechts één van de geïncludeerde onderzoeken had een laag risico op bias. De overige vijf onderzoeken hadden een onduidelijk of hoog risico op bias. Er werden geen onderzoeken geïncludeerd met patiënten met MCI. De geïncludeerde onderzoeken omvatten een bonte mix aan respondenten; zowel qua type dementie als qua ernst van de cognitieve stoornissen. Ook de onderzochte psychologische interventies zijn heterogeen.

COMMENTAAR

Vanwege de heterogeniteit van de onderzoeken is het lastig deze meta-analyse te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Het is overtuigend aangetoond dat psychologische interventies depressieve klachten en mogelijk ook angst kunnen verminderen bij patiënten met dementie. De SMD is klinisch lastig te interpreteren omdat het een gepoolde maat betreft, die gebaseerd is op verschillende depressievragenlijsten. Over het algemeen geldt een afname van 0,22 SMD als een klein effect. Maar bij welk deel van de patiënten verdween de somberheid? En wat te denken van het feit dat de behandelaars wel een afname van angstklachten zagen maar dat de patiënten dit zelf niet rapporteerden? Kunnen mensen met dementie niet meer goed beoordelen hoe angstig ze zijn of heeft het meer te maken met onvoldoende blindering van de beoordelaars? Verder is het onduidelijk wie er het meeste baat hebben bij psychotherapeutische behandeling. Gezien de aard van de interventie is deze waarschijnlijk het meest effectief bij patiënten met beginnende dementie die cognitief nog goed zijn. Helaas was het niet mogelijk een subgroepanalyse te doen om dit verder uit te zoeken. Ook het type dementie zou een voorspeller kunnen zijn van de effectiviteit van psychologische interventies. Tot slot waren er aanzienlijke verschillen tussen de psychologische interventies in de diverse onderzoeken. Hierdoor blijft onduidelijk welke behandelelementen het meest effectief zijn en in hoeverre het effect verklaard wordt door factoren die verschillende vormen van psychotherapie gemeenschappelijk hebben, zoals aandacht en de behandelaar-patiëntrelatie.

Toch is er een boodschap voor de Nederlandse huisarts. Op dit moment werken huisartsen vooral samen met casemanagers of praktijkondersteuners in de begeleiding van patiënten met dementie en hun mantelzorgers. Psychologen worden hierbij niet of slechts incidenteel ingezet en als het al gebeurt, gaat het niet om individuele psychologische behandeling maar om diagnostiek of begeleiding. De communicerende vaten van vraag en aanbod lijken allebei wat ondervuld te zijn; het behandelaanbod van eerstelijnspsychologen is niet gericht op dit soort complexe problematiek. De ggz-ouderen heeft mogelijk wel de expertise in huis, maar wordt door huisartsen vaak relatief laat ingeschakeld, bijvoorbeeld bij ernstige psychiatrische of gedragsproblemen die leiden tot een crisis of gevaar.

In een vroeger stadium van dementie lijkt op de patiënt gerichte psychologische behandeling van affectieve stoornissen het proberen waard, zeker omdat medicatie vaak meer nadelen dan voordelen heeft. Zo toont recent onderzoek aan dat antidepressiva op depressieve klachten bij dementie nauwelijks effect hebben maar wél bijwerkingen geven. Het gebruik van antipsychotica en benzodiazepines is geassocieerd met een verhoogd valrisico, (over)sedatie en sterfte.

De NHG-Standaard Dementie geeft de voorkeur aan psychosociale interventies boven medicamenteuze behandeling maar gaat niet expliciet in op de behandeling van affectieve stoornissen. Deze meta-analyse suggereert dat huisartsen ook bij depressieve klachten of angst bij een patiënt met dementie eerst aan 'praten' en dan pas aan 'pillen' moeten denken. Hopelijk springen de psychologen in het gat en creëren zij samen met huisartsen een passend zorgaanbod voor deze patiënten. ■

LITERATUUR

1 Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev 2014;Issue 1. Art.No.: CD009125.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Postbus 7057, 1000 MB Amsterdam: P. van den Dungen, aiotho • Correspondentie: p.vandendungen@vumc.nl

Wordt chloortalidon de eerste keuze?

Met de beschouwing 'Eerste keus bij hypertensie: chloortalidon of hydrochloorthiazide?' hebben Lambermon et al. een lans gebroken voor het starten met chloortalidon als eerste keuze thiazidediureticum bij hypertensie.[1] Zij onderbouwen hun conclusie op basis van een recente netwerkmeta-analyse, waaruit blijkt dat chloortalidon een relatieve daling van 21% geeft van het aantal cardiovasculaire eindpunten ten opzichte van hydrochloorthiazide. Hoe betrouwbaar is deze conclusie?

Bij de toelichting geven de auteurs aan dat er geen gerandomiseerde prospectieve onderzoeken zijn uitgevoerd waarin beide middelen onderling zijn vergeleken. Er is dus alleen sprake van een indirecte aanwijzing en geen bewijs over het verschil in effectiviteit.

Bij een netwerkmeta-analyse wordt een vergelijking gemaakt tussen verschillende interventies, in dit geval onderzoeken waarbij een ACE-remmer of een calciumantagonist steeds met één van beide thiazidediuretica werd vergeleken. De onderzochte populaties en de onderzoeksopzet moeten voldoende overeenkomen om de uitkomsten direct aan elkaar te kunnen relateren. Hierin schuilt ook een zeker risico. Veelal zijn onderzoeken maar matig onderling vergelijkbaar. Hoewel het in deze analyse om een grote populatie gaat (78.350) worden onderzoeken met wisselende inclusiecriteria bij elkaar gevoegd. Zo betrof het ACCOMPLISH-onderzoek grotendeels patiënten met hart- en vaatziekte of diabetes, terwijl bijvoorbeeld het SHELL-onderzoek bestond uit patiënten met geïsoleerde systolische hypertensie.

In een recent onderzoek naar publicaties van netwerkmeta-analyses bleek bij 98% de rapportage onvolledig.[2] Momenteel ontbreekt een uniforme wijze van rapportage. Hierdoor kunnen netwerkmeta-analyses tot misleidende interpretaties leiden.

