JAARGANG 60 / DECEMBER 2017

12

H&W

Huisarts en Wetenschap

2017

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

ONDERZOEK

Determinanten van niet-pluisgevoel bij kanker

BESCHOUWING

Ernst en impact van een enkeldistorsie

NHG-STANDAARD

Drie eyeopeners bij rode ogen

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

12

WETENSCHAP

620 ONDERZOEK Determinanten van niet-pluisgevoel bij kanker
Gé Donker, Eva Wiersma, Lucas van der Hoek, et al.

623 Een implementatieprogramma CVRM voor praktijkondersteuners
Elke Huntink, Michel Wensing, Jan van Lieshout

626 Compressiekousen kunnen zonder voet
Arno Rademaker, Frans van den Brugge, Peter Willems, et al.

630 COMMENTAAR Voetloze steunkousen: meer onderzoek nodig
Just Eekhof

631 ONDERZOEK SOLK: de persoon, de symptomen en de dialoog
Juul Houwen, Peter Lucassen, Hugo Stappers, et al.

635 BESCHOUWING Ernst en impact van een enkeldistorsie
John van Ochten

639 Illegale migranten met psychische problemen
Erik Teunissen

642 IMPLEMENTATIE Cardiovasculaire risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters
Huibertien Oosterlee, Marijke Koolman, Jenneke Meier

645 Minderen met maagzuurremmers, kan het?
Jaïr van Rhenen, Sjoerd Zwart

NHG

648 Drie eyeopeners bij rode ogen; Herziening NHG-Standaard Het rode oog
Egbert de Jongh, Gerda van der Weele

650 Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts en medisch specialist
Carinke Buiting-Van der Zon, Bardo Strijdhorst

KLINISCHE PRAKTIJK

651 NASCHOLING Stapsgewijze aanpak bij fecale incontinentie
Otto Quartero, Maartje Bartelink

655 KLINISCHE LES Is ouderenmishandeling onderdeel van uw differentiële diagnose?
Simone Vuik-Verheij, Patrick Bindels, Arianne Verhagen

660 Koolhydraatarme voeding bij diabetes mellitus type 2
Wilma van Hoek-Ottenkamp

663 Beweging en voeding op recept bij sarcopenie
Bart Groen, Ellen Schoorel, Verena Lambermont, et al.

666 CATS Finasteride bij vroege mannelijke kaalheid
Pim Keurlings, Marjolein van de Pol

667 (VER)STAND VAN ZAKEN Influenzavaccinatie voorkomt meer dan een griepje
Ruud Verhees

668 INTERVIEW Maria van den Muijsenbergh over gezondheidsverschillen

670 IMPORT Beoordelen van suïcidaliteit blijft mensenwerk
Marian Oud

672 CATS Injecties met autoloog plasma bij knieartrose
Jan Mens

673 PEARLS Bisfosfonaten tegen osteoporose door glucocorticosteroïden
Karin Swart

615 JOURNAAL
630 UW DIAGNOSE
659, 662, 666 INTERMEZZO
671 KENNISTOETS
675 BOEKEN
676 COLOFON H&W

45 HET NHG

Best practice

De heer Van der Wiel krijgt zijn jaarlijkse cardiovasculaire check bij de praktijkondersteuner. Hij is 62 jaar, rookt niet, heeft met valsartan een mooie tensie, maar zijn LDL is 3. Indicatie voor een statine dus. Hij fietst dertig kilometer per dag, heeft de torso van Dumoulin, let goed op zijn voeding en een extra pil voor zijn cholesterol staat hem erg tegen. De poh bespreekt de casus met de huisarts en zij zijn het eens: hij krijgt nog een jaartje respijt. Mevrouw Van As ziet de uitslagen van haar cholesterolmeting in haar gezondheidsportaal en voert haar zelfgemeten bloeddruk in. Haar broer heeft recent een hartinfarct gehad. Ze is 48 jaar, niet te zwaar, rookt en gebruikt al jaren de pil. Gelukkig zijn haar cholesterol- en bloeddrukwaarden binnen de norm en tevreden logt zij uit.

Hier klopt iets niet. We steken veel energie in het meten en interpreteren van cardiovasculaire risicofactoren, maar als puntje bij paaltje komt lukt het ons niet om het juiste beleid in te zetten. De cijfers van de jaarlijkse rapportage Transparante Ketenzorg van onze brancheorganisatie InEen zijn ontnuchterend. Na zeven jaar ketenzorg voldoet nog steeds 70% van de mensen met een verhoogd vasculair risico niet aan de LDL-norm. Misschien schatten we risico's anders in, omdat de scoretabel uit onze CVRM-richtlijn veel factoren achterwege laat. Sport en torso (de heer Van der Wiel) of familieleed en pilgebruik (mevrouw Van As) vallen buiten de tabel en daarmee buiten ons blikveld. Individuele cardiovasculaire patiëntenzorg is meer dan stoplichtgeneeskunde conform een richtlijn. Behalve meer zorg op maat moet die zorg ook beter. Uitkomsten van goed opgezette RCT's zouden hieraan richting kunnen geven. Dat valt echter tegen, zoals de RCT van Huntink laat zien. Intensieve scholing aan poh's, onder andere over motiverende gespreksvoering, leidde in haar trial niet tot enige verandering in LDL of andere risicofactoren. De dagelijkse praktijk geeft soms meer houvast. Het rapport van InEen laat namelijk ook nogal wat praktijkvariatie zien: zorggroepen presteren zeer verschillend op het gebied van vasculaire zorg. De best presterende zorggroep behaalt niet bij 30% maar bij 50% van de patiënten de LDL-doelen. Van deze best practices leren we meer dan van een trial.

Over best practice gesproken. In hun implementatieartikel laten Oosterlee, Koolman en Meier zien dat gerichte opsporing van vrouwen met de gewraakte combinatie roken en pilgebruik (een tienvoudig verhoogd cardiovasculair risico bij vrouwen ouder dan 35 jaar) tot een substantiële risicoverlaging leidt bij 80% van de deelnemers. Hier kwam geen trial of risicotabel aan te pas. Dit soort implementatieonderzoek, dicht bij de patiënt vanuit de hagro en lokale apotheek, helpt ons in de praktijk en verdient bij uitstek een plaats in H&W. Deel uw verbeterproject met uw collega's via H&W, daar worden de heer Van der Wiel en mevrouw Van As beter van. ■

Victor van der Meer

Geen suppletie voor ouderen met subklinische hypothyreoïdie

Acht tot 16% van de mensen boven de 65 jaar heeft tekenen van subklinische hypothyreoïdie. Dit gegeven is eerder in verband gebracht met verschillende symptomen en chronische ziekten, maar er is geen bewijs dat suppletie met levothyroxine zin heeft. Recent onderzoek laat zien dat suppletie geen effect heeft op symptomen en andere klinisch relevante uitkomsten.

Een internationale groep onderzoekers, waaronder Nederlandse, onderzocht bij 737 patiënten met subklinische hypothyreoïdie of suppletie effect had op symptomen van hypothyreoïdie. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 74 jaar. De onderzoekers definieerden hypothyreoïdie als een verhoogde TSH-waarde (4,60 tot 19,99 mU/l) en een normaal vrij T4. Patiënten die reeds suppletie kregen, werden uitgesloten van het onderzoek.

De deelnemers kregen ofwel suppletie met een startdosering van 50 microgram levothyroxine per dag, dat werd opgehoogd tot een TSH van 0,40 tot 4,59 mU/l bereikt was, ofwel placebo. Na 12 maanden was de TSH-waarde in de suppletiegroep gemiddeld 1,92 mU/l lager dan in de placebogroep. Er was echter geen verschil in de hypothyreoïdie-symptoomscore (verschil 0,0; 95%-BI –2,0 tot 2,1) of moeheidsscore (verschil 0,4; 95%-BI –2,1 tot 2,9). Ook bij patiënten met een hoog TSH (> 7 mU/l) voor de start van de suppletie was er geen effect op de symptomen. Er was evenmin verschil in bijwerkingen of in het optreden van hart- en vaatziekten tussen de groepen.

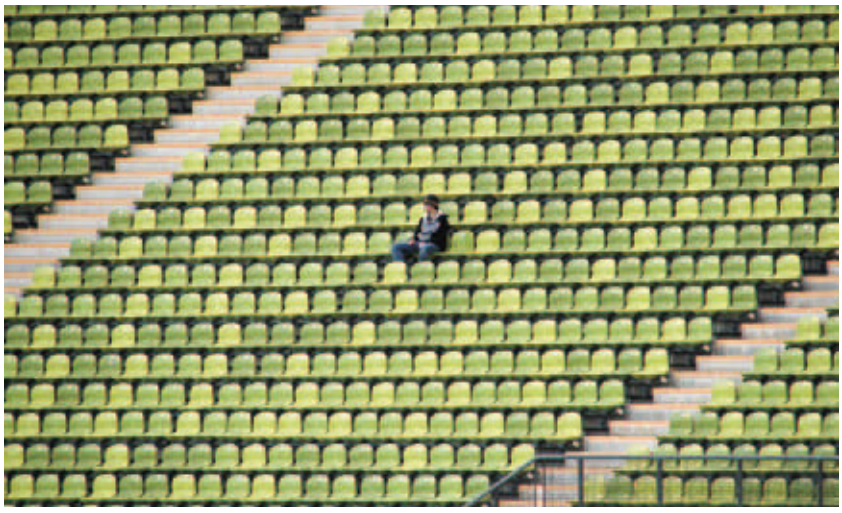
Dit onderzoek maakt duidelijk dat suppletie met levothyroxine bij ouderen met subklinische hypothyreoïdie niet beter werkt dan placebo om symptomen te verlichten. De huidige NHG-Standaard Schildklieraandoeningen beveelt aan om subklinische hypothyreoïdie in principe niet te behandelen. Alleen bij persisterende klachten en een TSH hoger dan 6 mU/l kan de huisarts een proefbehandeling overwegen. Dit onderzoek laat zien dat deze aanbeveling terecht zeer terughoudend is en misschien nog terughoudender kan. ■

Tobias Bonten

Stott DJ, et al. Thyroid hormone therapy for older adults with subclinical hypothyroidism. N Engl J Med 2017;376(26):2534-44.

Psychosociale problematiek bij kinderen met diabetes

In de diabeteszorg voor kinderen ligt de focus nog te vaak alleen op het fysieke aspect van de ziekte. Voor een gunstig beloop van de diabetes door de jaren heen is er meer aandacht nodig voor de psychosociale aspecten, aldus pedagoog Minke Eilander in haar proefschrift.



Eilander onderzocht 174 kinderen met diabetes mellitus type 1 (8 tot 15 jaar) en hun ouders. Het doel van haar onderzoek was meer zicht te krijgen op de verschillende risicofactoren en beschermende factoren die een rol spelen bij het management van diabetes mellitus type 1.

Probleemgedrag, eetproblematiek, stress bij de ouders en negatief opvoedgedrag bleken samen te hangen met slechtere glykemische controle bij kinderen en adolescenten met diabetes mellitus type 1. Positief opvoedgedrag was daarentegen gerelateerd aan een beter HbA1c. Uit de reacties van de moeders, en ook enkele vaders, bleek hoe zwaar de zorg is voor een kind met diabetes mellitus type 1; 32% van de ouders gaf aan een verminderd gevoel van welbevinden te hebben en 8% rapporteerde depressieve symptomen. Dat is tweemaal zoveel als bij ouders met een gezond kind. Meer stress bij de ouder leidt tot verminderd welbevinden bij het kind. Als de ouders de kinderen positief bekrachtigen en ondersteunen in hun ziekte, ook bij hogere HbA1c-waarden, dan heeft dit een positief effect.

Alhoewel de huisarts niet de hoofdbehandelaar is van kinderen met diabetes mellitus type 1 is het belangrijk dat de huisarts zich bewust is van deze relatie tussen diabetes mellitus type 1 en psychosociale factoren bij kinderen. Aandacht hiervoor is gunstig voor de glykemische controle en het welzijn van zowel de kinderen als hun ouders. ■

Bertien Hart

Eilander M. Type 1 diabetes in youth; a psychosocial challenge [proefschrift]. Amsterdam: VUmc, 2017.

Pijn op de borst: safety first

Huisartsen gaan voorzichtig te werk bij patiënten met pijn op de borst. Dit blijkt enerzijds uit het relatief lage aantal patiënten met een daadwerkelijk levensbedreigende aandoening dat wordt gemist en anderzijds uit het groot aantal verwijzingen en onderzoeken.

In 118 Belgische en Nederlandse huisartsenpraktijken verzamelden onderzoekers gedurende twee maanden gegevens over patiënten die zich presenteerden met pijn op de borst. Dertig dagen later gingen zij bij alle patiënten na wat de uiteindelijke diagnose was en welke interventies hadden plaatsgevonden. De onderzoekers includeerden in totaal ruim 280 patiënten, ongeveer 1% van alle contacten in die periode tijdens kantooruren. Bij deze patiënten dachten de huisartsen bij 38% in eerste instantie aan een acuut coronair syndroom (ACS). Zij verwezen 40% van alle gevallen naar de tweede lijn. Het aantal verwijzingen in België was 30% hoger dan in Nederland ($p < 0{,}001$). Huisartsen en specialisten voerden 512 aanvullende diagnostische tests uit. Uiteindelijk bleek in 33% van de gevallen de klachten door spierpijnen veroorzaakt te worden, de diagnose ACS werd in 8% van de gevallen gesteld. In ruim 40% van de gevallen kwamen de initiële en uiteindelijke diagnose met elkaar overeen en in minder dan 1% werd een ernstige diagnose gemist.

De door de huisartsen gebruikte selectiemethode blijkt uitermate sensitief met een laag aantal foutnegatieven. Gezien het grote verschil tussen de initiële en uiteindelijke diagnose en de forse verschillen tussen de Belgische en Nederlandse verwijspercentages, is er echter mogelijk sprake van overdiagnostiek. Of een rationelere diagnostiek ook zal leiden tot behoud van de kwalitatief hoge zorg is uit dit onderzoek niet af te leiden. Daarom blijft vooralsnog het devies bij pijn op de borst: better safe than sorry. ■

Bèr Pleumeekers

Hoorweg BBN, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses. Heart 2017;103:1727-32.

Kwaliteit van leven na borstkanker kan beter

De overleving van borstkanker is de laatste jaren wereldwijd verbeterd. Vrouwen die borstkanker hebben gehad, ervaren ondanks hun genezing echter vaak een verminderde kwaliteit van leven. Een multidimensionaal programma, dat vanuit huis gevolgd kan worden, verbetert de kwaliteit van leven van deze patiënten en geeft mogelijk op korte termijn vermindering van de klachten. Dat ontdekten auteurs van een recente Cochrane-review.

Cheng et al. zette het bewijs op een rijtje van 'home-based survivorship programmes' voor vrouwen die maximaal 10 jaar geleden werden behandeld voor borstkanker. Zij selecteerden daarvoor 26 onderzoeken met in totaal 2272 deelnemers. Deze onderzoeken moesten een programma bevatten dat vanuit huis gevolgd kon worden en het programma moest meer dan een van de volgende dimensies hebben: educatief (zoals informatievoorziening), fysiek (zoals een trainingsprogramma) en psychologisch (zoals cognitieve therapie).

Ondanks de matige kwaliteit van de meeste onderzoeken konden de auteurs met enige zekerheid conclusies trekken. Zo was de kwaliteit van leven, gemeten volgens de FACT-B-vragenlijst of EORTC-vragenlijst, bij deelnemers aan een programma hoger dan bij vrouwen uit de controlegroep bij een follow-up tot respectievelijk drie en tien maanden. Het verschil bij drie maanden was klinisch relevant. Daarnaast rapporteerden de deelnemers minder vermoeidheid, slaapproblemen en angstklachten direct na de interventie. Deze laatste conclusies zijn echter minder zeker, omdat de desbetreffende onderzoeken van matige kwaliteit waren.

In geen van de onderzoeken werd gekeken naar kosteneffectiviteit. Het op grote schaal toepassen van deze programma's lijkt dus nog niet aan de orde. De groep vrouwen die in het verleden werd behandeld voor borstkanker wordt ondertussen steeds groter. De huisarts, die te maken krijgt met de problemen van deze patiënten, doet er goed aan om bij de individuele patiënt problemen in de genoemde dimensies te inventariseren. ■

Nadine Rasenberg

Cheng KKF, et al. Home-based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors. Cochrane Database Syst Rev 2017;8:CD011152.

Huisarts ziet meer insectenbeten

Patiënten gaan nog steeds vaak naar de huisarts met kleine kwalen, ondanks de (digitale) informatie die helpt bepalen met welke klachten zij wanneer naar de huisarts moeten gaan. Opvallend is ook dat huisartsen steeds vaker mensen met een insectenbeet zien. Dat blijkt uit een onderzoek van het NIVEL naar behandeling van kleine kwalen.