Een eerdere netwerkmeta-analyse uit 2004 toonde geen verschil.[3] Het blijft dus wachten op een goed vergelijkend onderzoek, zeker zolang er ook nog onduidelijkheid is over een mogelijk verhoogd risico op ziekenhuisopname door hypokaliëmie bij chloortalidon. ■

David Koetsier, kaderhuisarts hart- en vaatziekten

LITERATUUR

1 Lambermon E, Jakobs K, Van Merkestein J, Gesthuizen M, Oostindjer A. Chloortalidon of hydrochloorthiazide: wat is eerste keuze bij hypertensie? Huisarts Wet 2014;57:180-2.
2 Bafeta A, Trinquart L, Seror R, Ravaud P. Reporting of results from network meta-analyses: methodological systemetic review. BMJ 2014;348:g1741.
3 Psaty BM, Lumley T, Furberg CD. Meta-analysis of health outcomes of chlorthalidone-based vs nonchlorthalidone-based diuretic therapies. JAMA 2004;292:43-4.

ANTWOORD

Dat men voorzichtig moet zijn met de conclusies van een netwerkmeta-analyse onderschrijf ik. De meta-analyse van Psaty, waar Koetsier naar verwijst, was eigenlijk een Research letter (to the editor) die beoogde te peilen of er een verschil te verwachten was tussen effectiviteit van chloortalidon versus andere diuretica met behulp van data waarover men al beschikte uit een eigen netwerkmeta-analyse over de effectiviteit van allerlei andere antihypertensiva.[1]

Er is een groot verschil in bewijskracht tussen de meta-analyse van Roush[2] en die van Psaty. Zo beschikte de eerste over ruim elf maal zoveel chloortalidon- en driemaal zoveel hydrochloorthiazidegebruikers. De opzet van de netwerkmeta-analyse van Roush werd nauwkeurig beschreven en lijkt degelijk te zijn.

De correctie voor de heterogeniteit van de RCT's was de tweede analyse (zie figuur 1 op http://hyper.ahajournals.org/content/59/6/1110.figures-only). Op de y-as staan de relatieve risico's: RR-diureticum/niet-diureticum van elke RCT. Op de x-as staat het verschil in bereikte bloeddruk: Systole diureticum minus systole niet-diureticum. In elke RCT is de patiëntengroep vergelijkbaar. Nu wordt zichtbaar of men het diureticum vergelijkt met een sterkwerkend antihypertensivum of met een placebo; steeds liggen de relatieve risico's op cardiovasculaire events lager bij chloortalidon dan bij hydrochloorthiazide.

De kans is klein dat er ooit een onderzoek komt waarin chloortalidon en hydrochloorthiazide direct met elkaar worden vergeleken. Niemand zal dat financieren; het patent van beide middelen is immers al verlopen. Een degelijk uitgevoerde netwerkmeta-analyse zoals die van Roush is dan het beste bewijs dat voorhanden is. Ik schrijf op basis hiervan chloortalidon voor wanneer ik een thiazidediureticum start. Blijft u de voorkeur geven aan hydrochloorthiazide, waarvan geen enkele netwerkmeta-analyse aantoonde dat het effectiever is dan chloortalidon en er evenmin overtuigend bewijs is dat het veiliger is dan chloortalidon? ■

Kirsti Jakobs, kaderhuisarts hart- en vaatziekten

LITERATUUR

1 Psaty BM, Lumley T, Furberg CD. Meta-analysis of health outcomes of chlorthalidone-based vs nonchlorthalidone-based diuretic therapies. JAMA 2004;292:43-4.
2 Roush GC, Holford TR, Guddati AK. Chlorthalidone compared with hydrochlorothiazide in reducing cardiovascular events: systematic review and network meta-analyses. Hypertension 2012;59:1110-7.

Willeke de Louw, Jan Takken

Een onbegrepen wijde lichtstijve pupil

Casus

Een 61-jarige dame met een blanco voorgeschiedenis bezocht het spreekuur met de klacht dat ze sinds 1,5 uur plotseling wazig zag met haar rechteroog. Ze had het gevoel alsof er continu een druppel water in het oog aanwezig was. Haar echtgenoot was het bovendien opgevallen dat haar rechterpupil veel groter was dan haar linker en dit was de eigenlijke reden om direct contact op te nemen met de huisartsenpraktijk. Alhoewel de patiënte de afgelopen uren had geholpen met een verbouwing van haar huis dacht ze niet aan een trauma of corpus alienum in het rechteroog. Bij navraag had ze geen pijn in het rechteroog en ze had geen klachten als hoofdpijn, dubbelzien of andere neurologische verschijnselen. De patiënte gebruikte geen oogdruppels of andere medicatie.

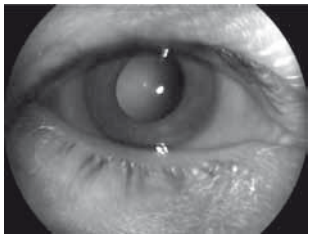
Bij het onderzoek had de patiënte een wijde lichtstijve pupil rechts, zonder conjunctivale roodheid. Er was geen corpus alienum in het rechteroog zichtbaar. Bij het testen van de pupilreflex reageerde het rechteroog, zowel direct als indirect, niet op licht, de linkerpupil contraheerde normaal. De visus was beiderzijds 0,65 met bril. De oogbolmotoriek en de gezichtsvelden waren normaal, zo ook het spleetlamponderzoek, oogboldrukmeting en de fundusfoto.

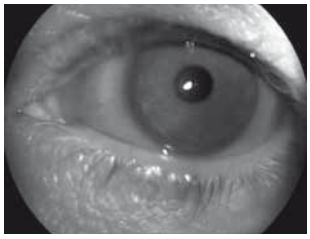
Al met al zagen we dus een gezonde patiënte met een acute wijde lichtstijve pupil rechts zonder een bevredigende verklaring op oogheelkundig of neurologisch gebied.

Na de onderzoeken vroegen we de patiënte nogmaals wat ze in de uren voorafgaand aan de klachten had gedaan. Nu vertelde ze dat ze ook enkele planten had gesnoeid en stekjes van de trompetplant naar de buurman had gebracht. We zochten de afbeelding van de trompetplant op internet op en de patiënte herkende de plant. Duidelijk werd dat de bladeren en het sap van deze plant onder andere atropine bevatten. We veronderstelden dan ook dat de patiënte het sap van deze plant in haar rechteroog had gekregen. Er werd besloten tot een afwachtende houding. Bij telefonisch contact na enkele dagen vertelde patiënte dat de klachten na 24 uur waren verdwenen

BESCHOUWING

Als een patiënt zich presenteert met een anisocorie kunnen er tal van oorzaken zijn. Een anisocorie van 2 mm of minder is meestal fysiologisch.[1] Oorzaken van anisocorie zijn een trauma van het oog, toediening van mydriatische oogdruppels of beschadiging van de derde hersenzenuw door een aneurysma of tumor.[2,3] Als bij het onderzoek blijkt dat juist de kleinste pupil abnormaal reageert op licht, moet men denken aan het syndroom van Horner.[1] Deze casus laat zien dat contact met planten ook een oorzaak van anisocorie kan zijn en benadrukt het belang van het afnemen van een nauwkeurige anamnese. De patiënte in onze casus had de plantjes gestekt na een re-





genachtige periode. Vermoedelijk heeft zij een druppel met daarin opgeloste alkaloïden in haar rechteroog gekregen.

De trompetplant (*Datura suaveolens*) is een sierklimplant met grote trompetvormige bloemen.[3] Het sap van deze plant bevat natuurlijke alkaloïden met parasympaticolytische eigenschappen, zoals scopolamine en atropine.[1-3] Alkaloïden blokkeren de perifere parasympatische activiteit door te voorkomen dat acetylcholine de cel binnendringt.[3] In het oog zal dit leiden tot mydriasis, omdat de parasympatisch geïnnerveerde musculus sfincter pupillae en musculus ciliaris niet kunnen contraheren. Hoelang de klachten duren is afhankelijk van de hoeveelheid en duur van het contact met het sap, een range van 24 uur tot 1 week wordt gerapporteerd.[2-3] Er zijn enkele casussen beschreven waarin blootstelling van het oog aan het sap ook leidde tot systemische klachten, zoals tachycardie.[1-2]

Bij het onderzoek kan men nog druppelen met pilocarpine 1%-druppels om onderscheid te maken tussen een centrale of perifere oorzaak van anisocorie.[1-3] Bij een centrale oorzaak, bijvoorbeeld zenuwschade, zal pilocarpine een pupilvernauwing geven. Bij een perifere oorzaak, zoals in onze casus, zal een pupilvernauwing achterwege blijven. Als een patiënt zich presenteert met een acuut ontstane anisocorie hoeft er dus niet altijd sprake te zijn van een ernstige neurologische of oogheelkundige aandoening. In de anamnese is het belangrijk te vragen naar contact met planten. ■

LITERATUUR

1 Firestone D, Sloane C. Not your everyday anisocoria: Angel's Trumpet ocular toxicity. J Emerg Med 2007;33:21-44.
2 Havelius U, Åsman P. Accidental mydriasis from exposore to Angel's trumpet (Datura suaveolens). Acta Ophthalmol Scand 2002;80:332-5.
3 Andreola B, Piovan A, Da Dalt L, Filippini R, Cappelletti E. Unilateral mydriasis due to Angel's Trumpet. Clin Toxicol 2008;46:329-1.

Huisartsengroepspraktijk Stramproy-Ell, Karel Doormanstraat 8, 6039 AT Stramproy: W.A.M. de Louw, huisarts-in-opleiding, Universiteit Maastricht; J.J.M. Takken, huisarts • w.delouw@student.maastrichtuniversity.nl

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

OVER(-)BEHANDELEN

Boer T, Verkerk M, Bakker D. Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen Amsterdam: Reed Business, 2013. 164 pagina's, € 17,95 (E-book € 14,95). ISBN 978 90 352 3592 2.

Doelgroep Iedereen die te maken heeft met de zorg voor kwetsbare ouderen: huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, overige medisch specialisten, paramedici, beleidsmakers in de zorg en raden van bestuur in de zorg.
Inhoud Drie auteurs, een voormalig chirurg, een ethicus en een filosoof, schrijven over een groeiend probleem in onze samenleving: overbehandeling in de laatste levensfase. In de eerste hoofdstukken verkennen de auteurs twee centrale begrippen uit de titel, overbehandeling, waarvoor een eenduidige definitie niet te geven is, en kwetsbare ouderen. In hoofdstuk vier maken ze een uitstapje naar de geschiedenis van de filosofie en ethiek. Ze concluderen dat begrippen als autonomie, kwaliteit van leven en het goede sterven weliswaar niet voor iedereen hetzelfde zijn, maar dat de onderliggende waarden voldoende overlappen om tot een zinvol ethisch gesprek te komen. Het vijfde hoofdstuk illustreert met een aantal casus de grote verscheidenheid van overbehandeling. Daarna volgt een hoofdstuk over het ethisch kader waarin ze drie klassieke ethische theorieën heel kort bespreken: deugdethiek, plicht- of regelethiek en gevolgenethiek. In de ethische praktijk is er vaak sprake van een meervoudige ethische benadering waarbij elementen uit de drie klassieke theorieën worden gebruikt. De auteurs werken de ethiekbenadering van Beauchamp en Childress uit, waarin vier principes centraal staan: (1) respect voor autonomie, (2) niet schaden, (3) weldoen en (4) rechtvaardigheid. Hiermee kan men inschatten of er sprake is van over- of misschien juist van onderbehandeling. In hoofdstuk zeven analyseren de auteurs een aantal dilemma's met behulp van de vier principes. In het laatste hoofdstuk presenteren ze een praktijkmodel, gebaseerd op het werk van Alasdair MacIntyre, dat bij toepassing overbehandeling zou kunnen terugdringen of voorkomen.
Oordeel De schrijfstijl is helder, elk hoofdstuk eindigt met een korte samenvatting. In kort bestek krijgt de lezer handvatten aangeboden om mogelijke problemen in de zorg voor kwetsbare ouderen te analyseren. De auteurs dragen veel casuïstiek aan, maar werken de casus helaas slechts summier uit, zodat hun handvatten niet goed uit de verf komen. In het hoofdstuk over het praktijkmodel ontbreekt de casuïstiek geheel waardoor het een theoretische exercitie blijft. Minder casus en meer reflectie op de casuïstiek is mijn advies voor een volgende uitgave. ■

Henriëtte van der Horst

Waardering: ● ● ●

ONDERWIJS IN DE HUISARTSGENEESKUNDE

EAM Pelgrim. Clarifying observation and assessment feedback in workplace-based learning. Nijmegen: Radboudumc, 2013 [proefschrift]. ISBN:978-94-6191-796-6.