Het NIVEL onderzocht het aantal contacten en de bijbehorende medicatie voor twaalf kleine kwalen in de huisartsenpraktijk in de jaren 2011 en 2015. Het aantal contacten met de huisarts voor deze twaalf kleine kwalen bleef gelijk. Wel schreven huisartsen minder vaak medicatie voor: in 2015 kreeg 46% van de patiënten een recept mee, in 2011 was dit nog 58%. Opvallend was verder de toename van contacten voor insectenbeten (33%) en het vaker voorschrijven van tetracyclines (driemaal zo vaak als voorheen), zie [**tabel**]. Het is zeer aannemelijk dat dit komt door een toename van het aantal contacten na een tekenbeet en het daarbij voorschrijven van antibioticaprofylaxe, conform de richtlijn van het NHG.

Tabel **Aantal contacten en meest voorgeschreven geneesmiddelen(groep) per kleine kwaal. Aantal contacten en voorschriften per 10.000 ingeschreven patiënten.**

		Aantal contacten				Aantal voorschriften	
ICPC code	Omschrijving	2011	2015	ATC code	Omschrijving	2011	2015
S17	Schaafwond	83,1	106,4	D06AX	Overige antibiotica topisch gebruik	4,5	5,3
S20	Likdoorns	35,3	40,4	D01AE	Overige lokale antimyotica	4,5	4,9
R07	Niezen	39,9	40,3	R01AD	Corticosteroïden	21,0	18,9
D08	Flatulentie	7.7	9,3	A02BC	Protonpompremmers	1,6	1,2
S16	Kneuzingen	76,5	70,9	M01AB	Azijnzuurderivaten en verwante stoffen	2,1	1,1
D22	Wormen	19,0	20,5	P02CA	Benzimidazoolderivaten	4,3	3,0
S22	Klachten nagels	17,9	18,5	D01BA	Antimyotica voor systemisch gebruik	0,6	0,4
S89	Luieruitslag	17,9	14,3	D01AC	Imidazool- en trialzoolderivaten	5,5	3,3
A72	Waterpokken	24,9	24,4	D06AX	Overige antibiotica topisch gebruik	0,9	1,0
S12	Beet/steek insect	88,0	117,8	J01AA	Tetracyclines	3,5	11,7
S74	Dermatomycosen	332,6	356,5	D01AC	Imidazool- en triazoolderivaten	105,0	77,9
R05	Hoesten	607,7	727,4	R05DA	Opiumalkaloïden	160,5	153,7

Deze cijfers laten geen effect zien van de toename aan (digitaal) beschikbare informatie over twaalf kleine kwalen op bezoek aan de huisarts. Deze uitkomsten spreken eerder onderzoek over het effect van Thuisarts.nl op zorggebruik tegen. Dat onderzoek was overigens ook gebaseerd op NIVEL-cijfers.

Voor patiënten blijft het kennelijk ook met goede voorlichting moeilijk om te bepalen of hun klacht vanzelf overgaat of dat zij daarbij medische hulp nodig hebben. Dat geldt zeker voor kleine aandoeningen met mogelijk grote gevolgen, zoals een tekenbeet. De huisarts kan dit onderscheid wel maken en hij heeft dan ook een belangrijke rol bij het geruststellen en adviseren van de patiënt. ■

Linda Flinterman

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kleine_kwalen_huisartsenpraktijk2011_2015.pdf.

Oncologische patiënten hebben baat bij vroege start palliatieve zorg

Bij standaard oncologische zorg voor patiënten voor wie geen genezing meer mogelijk is, start het palliatieve traject vaak pas laat. Dan rest er geen enkele ziekteremmende mogelijkheid en is de dood nabij. Eerder starten met palliatieve zorg, zodra duidelijk is dat er geen curatieve behandelingsopties zijn, geeft een betere kwaliteit van leven en een lagere symptoomlast.

Haun et al. vergeleken het effect van vroege palliatieve zorg met standaard oncologische zorg op kwaliteit van leven, depressie, symptoomlast, en overleving van patiënten met gevorderde kanker. Zij zochten in het Cochrane-register, MEDLINE, Embase, CINAHL, Psychinfo, OpenGrey, en drie clinicaltrialregisters tot oktober 2016.

De auteurs includeerden zeven randomized trials, met in totaal 1614 patiënten. Vergeleken met de gebruikelijke oncologische zorg verbeterde vroege palliatieve zorg de kwaliteit van leven significant (SMD 0,27; 95%-BI 0,15 tot 0,38). Uitgedrukt in de Functional Assessment of Cancer Therapy-General score (0 tot 100), nam de kwaliteit van leven van patiënten die vroege palliatieve zorg ontvingen gemiddeld toe met 4,59 (95%-BI 2,55 tot 6,46). Bij vroege palliatieve zorg werd een significant lagere symptoomlast gerapporteerd. De effecten zijn klein, maar mogelijk klinisch relevant voor de terminale fase wanneer verder verlies van kwaliteit van leven optreedt. De auteurs vonden geen verschillen voor de uitkomstmaten depressie en overleving.

Dit systematisch literatuuroverzicht geeft aan dat als artsen bij oncologische patiënten met palliatieve zorg starten zodra duidelijk is dat er geen curatieve behandelingsopties meer zijn, deze patiënten in hun laatste levensfase meer kwaliteit van leven ervaren en minder symptoomlast rapporteren. ■

Marianne Dees

Haun HW, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev 2017;6:CD011129.

Huidzorg door de huisarts is zinvol

Huisartsen krijgen vaak de vraag: is deze huidafwijking kwaadaardig? Bij de beoordeling daarvan maken ze weinig gebruik van histologie, hoewel slechts 29% van de huidafwijkingen waarvoor zij mensen verwijzen kwaadaardig is. Om onnodige verwijzingen te voorkomen, kunnen huisartsen zelf meer aan huidzorg doen.

Maastrichtse wetenschappers zochten met een dossieronderzoek uit wat het beleid van huisartsen is bij verdachte huidafwijkingen. Daarvoor analyseerden zij het HIS van drie huisartsenpraktijken met elk ongeveer 4000 ingeschrevenen. Zij includeerden alle patiënten die in 2015 hun huisarts bezochten met een mogelijk verdachte huidafwijking. Dit leverde 580 patiënten op (58% vrouw, gemiddelde leeftijd 55 jaar).

De huisartsen gebruikten bij weinig patiënten aanvullende diagnostiek: raadplegen van een meer ervaren collega (1%), dermatoscopie (8%), diagnostische excisie (10%) en een biopt (2%). Zij verwezen ook weinig patiënten (17%) naar de dermatoloog. De diagnose van de huidafwijking na verwijzing luidde in 39% van de gevallen goedaardig (vooral benigne naevus en seborrhoïsche keratose); in 29% kwaadaardig (vooral basaalcelcarcinoom) en in 17% premaligne (vooral actinische keratose). Dan was er nog een restcategorie van 15% overig/onbekend.

Van de patiënten met een definitieve diagnose (histologie of oordeel van een dermatoloog, n = 155) was de positief voorspellende waarde van het oordeel van de huisarts op kwaadaardigheid 54%. De auteurs noemen dit laag, alhoewel dit vergeleken met andere kwaadaardige aandoeningen toch vrij hoog is. Meer gebruik van diagnostische excisie of weefselbiopt door de huisarts zou het aantal – achteraf – onnodige verwijzingen nog verder kunnen verlagen. ■

Lidewij Broekhuizen

Ahmadi K, et al. Current approach of skin lesions suspected of malignancy in general practice in the Netherlands: a quantitative overview. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017 Jul 27 [ePub ahead of print].

Bewegen is goed, meer bewegen is beter

Lever minstens 2,5 uur (150 minuten) per week matig lichamelijke inspanning en doe minstens twee keer per week spier- en botversterkende oefeningen. Verdeel de activiteiten over enkele dagen. En: meer is beter. Dat is de kern van de nieuwe beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad.

De minister van Volksgezondheid heeft de Gezondheidsraad gevraagd de oude beweeg- en fitnorm te evalueren in het licht van nieuwe wetenschappelijke inzichten. Het is overtuigend aangetoond dat matig intensieve beweging het risico op hart- en vaatziekten, diabetes en depressie verlaagt. Onder matig intensieve beweging wordt een energieverbuik van 3 tot 6 MET (metabole equivalenten) verstaan. Denk daarbij aan wandelen of fietsen, maar ook aan bedden opmaken, grasmaaien of schilderen. Verder is het aannemelijk dat door bewegen het risico op vroegtijdig overlijden, borst- en darmkanker vermindert. Bovendien vermindert de combinatie van duur- en krachttraining het risico op fracturen, met name bij ouderen.

Foto: Shutterstock/TonyV3112

De oude norm van 150 minuten bewegen per week blijft gehandhaafd, maar hoeft niet per se over vijf dagen verdeeld te worden, Daarvoor ontbreekt bewijs. De Gezondheidsraad benadrukt dat iets beter is dan niets en dat meer bewegen leidt tot meer gezondheidswinst. Zo verlaagt 75 minuten beweging per week al het risico op een hartaanval en hartfalen, doet 150 minuten het risico verder dalen en is 300 minuten per week nog gunstiger. Voor kinderen verandert er weinig: ten minste elke dag een uur matig intensieve inspanning en drie keer per week spier- en botversterkende oefeningen.

Zo'n 44% van de volwassenen en 40% van de kinderen voldoet aan deze nieuwe beweegrichtlijnen. Er is dus werk aan de winkel voor de praktijkondersteuner, huisarts en patiënt! ■

Victor van der Meer

Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017. Den Haag: Gezondheidsraad, 2017; publicatienr. 2017/08.

Behandeling hyperhomocysteïnemie voorkomt hartinfarct niet

Hyperhomocysteïnemie is een risicofactor voor hart- en vaatziekten. Behandeling door suppletie met B-vitamines verlaagt de kans op een hartinfarct of sterfte echter niet, zo blijkt uit recent onderzoek. Vitamine B heeft echter wel een klein positief effect op de kans op een CVA.

Het aminozuur homocysteïne staat in de belangstelling, omdat een hoog homocysteïnegehalte samenhangt met een hogere kans op hart- en vaatziekten. Voor de omzetting van homocysteïne naar andere aminozuren zijn B-vitamines nodig. Dit was de aanleiding voor verschillende onderzoeken naar het effect van orale suppletie met B-vitamines op de kans op hart- en vaatziekten.

De auteurs van deze Cochrane-review, alweer de derde update, vatten het effect samen van homocysteïneverlagende behandeling bij mensen met en zonder bekende hart- en vaatziekten. De auteurs vonden 15 gecontroleerde trials, waarvan 3 nieuwe (sinds de vorige update) met in totaal 71.422 deelnemers. De follow-up varieerde van 1 tot 7,3 jaar. Behandeling om het homocysteïnegehalte te verlagen met de vitamines B6, B9 en B12 had geen effect op het optreden van een myocardinfarct vergeleken met placebo: 7,1% versus 6,0% (RR 1,02; 95%-BI 0,95 tot 1,10). Er was evenmin verschil in totale sterfte of bijwerkingen. Wel verminderde de homocysteïneverlagende behandeling de kans op een CVA iets: 4,3% versus 5,1% (RR 0,90; 95%-BI 0,82 tot 0,99) in 10 trials van hoge kwaliteit, met 44.224 deelnemers.

De auteurs adviseren om in volgende trials te onderzoeken in hoeverre homocysteïneverlagende behandeling boven op behandeling met antihypertensiva de kans op een CVA verlaagt. Voorlopig lijkt suppletie met vitamine B niet zinnig om een hartinfarct te voorkomen. ■

Lidewij Broekhuizen

Martí-Carvajal AJ, et al. Homocysteine-lowering interventions for preventing cardiovascular events. Cochrane Database Syst Rev 2017;8:CD006612.

Acute bronchitis gaat vanzelf over

Er is nog altijd weinig noodzaak om antibiotica voor te schrijven aan patiënten met acute bronchitis. Mogelijke uitzondering op die regel zijn oudere of kwetsbare patiënten. Toch is het ook bij hen de vraag of de bescheiden voordelen opwegen tegen de nadelen. Helaas kan deze recente Cochrane-review hierover geen duidelijk geven.

Smith et al. gingen na of antibiotica het herstel bij acute bronchitis bevorderen en of het gebruik nadelen heeft. Zij doorzochten hierop de literatuur en vonden 17 geschikte trials, met in totaal ruim 5000 deelnemers. Aan het eind van de behandeling bleek er geen statistisch significant verschil in het gerapporteerd klinisch herstel tussen de patiënten die antibiotica kregen en de placebogroep. Patiënten die antibiotica kregen, hoestten statistisch gezien weliswaar minder vaak en minder lang en hadden minder nachtelijke hoestbuien, maar de verschillen waren klein en klinisch niet relevant. Het aantal ziektedagen was minder bij de antibioticagebruikers, maar was gemiddeld toch niet meer dan een halve dag. Het aantal patiënten met bijwerkingen was wel significant hoger bij de antibioticagebruikers. Van iedere 24 patiënten die antibiotica kregen, was er één extra patiënt met bijwerkingen als misselijkheid, uitslag, diarree, hoofdpijn of braken.

Alle besproken onderzoeken waren van hoge kwaliteit en hadden dezelfde conclusie: antibiotica hebben geen toegevoegde waarde bij de behandeling van patiënten met acute bronchitis. In verband met de bijwerkingen voor de individuele patiënt en de nadelen op bevolkingsniveau, zoals resistentie en kosten, is terughoudendheid bij het voorschrijven geboden. Aangezien kleine subgroepen van patiënten, bijvoorbeeld kwetsbare ouderen of patiënten met comorbiditeit, vaak ondervertegenwoordigd zijn in de trials, zouden zij mogelijk wel baat kunnen hebben bij antibioticagebruik tijdens acute bronchitis. Voor de overige patiënten is het beter dat ze geen antibiotica krijgen voorgeschreven. Het beleid van de NHG-Standaard Acuut hoesten van 2011 blijft dus onveranderd actueel. ■

Foto: Shutterstock/Francisco Javier Gil

Bèr Pleumeekers

Smith SM, et al. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev 2017;6:CD000245.

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).

Gé Donker, Eva Wiersma, Lucas van der Hoek, Marianne Heins

Determinanten van niet-pluisgevoel bij kanker

Samenvatting

Donker GA, Wiersma E, Van der Hoek L, Heins M. Determinanten van niet-pluisgevoel bij kanker Huisarts Wet 2017;60(12):620-2.

ACHTERGROND Huisartsen gebruiken hun niet-pluisgevoel om kanker te diagnosticeren, maar er is weinig bekend over de relatie van het niet-pluisgevoel met patiënt- en huisartskenmerken.

METHODE Prospectief cohortonderzoek onder patiënten in 44 huisartsenpraktijken verspreid over Nederland, van januari 2010 tot en met december 2013. De huisartsen noteerden in een vragenlijst wat de aanleiding was voor het gevoel, het vervolgbeleid en de verwachte diagnose. Drie maanden nadien zijn we met een follow-upvragenlijst bij dezelfde patiënten nagegaan welke diagnose de huisarts had gesteld en of deze conform de geanticipeerde diagnose was. We hebben een chi-kwadraattoets, uni- en multivariate logistische regressie- en multilevel-analyses uitgevoerd.

RESULTATEN Van 366 gerapporteerde patiënten had 35% drie maanden later kanker als diagnose. De meest voorkomende triggers waren: onverklaard gewichtsverlies (n = 85) en sporadisch spreekuurbezoek (n = 76), gevolgd door het aanhouden van klachten (n = 64). Uit een multivariate analyse bleek dat geen van de triggers samenhing met kanker. De positief voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel nam met 2% toe voor elk jaar dat een patiënt ouder was en met 3% voor elk jaar dat de leeftijd van de huisarts toenam. Het geslacht van de huisarts bleek niet van invloed op de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel.

CONCLUSIE Het niet-pluisgevoel van de huisarts blijkt een nuttig diagnostisch instrument voor het diagnosticeren van kanker en de relatief hoge voorspellende waarde neemt toe naarmate de huisarts ouder en meer ervaren is, en naarmate de patiënt ouder is. Deze bevindingen verdienen aandacht in onderwijs en richtlijnen.

INLEIDING

Huisartsen gebruiken medische kennis, diagnostisch onderzoek en klinisch redeneren om kanker te diagnosticeren.[1-6] Toch blijkt uit onderzoeken dat tijdens het eerste huisartsconsult slechts een op de drie patiënten vroege symptomen van kanker vertoont en een op de acht pathognomonische symptomen heeft.[7,8] Dit onderstreept hoe moeilijk het diagnosticeren van kanker kan zijn gebaseerd op enkel symptomen en klinisch onderzoek. Daarom maken veel huisartsen ook gebruik van hun ervaring en het niet-pluisgevoel van zowel huisarts als patiënt.[6]

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, Peilstations, Utrecht: dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog, coördinator Peilstations; L. van der Hoek, methodoloog-statisticus; dr. Marianne Heins, epidemioloog. VU Medisch Centrum, Amsterdam: E. Wiersma, huisarts-in-opleiding, ten tijde van het onderzoek medisch student • Correspondentie: g.donker@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Donker GA, Wiersma E, Van der Hoek L, Heins M. Determinants of general practitioner's cancer-related gut feelings – a prospective cohort study. BMJ Open 2016;6:e012511. Publicatie gebeurt met toestemming.