Er verschijnen niet zoveel proefschriften over onderwijs in de huisartsgeneeskunde in Nederland. Alle reden om er in H&W aandacht aan te besteden. Als onderwijskundige onderzoekt Els Pelgrim in haar proefschrift het leren van aios huisartsgeneeskunde op de werkplek in de huisartsenpraktijk, een klassieke meester-gezelsituatie. Deze opleidingssetting maakt het moeilijk om een objectief oordeel te vormen over het leren van de aios in de praktijk. Een objectief oordeel is nodig om landelijk kwaliteit te kunnen leveren. Observatie van de aios in de praktijksituatie is daarbij van groot belang. Observatie via een gestandaardiseerde vorm en op vaste momenten. Het in Nijmegen ontwikkelde instrument Korte Praktijk beoordeling (KPB) speelt een belangrijke rol bij deze observaties. Met behulp van de KPB kunnen opleiders een concrete situatie observeren en hierop dan gerichte feedback geven. Pelgrim onderzoekt niet alleen de rol van de KPB in de huisartsenpraktijk maar kijkt ook naar de rol van de geobserveerde aios en de rol van de observerende opleider. Verbetert feedback het leren van de aios in de praktijk en leren zij daar ook daadwerkelijk iets van? Zijn er patronen te onderscheiden zowel bij de gever, de opleider, als bij de ontvanger, de aios? Pelgrim laat zien dat feedback het leren van de aios in de huisartsenpraktijk kan verbeteren door feedback in concrete stappen aan te bieden en deze daarna om te zetten in actie. Verder blijken er grote verschillen te bestaan tussen de verschillende koppels aios-opleiders. Het succes van feedback wordt dus niet alleen bepaald door de KPB maar ook door de gebruikers. Zo blijken bijvoorbeeld neurotische opleiders beter feedback te geven dan emotioneel stabielere opleiders.

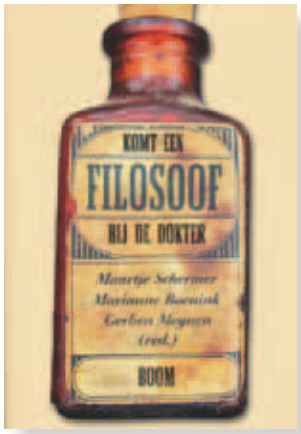
Dit proefschrift is vooral interessant voor opleiders, opleidingsinstituten en beleidsmakers binnen de huisartsgeneeskunde. Maar het thema observeren en het geven van goede, gerichte feedback zal ook een bredere doelgroep aanspreken. ■

Wilma Spinnewijn

KOMT EEN FILOSOOF BIJ DE DOKTER

Schermer M, Boenink M, Meyen G. Komt een filosoof bij de dokter. Amsterdam: Boom, 2013. ISBN 978-94-6105-3350. 300 pagina's, € 32,50.

Doelgroep alle hulpverleners.



Inhoud Soms is deze bundel met intrigrerende essay's echt spannend om te lezen, op andere momenten blader je twee hoofdstukken verveeld verder. Zo heb ik deze wel erg gevarieerde bundel met 21 hoofdstukken gelezen. Eerst ergerde ik me aan een wijdlopig, vlak betoog dat via Plato uitkomt bij de dominantie van het lichaam als object-paradigma; niet mijn onderwerp. Verderop werd ik er handiger in dit soort hoofdstukken over te slaan, want pal daarna las ik met genoegen Annemarie Kalis over het graduele verschil tussen verslaving en de gewone zwakte in zelfcontrole. Hoe trek je dan de grens, vraagt ze zich af? Op de titel is het lastig selecteren. Toerekeningsvatbaarheid en vrije wil is een leuk onderwerp, maar het essay erover is een omgevallen boekenkast. Bert Keizer betoogt dat neurowetenschappers nooit nieuw gedrag vinden, dokters en psychologen wel. Neurofysiologie komt na gedrag, aan wat we zien in de spreekkamer. Wij zijn niet ons brein. Gerrit Glas schrijft over ziekte en stoornis in de psychiatrie, een saaie titel, maar een indrukwekkend betoog dat je af en toe even neer moet leggen om na te denken. Trudy Dehue schrijft over definities die oorzaken worden, categorieën in diagnostische classificaties die dingen worden die gevoelens en gedragingen produceren. Ze trekt medische categorieën de breedte in naar de wereld van de invloedrijke maatschappelijke opvattingen, de politiek dus. Een erg aanstekelijk betoog.

'Het brengt ons opnieuw terug bij de vraag wat zorg dan is...' Mij niet, ik blader heel gauw door naar Margo Trappenburg, *De koopman en de dokter*. In dit goed geschreven essay laat ze zien dat voor of tegen marktwerking zijn te kort door de bocht is. De politiek heeft niet de bedoeling gehad zorg tot consumptiegoed te maken en toch gebeurt dat. Ze daagt zorgverleners uit in het openbaar zoveel mogelijk uit te leggen wat voor tragiek marktwerking in de zorg kan betekenen; een morele plicht wat haar betreft. Evelien Tonkens gaat hier op door met de drie logica's, de marktlogica, de bureaucratische en de professionele logica, als altijd een overtuigend verhaal.

Oordeel De helft van de 21 essay's heb ik persoonlijk met genoegen gelezen, soms met verraste bewondering. De andere helft bestaat voor mij - maar misschien niet voor anderen - uit verhalen over open deuren, oude koek of een verslag van iemands boekenkast. De moeite waard dus voor wie selectief kan lezen, maar een volgende keer liever een wat strengere, consistente selectie. ■

Nico van Duijn

Waardering: ●●●

'WILT U BIJDRAGEN AAN H EN W?'

Elke maand besteedt Huisarts en Wetenschap aandacht aan verschillende onderwerpen. Ons streven is dat de inhoud goed aansluit bij de dagelijkse praktijk. Een centrale positie in het blad hebben de NHG-Standaarden, de erkende richtlijnen voor de huisarts. Daarnaast publiceren we wetenschappelijke artikelen. Om de breedte van het vak goed te dekken zijn er ook verschillende kleinere rubrieken. Daarvoor bedenken we relevante onderwerpen en gaan we vervolgens op zoek naar auteurs. Er is een vaste pool van mensen die wij voor deze rubrieken benaderen. Vaak komen we uit bij dezelfde auteurs omdat we weten dat hun bijdrage aan onze eisen voldoet, maar er zijn ongetwijfeld meer mensen die een bijdrage willen en kunnen leveren.

Wij zoeken regelmatig auteurs voor de rubrieken:

- **Journaal** Luchtige rubriek, die bestaat uit kernachtige samenvattingen van recente, elders gepubliceerde artikelen en soms ook van rapporten of gebeurtenissen, zoals congressen, voorzien van bondig commentaar.
- **Import** In deze rubriek komt buitenlands onderzoek aan de orde dat zeer relevant is voor de uitoefening van de huisartsgeneeskunde. Er wordt een gestructureerde samenvatting van het artikel gegeven en daarna een plaatsbepaling van de uitkomsten van het onderzoek voor de Nederlandse huisartsenpraktijk.
- **Spreekuur** Korte en kernachtige bespreking van een klinisch probleem: een diagnose, een belangrijk symptoom of een symptomencomplex. Aan de hand van een vaste structuur wordt een houvast voor diagnostiek en beleid in de praktijk geboden.

Zou u ook een bijdrage aan H&W willen leveren, maar bent u nog nooit benaderd? Laat het ons weten als u interesse heeft. Eén van de redactieleden zal u dan begeleiden bij het schrijven van een bijdrage voor één van deze rubrieken. Enthousiasme en doorzettingsvermogen zien we graag, ervaring is een voordeel maar niet noodzakelijk.

Op onze website (http://www.henw.org/voorauteurs) vindt u meer informatie over de rubrieken. Als u interesse heeft of meer informatie wilt, neem dan contact op met onze redactie (redactie@nhg.org).

Just Eekhof

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Juist

In de meeste gevallen hebben de klachten geen specifieke oorzaak en dan zijn het aspecifieke mictieklachten. Leg uit dat aspecifieke mictieklachten vaak voorkomen en dat de oorzaak daarvan onbekend maar meestal onschuldig is. Benadruk dat prostaatvergroting meestal niet de oorzaak van mictieklachten is. Leg uit dat prostaatkanker zelden de oorzaak van mictieklachten is. Bespreek het beloop van mictieklachten: ongeveer eenderde van de mannen ervaart spontane verbetering, eenderde ondervindt geen verandering en eenderde ervaart toename van de klachten.

Blanker MH, Breed SA, Van der Heide WK, Norg RJC, De Vries A, Wolters RJ, et al. NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. www.nhg.org.

3. Juist / 4. Juist / 5. Juist

Psoriasis guttata is een acute, (gegeneraliseerde) vorm van psoriasis, gekenmerkt door erythematosquameuze papels met een diameter van maximaal 1 cm, vooral op de romp en de proximale delen van de extremiteiten. Deze vorm komt vaker voor bij kinderen en bij jongvolwassenen. Psoriasis guttata geneest bij kinderen in de regel spontaan binnen enkele weken. Psoriasis guttata kan worden voorafgegaan door een streptokokkeninfectie in keel of tonsillen. Er is onvoldoende bewijs voor het gebruik van antibiotica bij de behandeling van psoriasis guttata en dat geldt ook voor het gebruik van antibiotica ter preventie van psoriasis guttata bij een streptokokkeninfectie in de keel.

Van Peet PG, Spuls PhI, Ek JW, Lantinga H, Lecluse LLA, Oosting AJ, et al. NHG-Standaard Psoriasis (derde herziening). www.nhg.org.

Oranje AP, Waard-van der Spek FB. Handboek kinderdermatologie. 2e druk. Elsevier gezondheidszorg, 2005.

6. Juist / 7. Juist

Het fenomeen van Raynaud is een in aanvallen optredende bleekheid van een of meerdere vingers, vaak gevolgd door cyanose en soms door erytheem. Het beeld is in het algemeen symmetrisch. Het berust op een constrictie van de kleine arteriën en arteriolae en wordt meestal geïnduceerd door koude of emoties. Het fenomeen van Raynaud komt vooral voor bij vrouwen, meestal jonger dan veertig jaar.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. 6e druk. Amsterdam: Reed Business, 2013.

Keeman JN, Schadé E, redactie. Spoedeisende hulp in de huisartspraktijk. 2e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2008.

8. Juist / 9. Onjuist / 10. Juist

Geef bij matig ernstige pseudokroep eenmalig dexamethason: 0,15 mg/kg in de vorm van dexamethasondrank 1 mg/ml (als dinatriumfosfaat). Bij een brakend kind is dexamethason intramusculair of budesonide per verneveling te prefereren. Controleer een kind met matig ernstige pseudokroep na een half uur (eventueel telefonisch). Verwijs bij ernstige pseudokroep of matig ernstige pseudokroep met onvoldoende verbetering na behandeling met een corticosteroïd.

Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP, et al. NHG-Standaard Acuut hoesten (eerste herziening). www.nhg.org.

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

Stekker in de hand

Binnenkort kan de patiënt wellicht meer controle krijgen over zijn eigen gezondheidsgegevens met programma's als *Google fit, de Health-kit* van Apple en *Health Vault* van Microsoft. Het idee daarachter is dat de patiënt elke informatiebron van een zorgverlener kan raadplegen die hij nodig heeft. Het gebruik van patiëntenportalen, waarmee de patiënt veilig toegang heeft tot een deel van zijn medisch dossier, neemt toe. Meestal gaat die toegang nu nog niet verder dan inzicht in de medicatie, het maken van een afspraak of een e-consult. Maar we moeten ons erop voorbereiden dat de patiënt op een gegeven moment over onze ontwikkelingen heen springt met behulp van Apple of de *Blue button* en dat hij met een denkbeeldige stekker in de hand inplugt in het HIS.