Huisartsen herkennen het niet-pluisgevoel en passen hun vervolgbeleid daarop aan.[9-13] Specialisten weten het niet-pluisgevoel en verwijzingen op basis hiervan ook op waarde te schatten, vooral wanneer het om ervaren huisartsen gaat.[14] Wij hebben kwantitatief onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker, de triggers ervan en de invloed van huisarts- en patiëntkenmerken.

METHODE

Voor dit prospectieve cohortonderzoek hebben we van januari 2010 tot en met december 2013 geanonimiseerde gegevens verzameld in de Peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.[15] Dit netwerk van huisartsenpraktijken is landelijk representatief voor de verdeling naar geslacht, leeftijd, regio en bevolkingsdichtheid. Er waren 44 praktijken met een totale populatie van 119.882 patiënten, 0,7% van de Nederlandse populatie.[16,17] We vroegen huisartsen een vragenlijst in te vullen bij een niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker, onafhankelijk van de symptomen en klinische bevindingen. Symptomen mochten wel aanwezig zijn. Deze brede definitie van het niet-pluisgevoel baseerden we op bevindingen in focusgroepen.[10,11] De vragenlijst bevatte open vragen over huisarts- en patiëntkenmerken, het verwachte kankertype, de trigger(s) voor het niet-pluisgevoel en het beleid na het niet-pluisgevoel. Na drie maanden ontving de huisarts een vragenlijst voor dezelfde patiënt(en), waarop deze de diagnose invulde. Alle peilstations namen deel aan het onderzoek.

Statistische analyses

De gegevens hebben we geanalyseerd met STATA®, versie 13.0. We hebben het percentage patiënten met kanker na drie maanden onderzocht voor alle patiënten en per trigger. Na drie maanden hebben we logistische regressieanalyses verricht, met kanker als uitkomstvariabele, en leeftijd, geslacht

Wat is bekend?

- Slechts een op de drie patiënten met kanker heeft vroege symptomen en slechts een op de acht heeft pathognomonische symptomen bij het eerste huisartsenconsult.
- Huisartsen herkennen het niet-pluisgevoel en passen hun vervolgbeleid daarop aan.

Wat is nieuw?

- Bij een niet-pluisgevoel van huisartsen gerelateerd aan kanker heeft 35% van de betreffende patiënten drie maanden later kanker.
- De voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel voor de diagnose kanker neemt toe als de huisarts ouder en meer ervaren is, en als de patiënt ouder is.

van patiënt en huisarts, ethniciteit van de patiënt, hoe lang en hoe goed de huisarts de patiënt kende en het aantal jaren ervaring van de huisarts als onafhankelijke variabelen. Alle variabelen die in de univariate analyse een p-waarde < 0,10 hadden, hebben we in een multivariate analyse gebruikt. Details over de onderzoekmethode vindt u in het oorspronkelijke Engelstalige artikel (http://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e012511.long).

RESULTATEN

Negenenvijftig huisartsen uit 44 praktijken vulden 366 vragenlijsten in (gemiddeld 5,6 vragenlijsten per huisarts). De gemiddelde leeftijd van de huisartsen was 50 jaar, 64% was man en het gemiddelde aantal jaren ervaring als huisarts was 17. Van de patiënten was 48% vrouw en 93% van Nederlandse afkomst. De helft van hen was tussen 61 en 80 jaar oud, en de huisartsen gaven aan 81% van hen goed of heel goed te kennen.

Triggers voor het niet-pluisgevoel en vervolgacties

Gewichtsverlies (24%), sporadisch huisartsbezoek (22%) en duur van de klachten (19%) waren vaak door de huisarts gerapporteerde triggers voor een niet-pluisgevoel [**figuur**]. Bij deze triggers stelden de huisartsen bij ruim een kwart van de patiënten na drie maanden de diagnose kanker (25% tot 28%). Bij een niet-pluisgevoel getriggerd door een palpabele tumor, abnormale testresultaten en een verdachte medische voorgeschiedenis (bijvoorbeeld kanker in de voorgeschiedenis) stelden de huisartsen het vaakst de diagnose kanker, respectievelijk 47%, 42% en 39% in univariate analyses.

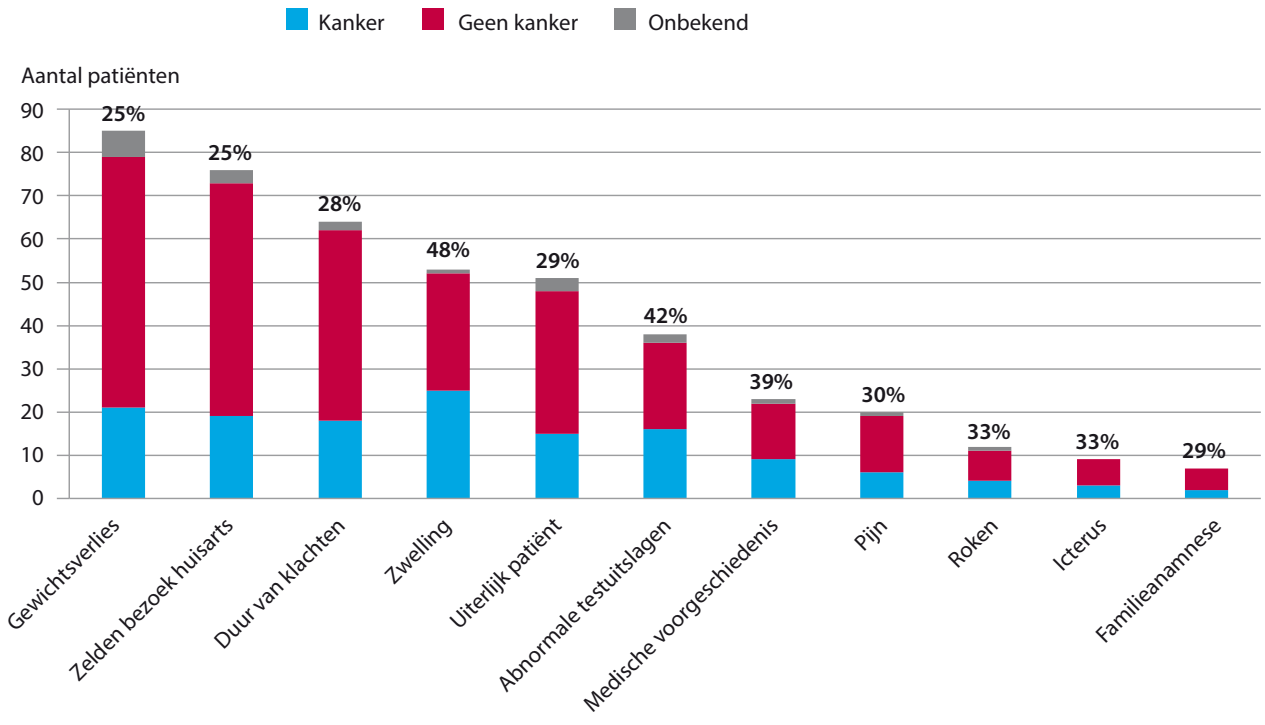
De meeste patiënten (64%) kregen een verwijzing naar een specialist; bij twee derde van deze patiënten betrof het een (semi)spoedverwijzing. Daarnaast onderging 32% een laboratoriumtest, 21% röntgendiagnostiek en 13% een echo. Bij 5% besloot men af te wachten.

Voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel

Van 366 patiënten had 35% uiteindelijk een diagnose kanker en bij 30 patiënten was de diagnose onbekend. De positief voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel hing samen met hoe lang de huisarts de patiënt kende en de leeftijd van de patiënt. Als de huisarts de patiënt langer dan 10 jaar kende (n = 196), had 41% een diagnose kanker; 13% meer dan de groep patiënten die de huisarts korter dan 10 jaar kende (p = 0,01).