Rustig afwachten of denken 'dat zullen we nog wel eens zien!' lijken geen goede reacties. De leveranciers van HIS'en en praktijkwebsites zijn samen aan zet om oplossingen te faciliteren. Een volgende stap is het aan het patiëntenportaal toevoegen van het Individueel Zorgplan waarmee beide partijen toegang hebben tot gemaakte afspraken en andere relevante onderdelen uit het medisch dossier. Huisartsen en patiënten moeten met elkaar goed definiëren waar het Persoonlijk Gezondheidsdossier precies uit moet bestaan. Ook zullen we samen moeten bepalen hoe de patiënt gegevens als zelfgemeten bloeddrukken en glucosewaarden aanlevert voor verwerking in het HIS. Hier liggen ook nog mogelijkheden voor de Thuisarts.nl-app.

Een proactieve houding van onze kant is dus gewenst. Dat betekent niet dat we al dit soort ontwikkelingen ook zelf moeten financieren. Overheid en zorgverzekeraars kunnen de woorden van de minister in de recente e-healthbrief aan de Kamer omzetten in daden door hierin te investeren.

Rob Dijkstra

De nieuwe PIN's komen eraan

In september gaat alweer de achttiende jaargang van de NHG-Programma's voor Individuele Nascholing van start. PIN-abonnees brachten de wens naar voren om de onderwerpen meer te laten aansluiten bij het verschijnen van (herzieningen van) standaarden. Waar mogelijk is daarmee nu rekening gehouden.

Abonneren?

Voor een abonnement op de digitale versies van de PIN's betalen NHG-leden € 210,- en niet-leden € 265,-. Voor de papieren versies betalen NHG-leden € 225,- en niet-leden € 290,-.

Neem voor meer informatie contact op met het NHG via telefoon (030-282 35 00) of e-mail (pin@nhg.org).

De volgende PIN's zullen in deze jaargang verschijnen (onder voorbehoud):

1a. Anemie/1b. Schildklier*
2. ADHD
3. Problematisch alcoholgebruik (internet-PIN)
4. Veneuze trombo-embolie (internet-PIN)
5. Traumatisch hoofdletsel
6. Astma/COPD (internet-PIN)
7. Stabiele angina pectoris
8. Ouderenzorg (internet-PIN)
9. Urineweginfecties
10. KNO/antibiotica (internet-PIN)

** Deze PIN bestaat uit twee verschillende onderwerpen, die elk voor één uur zijn geaccrediteerd.*

Ziek op reis? Antibiotica!

Vorig jaar kreeg een op de vijf Nederlanders gezondheidsklachten tijdens een vakantie in het buitenland. Van hen zocht 30% naar informatie op het internet en bezocht de helft een plaatselijke arts of ziekenhuis. Dit resulteerde in 72% van de contacten in medicatievoorschriften; bij 43% betrof dat antibiotica. Opvallende cijfers! Is hier misschien een rol weggelegd voor Thuisarts.nl?

Zieke reizigers onderzocht

Het NHG gaf opdracht aan DirectResearch tot een onderzoek onder ruim zeshonderd Nederlanders die in het afgelopen jaar in het buitenland op vakantie zijn geweest. Van hen informeerde zich 33% voor vertrek via internet en social media over mogelijke gezondheidsrisico's. Zo'n 10% van de reizigers met gezondheidsklachten neemt vanaf het vakantieadres contact op met de eigen huisarts of specialist in Nederland. Bijna driekwart van de vakantiegangers zou graag medische gegevens bij zich hebben op reis, bijvoorbeeld in een app.

Medische encyclopedie op reis

Natuurlijk is onbekend hoe ziek de mensen in het onderzoek waren, maar wel weten we dat in Griekenland ongeveer driemaal zoveel antibiotica worden gebruikt als in Nederland; in Italië en Frankrijk is dat tweemaal zoveel en in Spanje zijn antibiotica zelfs zonder doktersrecept verkrijgbaar.

In Nederland is de resistentie van bacteriën tegen antibiotica relatief laag, maar deze stijgt wel de laatste jaren. Het is dus van belang dat reizigers niet onnodig antibiotica slikken.

Wellicht heeft het zin als de huisarts zijn patiënt met reisplannen attendeert op de Thuisarts.nl-app. Daarmee heeft de patiënt altijd toegang tot verantwoorde, onafhankelijke informatie en kunnen bovendien persoonlijke medische gegevens worden vastgelegd. Alle beetjes helpen!

&NHG

De toekomst van het PreventieConsult

Hoewel zo'n 30% van de huisartsen (delen van) het PreventieConsult Cardiometabool Risico uitvoert, is landelijke implementatie ervan nog niet mogelijk. Dit onder meer omdat bewijs voor de (kosten)effectiviteit van actieve opsporing van mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen nog ontbreekt. Ook zorgverzekeraars wachten dat bewijs af voor zij vergoeding willen overwegen. Hieronder leest u de actuele ontwikkelingen.

Kansrijk instrument

In het Nationaal Programma Preventie 2014-2016 van VWS is het PreventieConsult opgenomen als 'een kansrijk instrument om mensen met een hoog risico op verschillende ziekten vroegtijdig op te sporen'. Maar naast de behoefte aan onderbouwing van de (kosten)effectiviteit moet er ook een goede follow-up beschikbaar zijn voor mensen bij wie een verhoogd risico wordt geconstateerd.
In maart startte het landelijke INTEGRATE-onderzoek. Het NHG is hierbij betrokken omdat dit onderzoek kan bijdragen aan verdere onderbouwing van de (kosten)effectiviteit en implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Julius Centrum (UMC Utrecht), NIVEL, EMGO-instituut (VUmc) en NIPED.

Implementatie

Er zijn diverse onderzoeken gedaan naar de implementatie van het PreventieConsult in de praktijk sinds de introductie in 2011 van de gelijknamige NHG-Standaard en de verschijning van bijbehorende materialen als de PraktijkWijzer, de website testuwrisico.nl, vragenlijsten en patiëntenvoorlichting op Thuisarts.nl. Ongeveer 30% van de huisartsen zegt (delen van) het PreventieConsult uit te voeren. Zij stuiten daarbij op belemmeringen als: onduidelijkheid over structurele financiering, onvoldoende follow-up, geen goede sociale kaart van het lokale leefstijlaanbod en het beperkte bereik en bewijs voor de (kosten)effectiviteit van de interventies. De NHG-PraktijkWijzer adviseert huisartsen dan ook om het PreventieConsult alleen maar actief aan te bieden als de randvoorwaarden (vergoeding, beschikbaarheid van lokale programma's) in orde zijn.

Verbreding en doorontwikkeling

Het PreventieConsult bleek in de pilots effectief in het opsporen van mensen met een verhoogd risico en goed uitvoerbaar. Daarom werken de samenwerkingspartners van het PreventieConsult nu aan een verdere doorontwikkeling. Naast het NHG, de LHV, NVAB en drie gezondheidsfondsen (Hartstichting, Nierstichting en Diabetesfonds) zijn twee nieuwe samenwerkingspartners toegetreden. Het Longfonds neemt deel omdat de gevalideerde COPD-risicotest – die in een pilot effectief en uitvoerbaar is gebleken – wordt geïntegreerd in de vragenlijst op testuwrisico.nl. Het kennisinstituut NIPED is gespecialiseerd in onderzoek op het gebied van persoonlijke preventie, vroegdiagnostiek en e-health, en beheert onder meer de twee publiekswebsites waarop mensen de risicovragenlijst kunnen invullen (testuwrisico.nl) en waar ze gerichte leefstijladviezen op het gebied van voeding, roken, alcohol en bewegen kunnen vinden (testuwleefstijl.nl).

Huisarts en hoog risico

De samenwerkingspartners voeren regelmatig op bestuurlijk niveau gesprekken met de overheid, zorgverzekeraars en andere stakeholders over de toekomst van het PreventieConsult. Om de impasse rond de ontbrekende financiering te doorbreken wordt onder meer overwogen om de opsporing ook buiten de huisartsenpraktijk aan te bieden. Dan komt de rol van de huisartsenpraktijk vooral te liggen bij de advisering en begeleiding van hoogrisicopatiënten die op basis van de uitkomsten van een vragenlijst hun huisarts raadplegen. Dit zou ook beter aansluiten bij de taakopvatting van veel huisartsen en bij de NHG-Standaarden. Bovendien valt dit wél onder de verzekerde zorg.

Naam van 't beestje...

Omdat de naam 'PreventieConsult' ten onrechte suggereert dat het alleen gaat om consulten, is het plan opgevat om een andere naam te kiezen. Die zou dan voor het publiek meer aansprekend moeten zijn, bijvoorbeeld de 'Persoonlijke gezondheidscheck' (werktitel).

De vragenlijst voor het opsporen van hoogrisicopatiënten blijft voor iedereen gratis beschikbaar, maar kan vanuit verschillende organisaties (werkgevers, zorgverzekeraars, gemeenten et cetera) worden aangeboden.

In deze kolommen houden we u op de hoogte van de voortgang. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met ondergetekende (t.drenthen@nhg.org).

Ton Drenthen, NHG-teamleider Preventie

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

Verslag van de Algemene Ledenvergadering NHG

In juni werd voor het eerst de Algemene Ledenvergadering aansluitend aan de reguliere vergadering van de Verenigingsraad gehouden. Voor deze constructie is gekozen om efficiënter met de tijd van de leden om te gaan. Behalve de vaststelling van diverse jaarstukken en standaarden, en de benoeming van nieuwe commissieleden stond het nieuwe NHG-Standpunt *Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk* op de agenda.

Vaststelling jaarstukken
De leden keurden de jaarrekening over 2013 goed, evenals het inhoudelijk jaarverslag *Patiënt in beeld*. Dit jaarverslag is vooral bedoeld voor intern gebruik, maar kan desgewenst worden opgevraagd bij het NHG. De belangrijkste activiteiten en producten uit het afgelopen jaar zijn samengevat in de *NHG-Highlights 2013*, te vinden op www.nhg.org.

Nieuwe benoemingen
De volgende benoemingen zijn ter instemming aan de leden voorgelegd:
- voor lidmaatschap van de NHG-Vereningsraad: drs. J. Peek;
- als vaste leden van de NHG-AutorisatieCommissie: mw. dr. A.H. Blankenstein, mw. dr. M.J. Gietelink, prof.dr. Th.J.M. Verheij en dr. J.C. Winters;
- als plaatsvervangend leden van de NHG-AutorisatieCommissie: dr. B.J. Knottnerus, dr. W.A. Lucassen en dr. H.J. Schers;
- als voorzitter van de NHG-AutorisatieCommissie: prof.dr. P.J.E. Bindels.

Bekrachtiging NHG-Standaarden
De leden bekrachtigden achteraf de (herzieningen van de) NHG-Standaarden *Hoofdpijn, Perifeer arterieel vaatlijden, Astma bij kinderen, Psoriasis, Delier, Eczeem, Bacteriële huidinfecties* (addendum) en *Slechthorendheid*.

Wijziging statuten
Artikel 4 lid 2a van de NHG-Statuten is met accordering van de Algemene Ledenvergadering veranderd in:
Gewone leden zijn natuurlijke personen die als huisarts staan geregistreerd *in het register van de beroepsgroep en het BIG-register* of die in opleiding zijn tot huisarts.

NHG-Standpunt *Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk*
In de wetenschap dat de LHV-Ledenraad zich inhoudelijk kan vinden in de visie die is verwoord in het NHG-Standpunt *Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk*, heeft de Algemene Ledenvergadering het Standpunt bekrachtigd. Het NHG zal een bijdrage kunnen leveren aan de landelijke discussies over de ontwikkeling van een toekomstbestendige oncologische zorg met het inhoudelijke kader dat in het Standpunt is geschetst. Het is duidelijk dat passende randvoorwaarden daarbij onontbeerlijk zijn.

Op weg naar implementatie
Ter vergadering zijn de uitkomsten besproken van de 'mini-enquête' over het NHG-Standpunt *Op weg naar implementatie*, dat eveneens de oncologische zorg van de huisarts betreft. Hieruit bleek dat huisartsen de aandacht voor langetermijneffecten van de behandeling en voor de samenwerking tussen eerste en tweede lijn zeer belangrijk vinden bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor de nazorg bij veelvoorkomende kankersoorten. Bovendien wordt zeer veel belang gehecht aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor *evidence based* nacontroles in de eerste lijn. (AC)

Plannen voor de toekomst van NHGDoc
Toen de ontwikkeling van NHG*Doc* van start ging, was het idee dat de 'uitrolfase' zou duren tot en met 2013. De activiteiten tijdens dit traject zijn gefinancierd met behulp van een subsidie van VWS. Intussen is in overleg met VWS de uitrolfase verlengd tot eind dit jaar, dus dit is bij uitstek het moment om goede afspraken te maken voor het jaar 2015 en daarna.
Het beslissingsondersteunende NHG*Doc* heeft zijn waarde inmiddels bewezen en vele huisartsen maken er dankbaar gebruik van. Zij blijken echter niet zeer bereid om te betalen voor het systeem en de kosten van onderhoud en beheer zijn wat hoger dan aanvankelijk begroot. Hoe dus verder?