Ook de leeftijd en het aantal jaren ervaring van de huisarts waren gerelateerd aan de voorspellende waarde van het niet-pluisgevoel. Bij huisartsen ouder dan 50 jaar had 43% van de patiënten kanker; 16% meer dan bij de jongere huisartsen (p = 0,004). Als de huisarts > 15 jaar ervaring had, had 43% van de patiënten kanker; 17% meer dan bij de minder ervaren huisartsen (p = 0,006). Van de elf triggers voor het niet-pluisgevoel voorspelde alleen een palpabele tumor kanker: 48% van de patiënten met een palpabele tumor had kanker (p = 0,03). Gewichtsverlies als trigger voorspelde relatief minder vaak kanker (27%, p = 0,07) en dit gold ook voor sporadisch huisartsbezoek (26%, p = 0,07).

Figuur Triggers die bij huisartsen een niet-pluisgevoel gerelateerd aan kanker veroorzaken en het percentage dat na drie maanden kanker bleek te hebben (januari 2010 tot december 2013)



Multivariate logistische regressieanalyse

De variabelen palpabele tumor, gewichtsverlies, sporadisch huisartsbezoek, leeftijd van de patiënt en van de huisarts hebben we in een multivariaat logistisch regressiemodel opgenomen. Alleen toenemende leeftijd van de patiënt (p = 0,01) en van de huisarts (p = 0,04) hadden een voorspellende waarde voor de diagnose kanker; een toename van 2% voor ieder jaar dat een patiënt en een toename van 3% voor ieder jaar dat een huisarts ouder is. Een palpabele tumor had geen voorspellende waarde voor de diagnose kanker (p = 0,06).

BESCHOUWING

Dit is het eerste onderzoek dat kwantitatief het niet-pluisgevoel, de triggers van dat gevoel en patiënt- en huisartskenmerken aan een analyse onderwerpt. Het gebruik van een landelijk representatief, langer bestaand huisartsennetwerk en de longitudinale opzet maken een vergelijking tussen verwachte en werkelijke diagnose mogelijk, zonder selectiebias.

Andere onderzoeken ondersteunen het bestaan van het aan kanker gerelateerde niet-pluisgevoel en bevestigen dat huisartsen hier meestal een vervolgactie op ondernemen.[10,11,13,18] Het is aannemelijk dat het al dan niet nemen van vervolgacties ook afhangt van leeftijd, comorbiditeit en daarmee samenhangende interventiemogelijkheden bij de patiënt. Ingeman toonde aan dat 16,2% van de Deense patiënten die naar een oncologische polikliniek voor patiënten met ernstige aspecifieke symptomen waren verwezen, uiteindelijk kanker had.[19] Het percentage kanker was hoger als de huisarts een sterk niet-pluisgevoel had. Bij een kwart van de patiënten met aspecifieke symptomen was het niet-pluisgevoel van de arts reden voor verwijzing naar een speciaal zorgpad voor kanker en patiënten met een palpabele tumor hadden ook in dat onderzoek een hogere kans op kanker (26,9%).[19] Een prospectief Noors onderzoek naar de verdenking van huisartsen op kanker als patiënten symptomen vertoonden die op kanker kunnen wijzen liet zien dat de voorspellende waarde voor kanker van de door huisartsen aangewezen verdachte gevallen gering is (3,8%). Deze is echter wel zes keer hoger dan ten onrechte geen verdenking hebben.[20] De verschillen in voorspellende waarde van verdenking op kanker van huisartsen in eerdere onderzoeken zijn grotendeels gerelateerd aan verschillen in follow-upduur en onderzoeksontwerp. Bij ons onderzoek moesten huisartsen actief het niet-pluisgevoel rapporteren en een vragenlijst invullen. Er is geen bestaande code voor het niet-pluisgevoel. Een afwijkende routine van de dagelijkse werkzaamheden kan leiden tot onderrapportage. Als huisartsen alleen bij een heel sterk niet-pluisgevoel rapporteerden, kan het zijn dat de voorspellende waarde relatief hoog uitviel.

Implicaties voor de praktijk

Shapley beschouwt een symptoom met een voorspellende waarde van meer dan 5% als een verdacht symptoom.[23] Ons onderzoek laat zien dat het niet-pluisgevoel een waardevol diagnostisch instrument is met een voorspellende waarde van 35%, die toeneemt met het stijgen van de leeftijd van de patiënt en de huisarts. Geen van de triggers voor het niet-pluisgevoel was in multivariate analyses (aanvullend) voorspellend voor kanker. Geaccumuleerde professionele ervaring zet het niet-pluisgevoel mogelijk om in een bewust analytisch proces, waardoor ervaren huisartsen het als een diagnostisch instrument kunnen gebruiken. Voor de praktijk betekent dit dat het niet-pluisgevoel van huisartsen een valide reden voor vervolgonderzoek en (spoed)verwijzing kan zijn.

Kunnen jongere huisartsen getraind worden in het ontwikkelen van het niet-pluisgevoel? Op sommige huisartsopleidingen oefenen huisartsen-in-opleiding in de kunst van het onderbreken van het gebruikelijke snelle denken, patroonherkenning en handelen op het moment dat ze een specifiek gevoel waarnemen: de tijd nemen om rustig de situatie te analyseren. Dit wordt door huisartsen in opleiding als zeer waardevol ervaren. Ook in opleidingspraktijken bevordert de aanmoediging van huisartsopleiders om te vertrouwen op het gevoel en de tijd te nemen om daar bij stil te staan, de ontwikkeling van het niet-pluisgevoel en het zelfvertrouwen van de huisartsen in opleiding.[21] De hogere kans op kanker bij een toenemende leeftijd van de patiënt mag daarbij betrokken worden, maar hoeft niet de doorslag te geven.[22]

CONCLUSIE

Het niet-pluisgevoel van de huisarts gerelateerd aan kanker is een waardevol diagnostisch instrument met een hoge voorspellende waarde, die toeneemt met het stijgen van de leeftijd van de patiënt en de huisarts. Het kan een valide reden zijn voor vervolgonderzoek en spoedverwijzing. Het is belangrijk hier aandacht aan te besteden in onderwijs en richtlijnen.

DANKBETUIGING

De auteurs bedanken de Stichting Stoffels-Hornstra voor de financiering, de participerende huisartsen van de peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn voor het invullen van de vragenlijsten en Marianne Heshusius voor een cruciale rol in de gegevensverzameling. ■

LITERATUUR

1 Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer 2013;49:1374-403.
2 World Health Organization. Cancer – factsheets World Health Organization Media Centre, 2015. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/ (Geraadpleegd november 2015).
3 Nederlandse Kankerregistratie. Cijfers over kanker 2015. http://www.cijfersoverkanker.nl/kerncijfers-over-kanker-49.html (Geraadpleegd november 2015).

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

Elke Huntink, Michel Wensing, Jan van Lieshout

Een implementatieprogramma CVRM voor praktijkondersteuners

Samenvatting

Huntink E, Wensing M, van Lieshout J. Een implementatieprogramma CVRM voor praktijkondersteuners. Huisarts Wet 2017;60(12):623-5.

ACHTERGROND Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is in Nederland vooral een taak van de huisarts en de praktijkondersteuner (poh). Die taak is voor verbetering vatbaar. In het kader van een Europees project ontwikkelden wij een implementatieprogramma 'Maatwerk bij CVRM' dat gericht is op poh's.

METHODE Clustergerandomiseerd interventieonderzoek in 34 Nederlandse huisartsenpraktijken, door loting toegewezen aan een interventiearm en een controlearm. We analyseerden patiëntendossiers en schriftelijke vragenlijsten voor patiënten, en interviewden poh's uit de interventiearm. Primaire uitkomstmaat was een in het patiëntendossier vastgelegd leefstijladvies, secundaire uitkomstmaten waren bloeddruk, cholesterol, BMI, roken, voeding en beweging.

RESULTATEN De interventiearm telde 20 poh's verdeeld over 19 huisartsenpraktijken, de controlearm 14 poh's verdeeld over 15 huisartsenpraktijken. In totaal 2229 patiënten vulden de vragenlijst in. We vonden zes maanden na inclusie geen significante verschillen in de primaire uitkomstmaat en evenmin in bloeddruk, cholesterol, BMI, roken en voeding. Patiënten in de interventiearm scoorden significant beter op het gebied van lichaamsbeweging. De poh's pasten de overige behandeladviezen nauwelijks toe, met name de adviezen betreffende depressieve symptomen bij de patiënt. Ze misten regelmatige reminders en ondersteuning vanuit de onderzoeksteam.

CONCLUSIE De poh's waren enthousiast over het implementatieprogramma, maar voerden de aanbevelingen matig uit. Er is in de praktijk nog te weinig aandacht voor mogelijke depressieve symptomen bij patiënten met (risico op) hart- en vaatziekten. Implementatieprogramma's gericht op poh's kunnen effectiever worden als men poh's en patiënten nadrukkelijker betrekt bij de ontwikkeling en ze meer op maat maakt voor de individuele huisartsenpraktijk.

Ongeveer één miljoen mensen in Nederland hebben hart- en vaatziekten.[1] De meesten van hen worden behandeld door huisartsen en praktijkondersteuners (poh's). De cardiovasculaire zorg in de huisartsenpraktijk is de afgelopen decennia sterk verbeterd, bijvoorbeeld door multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM),[2,3] maar zij is nog verre van optimaal.[4-7]

In het kader van het Europese project Tailored Implementation for Chronic Diseases (TICD) onderzochten we of maatwerk in de implementatie van CVRM de cardiovasculaire zorg in de eerste lijn kan verbeteren.[8] Daartoe ontwikkelden we een implementatieprogramma-op-maat volgens de stapsgewijze TICD-methode.[9,10] Om te beginnen inventariseerden we in de praktijk welke determinanten de cardiovasculaire zorg bevorderen dan wel belemmeren, vervolgens bepaalden we met welke strategieën deze determinanten konden worden beïnvloed.[11-13] De beste strategieën verwerkten we in een implementatieprogramma, genaamd 'Maatwerk bij CVRM', en tot slot stelden we een protocol op om de effectiviteit van dit programma te onderzoeken.[14]

Onze twee onderzoeksvragen waren: wat was het effect van dit implementatieprogramma en in hoeverre maakten poh's gebruik van het implementatieprogramma?

METHODE

Opzet en deelnemers

In 2013 en 2014 voerden we een clustergerandomiseerd interventieonderzoek uit, gericht op poh's in zeven Nederlandse provincies. Van de 1600 huisartsenpraktijken die we aanschreven, stemden er 34 toe in deelname. De inclusiecriteria voor poh's waren: een cursus Motiverende Gespreksvoering gevolgd hebben en CVRM als aandachtsveld hebben. De inclusiecriteria voor patiënten waren: een hart- en vaatziekte hebben of een hoog risico (> 20%) om binnen tien jaar een hart- en vaatziekte te krijgen.

Wat is bekend?

- De meeste patiënten met (risico op) hart- en vaatziekten zijn in zorg bij de huisarts of poh.
- Ondanks grote investeringen zijn verbeterprogramma's op het gebied van CVRM tot nog toe weinig effectief en is de zorg in de praktijk nog lang niet optimaal.

Wat is nieuw?

- Een op poh's gericht implementatieprogramma voor maatwerk bij CVRM heeft weinig effect op hun handelen; alleen bewegingsadviezen worden duidelijk overgenomen.
- Poh's hebben te weinig aandacht voor depressieve symptomen bij patiënten met (risico op) hart- en vaatziekten.
- Om de implementatie van CVRM in de huisartsenpraktijk te verbeteren, zouden poh's nauwer betrokken mogen worden bij de ontwikkeling van verbeterprogramma's en is daarin ook meer maatwerk nodig.

Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: dr. E.M. Huntink, verpleegkundige-onderzoeker; prof dr. M. Wensing, hoogleraar Gezondheidszorgonderzoek en Implementatiewetenschap (tevens Universitätsklinikum Heidelberg); dr. J. van Lieshout, huisarts-onderzoeker. • Correspondentie: Elke.Huntink@radboudumc.nl. • Mogelijke belangenverstrengeling: nieta aangegeven.
De onderzoekers ontvingen financële steun in het kader van het European Union Seventh Framework Programme (258837).

Dit artikel is een bewerking van: van Lieshout J, Huntink E, Koetsenruijter J, Wensing M. Tailored implementation of cardiovascular risk management in general practice: a cluster randomized trial (Implement Sci 2016;11:115); Huntink E, Wensing M, Timmers IM, van Lieshout J. Process evaluation of a tailored intervention programme of cardiovascular risk management in general practices (Implement Sci 2016;11:164). Publicatie gebeurt met toestemming.

Door poh's en patiënten nadrukkelijker te betrekken bij de ontwikkeling van implementatieprogramma's voor CVRM, worden deze programma's effectiever.

We wezen de deelnemende praktijken door loting toe aan een interventie- of een controlearm. Poh's uit praktijken in de interventiearm namen deel aan het implementatieprogramma 'Maatwerk bij CVRM', poh's uit praktijken in de controlearm gaven gebruikelijke zorg.

Het onderzoek is geregistreerd in het Nederlands Trial Register (NTR4069) en goedgekeurd door de medisch-ethische commissie Arnhem-Nijmegen (2013/229).

Interventie

Het implementatieprogramma 'Maatwerk bij CVRM' bestond uit drie onderdelen: een verplichte opfriscursus motiverende gespreksvoering, optioneel volgen van de e-learning Cardiovasculair risicomanagement van het NHG en tot slot drie aanbevelingen voor het beleid met betrekking tot depressieve symptomen, omdat deze relatief vaak voorkomen bij patiënten met (een hoog risico op) hart- en vaatziekten (zie [**tabel**]).[14-16] De aanbevelingen luidden als volgt. De poh zou aan patiënten zonder depressieve symptomen naast de gebruikelijke leefstijlinterventies een informatiekaartje moeten geven met streefwaarden voor bloeddruk en cholesterol, plus drie data voor een consult via Twitter, plus de adressen van de aanbevolen websites thuisarts.nl en hartenvaatgroep.nl met een lijstje zoektermen. De poh zou aan patiënten met milde symptomen van depressie het adres van een beweeggroep in de buurt moeten geven, of ze moeten adviseren thuis mee te oefenen met 'Nederland in Beweging'. Patiënten met ernstige symptomen van depressie zouden een verwijzing moeten krijgen naar de huisarts, poh-ggz of psycholoog.

Uitkomstmaten en analyse

Onze primaire uitkomstmaat was een in het medisch dossier van de patiënt vastgelegd, adequaat leefstijladvies. Secundaire uitkomstmaten waren bloeddruk, cholesterol, BMI, roken, voeding en beweging.

De metingen vonden plaats bij inclusie en nogmaals zes tot acht maanden na het begin van de interventie. De gegevens waren afkomstig uit de patiëntendossiers, schriftelijke vragenlijsten die alle patiënten invulden en semigestructureerde interviews met poh's uit de interventiearm.

De analyse van kwantitatieve uitkomstmaten gebeurde hoofdzakelijk via meervoudige regressieanalyse; kwalitatieve analyse van de interviews vond plaats via een thematische analysemethode.[17-19]

RESULTATEN

Aan het onderzoek deden 34 poh's mee, 20 in de interventiearm (verdeeld over 19 huisartsenpraktijken) en 14 in de controlearm (verdeeld over 15 huisartsenpraktijken).

We namen 19 poh's in de interventiearm een semigestructureerd interview af.

In totaal 2229 patiënten (respons 41,8%) gaven toestemming voor dossieronderzoek en vulden de vragenlijst in.

Effect op CVRM

Zes maanden na inclusie bevatte 11,4% van de patiëntendossiers in de interventiearm een notitie over leefstijladvies, versus 10,3% in de controlearm. Dit verschil was statistisch niet significant.

We vonden zes maanden na het begin van de interventie geen significante verschillen op risicofactoren zoals bloeddruk, cholesterol, BMI, roken en voeding. Wel scoorden de patiënten in de interventiearm significant beter op het gebied van lichaamsbeweging; het verschil met de controlearm was 0,18 punt op een zevenpunts schaal (95%-BI 0,02 tot 0,35).

Effect op het beleid bij depressieve symptomen

In de interviews gaf de helft van de poh's aan dat zij rekening hadden gehouden met mogelijke depressieve symptomen omdat ze dit belangrijk vonden, maar de meesten waren vergeten dit te documenteren. Redenen om géén rekening te houden

Tabel **Implementatieprogramma 'Maatwerk bij CVRM'**

Stap	Inhoud	Actie door praktijkondersteuner
Onderdeel 1	opfriscursus motiverende gespreksvoering	verplichte deelname
Onderdeel 2	e-learning CVRM	optionele deelname
Onderdeel 3	patiënten zonder depressieve gevoelens	informatiekaartje met streefwaarden, drie Twitter-consulten en zoektermen voor thuisarts.nl en hartenvaatgroep.nl
	patiënten met matig depressieve gevoelens	verwijzen naar een beweeggroep of naar 'Nederland in Beweging'
	patiënten met ernstig depressieve gevoelens	verwijzen naar huisarts, praktijkondersteuner-ggz of psycholoog

met depressieve symptomen waren tijdgebrek, onbekendheid met het risico op depressieve symptomen bij hart- en vaatziekten of de opvatting dat depressieve symptomen niet onder de taakomschrijving vielen.