Het NHG heeft een externe partij gevraagd een aantal opties voor de toekomstige samenwerking met Expert*Doc* (die NHG*Doc* ontwikkelde) uit te werken, uitgaande van verschillende financieringsmodellen. Naar verwachting zullen de uitkomsten hiervan in juli bekend zijn, waarna een keuze kan worden gemaakt uit de verschillende scenario's.
Tijdens de ALV zijn de verschillende opties met de leden besproken, zodat zij op de hoogte zijn van de ontwikkelingen. Een aantal keuzes zal namelijk al moeten worden gemaakt voor de eerstvolgende ALV op 3 december plaatsvindt. Uiteraard wordt deze keuze wel kortgesloten met de Raad van Toezicht, waarna de uitkomst aan de volgende ledenvergadering wordt voorgelegd.

Impressie van de NHG-Wetenschapsdag 2014:

Geneeskunde op maat… wie wil dat niet?

Een kleine 200 deelnemers verzamelden zich op 13 juni in Groningen voor de NHG-Wetenschapschapsdag 2014, die ditmaal in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Groningen werd georganiseerd. Een versie van onderstaande impressie van de dag, voorzien van enkele foto's, vindt u op www.nhg.org > nieuwsarchief.

Openingslezing Geert-Jan Geersing

De predictie van ziekten beslaat een groot deel van het spreekuur van de huisarts. Dat is geen simpele opgave gezien de complexe heterogeniteit van de huisartsgeneeskundige patiëntenpopulatie. En multimorbiditeit heeft daarbij een grote impact: 'Mensen uit de lagere sociaal-economische lagen van de bevolking hebben een voorsprong van tien tot vijftien jaar, maar als je maar oud genoeg wordt, krijgt iedereen te maken met multimorbiditeit.' Volgens Geersing is dit de keerzijde van het succes van de geneeskunde. Zo is het aantal doden door een hartinfarct sinds de jaren '80 sterk afgenomen, maar ontstaat nu dus nieuwe problematiek.

Biomarkers als BNP, CRP en d-dimeer kunnen de huisarts helpen bij het inschatten van de risico's en de prognose van de patiënt. Geersing toont aan de hand van diverse predictiemodellen aan dat ze de huisarts vaak op het goede spoor zetten. Zorg op maat binnen het predictieonderzoek is niet eenvoudig, maar wel mogelijk. De uitdaging is het ontwikkelen van integrale diagnostische strategieën rekening houdend met multimorbiditeit. 'Het goede nieuws is: de data hebben we al!', aldus Geersing.

Voordrachten, postersessies, workshops…

Zoals gebruikelijk zijn er drie parallelsessies waarbij de deelnemers kunnen kiezen uit vele mogelijkheden. Zo zijn er de thematisch geschikte presentaties van het jongste huisartsgeneeskundig onderzoek, vaak verricht door aiossen. Ook de posters zijn op thema ingedeeld; ze worden steeds ingeleid door de maker van de poster, waarna discussie volgt onder leiding van een moderator. De twee workshops die worden gegeven gaan over het toepassen van predictiemodellen in de praktijk en over het reilen en zeilen van Huisarts en Wetenschap.

… en natuurlijk CAT's!

Dit jaar zijn er vier Critically Appraised Topics (CAT's) die meedingen naar de Jan van Esprijs 2014:

- *Dorien Beiderwellen en Lenneke Jobse* (zie de foto hieronder) onderzochten de effectiviteit van vaginale toediening van vitamine C tegen bacteriële vaginose.
- *Janna ter Schure* onderzocht het (tijdelijk) inzetten van profylaxe om de toename van jichtaanvallen tegen te gaan in de opstartfase van allopurinol.
- *Linda Schoots* onderzocht of de intranasale toepassing van triptanen bij clusterhoofdpijn even effectief was als de subcutane toediening.
- *Sibrich Singelsma* onderzocht de werking van fraxiparine versus NSAID bij tromboflebitus.

And the winners are…

De *Jan van Esprijs 2014* wordt gewonnen door Dorien Beijderwellen en Lenneke Jobse voor hun onderzoek *Bacteriële vaginose: Is vitramine C een goede behandelingsoptie?* De jury heeft bij haar beslissing de huisartsgeneeskundige relevantie de doorslag laten geven. De Jan van Esprijs bestaat uit een geldbedrag van € 1000,- en natuurlijk een feestelijke bos bloemen. Bovendien zal het onderzoek worden gepubliceerd in H&W. De *Publieksprijs* wordt gewonnen door Janna ter Schure. Hier gaat het vooral om de eer!

Slotlezing Ionica Smeets

'Cijfers liegen niet', aldus wetenschapsjournaliste Ionica Smeets, 'maar ze verbloemen de werkelijkheid vaak wel danig!' Met veel humor toont ze aan dat het soms nuttig is om met een forse dosis wantrouwen te kijken naar wat cijfers 'bewijzen'. Zo is er de *Simpson paradox* die wel zo'n 25% van de vergelijkingen kan beïnvloeden. En dan zijn er nog de vaak vertekenende vergelijkingen… 'Als je alleen daarnaar kijkt, doe je het al gauw niet goed.' Er zijn *taartpuntgrafieken* die een heel andere uitkomst suggereren dan de werkelijkheid aantoonde; Florence Nightingale heeft hiervan ooit gebruikgemaakt en zo vele levens gered. En er is het fenomeen *correlatie versus causaliteit* – met andere woorden: er zijn inderdaad meer verdrinkingen als de ijsjesverkoop toeneemt, maar toch heeft het een geen invloed op het ander.

Hiermee komt een einde aan een geslaagde NHG-Wetenschapsdag 2014 en is het tijd voor de afsluitende borrel. Maar lang blijven de deelnemers niet plakken, want deze avond moet Oranje een historische wedstrijd voetballen tegen Spanje! (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