In het algemeen vonden de poh's dat het implementatieprogramma te veel onderdelen had en dat het onderzoeksteam te weinig *reminders* stuurde en te weinig ondersteuning bood.

De poh's oordeelden positief over de informatiekaartjes, maar gaven die niet altijd mee aan patiënten zonder depressieve symptomen. Ze gaven vaak gehoor aan onze aanbeveling om deze patiënten te verwijzen naar thuisarts.nl of hartenvaatgroep.nl (vooral thuisarts.nl, omdat dit een bekende website is). Het advies om consulten via Twitter te plannen vond nauwelijks navolging, omdat veel poh's zelf onbekend waren met Twitter en het medium ook niet geschikt achtten voor patiënten uit deze leeftijdsgroep.

De poh's verwezen patiënten met matig depressieve symptomen – en ook patiënten zonder depressieve symptomen – regelmatig naar een beweegprogramma in de buurt. Ze gaven ook aan dat ze beweging een belangrijk onderwerp vonden. Redenen om niet naar een beweegprogramma te verwijzen waren de kosten voor de patiënt, geen beschikbaarheid in de buurt of slechte ervaringen met de organisatie in het verleden.

Patiënten met ernstige depressieve symptomen waren meestal al bekend bij de huisarts. Enkele praktijkondersteuners verwezen een patiënt wel naar de huisarts of poh-ggz, maar het merendeel vond de aanbeveling voor verwijzing niet behulpzaam.

BESCHOUWING

Ondanks het gedegen vooronderzoek had ons implementatieprogramma 'Maatwerk bij CVRM' niet het gewenste effect op de behandeling, al gingen de patiënten in de interventiegroep wel significant meer bewegen.[18] Een ander positief punt is dat enkele praktijkondersteuners delen van het implementatieprogramma uitvoerden en hun werkwijze aanpasten. Helaas deden ze dat veelal zonder er een notitie van te maken.[19]

Voorzover wij weten is in het TICD-project voor het eerst onderzoek gedaan naar methoden om determinanten van en strategieën voor implementatietrajecten te identificeren. Misschien hebben we niet de juiste determinanten of strategieën geselecteerd, of sloten de geselecteerde determinanten niet goed aan op de geselecteerde strategieën. Het kan ook zijn dat we ons implementatieprogramma aanboden aan alle poh's van meerdere praktijken tegelijk. Wellicht hadden we beter écht op maat kunnen werken door per praktijk een paar geselecteerde elementen van het programma aan te bieden, maar dat zou aanzienlijk duurder zijn geweest.

Een advies voor de toekomst is in elk geval degenen op wie een implementatieprogramma gericht is ook te betrekken bij de ontwikkeling van dat programma. Bovendien is het van belang dat de betrokkenen gedurende de implementatieperiode regelmatige *reminders* en gerichte ondersteuning krijgen.

Aanbevelingen

De vele verbeterprogramma's op het gebied van CVRM die ons voorgingen, hadden vrij weinig effect op het gedrag van de zorgverlener en op uitkomstmaten zoals bloeddruk en cholesterol van de patiënt. Hoeveel er ook in deze programma's geïnvesteerd is, de meerwaarde ervan is nog niet aangetoond. Toch is het belangrijk te blijven investeren, want hart- en vaatziekten zijn nog altijd doodsoorzaak nummer één bij vrouwen en doodsoorzaak nummer twee bij mannen.[1] Wij denken dat het zin heeft verder te zoeken naar praktische methoden om het feitelijke gedrag van de poh te monitoren, bijvoorbeeld met audiovisuele middelen. Men zou dan kunnen kijken of de poh leefstijlinterventies geeft, motiverende gespreksvoering toepast, de vitale functies meet en met de patiënt bespreekt, en complexere patiënten met de huisarts bespreekt. Men zou ook kunnen kijken of er verschillen zijn tussen poh's die als doktersassistente gewerkt hebben en poh's die verpleegkundige geweest zijn; mogelijk hebben de eerstgenoemden meer sturing en praktische hulp nodig.

Een punt van aandacht is dat veel poh's niet blijken te weten dat hart- en vaatziekten het risico op depressieve symptomen verhogen en dat ze dus meer aandacht moeten besteden aan die symptomen bij patiënten met (risico op) hart- en vaatziekten. Bewegen heeft een positieve invloed op hart- en vaatziekten én op depressieve symptomen. Uit ons onderzoek blijkt dat patiënten meer zijn gaan meedoen met beweeggroepen en dat veel poh's daar enthousiast over waren. Daarom lijkt ons de aanbeveling op zijn plaats om bij de implementatie van CVRM in de huisartsenpraktijk meer nadruk te leggen op groepsgewijs bewegen.

CONCLUSIE

De praktijkondersteuners waren enthousiast over ons implementatieprogramma 'Maatwerk bij CVRM', maar voerden de aanbevelingen uit het programma matig uit. Er is in de praktijk nog te weinig aandacht voor mogelijke depressieve symptomen bij patiënten met hart- en vaatziekten of cardiovasculair risico. Implementatieprogramma's voor CVRM die zich richten op poh's kunnen effectiever gemaakt worden door poh's en patiënten nadrukkelijker te betrekken bij de ontwikkeling ervan en door per huisartsenpraktijk maatwerk te leveren. ■

LITERATUUR

1 Buddeke J, Van Dis I, Vaartjes I, Visseren FLJ, Bots ML. Sterfte aan hart- en vaatziekten in Nederland. Den Haag: Hartstichting, 2015.
2 Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement (herziening 2011). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
3 Zorgstandaard cardiovasculair risicomanagement 2013. Den Haag: Platform Vitale Vaten, 2013.

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

Arno Rademaker, Frans van den Brugge, Peter Willems, Robert van Herwerden

ONDERZOEK

Compressiekousen kunnen zonder voet

Samenvatting

Rademaker ACHJ, Van den Brugge F, Willems PLGM, Van Herwerden PR. Compressiekousen kunnen zonder voet. Huisarts Wet 2017;60(12):626-9.

ACHTERGROND De therapeutisch-elastische compressiekous (TEK) is het meest toegepaste hulpmiddel bij chronische veneuze insufficiëntie (CVI). Het aantrekken vereist echter nogal wat kracht en veel ouderen hebben er thuishulp bij nodig. Wij onderzochten of een voetloze compressiekous, de pressure sleeve (PS), het volume van kuit en voet even goed reguleert en makkelijker zelfstandig aan- en uitgetrokken kan worden, zodat de patiënt autonomie kan behouden.

METHODE In Breda maten we bij 58 CVI-patiënten van gemiddeld 79 jaar tweemaal het kuit- en voetvolume terwijl ze een TEK droegen, met een tussenpoos van een week. Aansluitend droegen de deelnemers drie weken lang een PS en voerden we zes volumemetingen uit. Het voetvolume bepaalden we op basis van waterverplaatsing, het kuitvolume op basis van omtrekmetingen.

RESULTATEN Het voetvolume was met een TEK gemiddeld 31 ml kleiner dan met een PS. Het verschil (3,2%) was klinisch niet relevant, want kleiner dan de dag-tot-dagvariatie bij een TEK (3,7%). Het lukte acht deelnemers (14%) de TEK zelfstandig aan- en uit te trekken, bij de PS lukte dat 19 deelnemers (33%).

CONCLUSIE Een voetloze kous in combinatie met gerichte beweeginstructie is niet contra-effectief en kan een groep CVI-patiënten helpen hun autonomie te behouden.

INLEIDING

De therapeutisch-elastische compressiekous (TEK) is het meest toegepaste hulpmiddel tegen oedeemvorming bij chronische veneuze insufficiëntie (CVI).[1,2] Een belangrijk probleem is dat veel patiënten, vooral ouderen, de kous niet zelfstandig kunnen aan- en uittrekken maar daar dagelijks hulp bij nodig hebben.[3] Kostbare thuishulp is dan de enige manier om de therapietrouw te verzekeren, de mobiliteit te behouden en het risico op een ulcus cruris laag te houden.[4] In Nederland wordt de TEK gebruikt door 365.000 patiënten, van wie 166.000 ouder dan 65 jaar, dus het is geen gering probleem.[5]

De voet die aan de kous zit, lijkt de belangrijkste hindernis bij het aan- en uittrekken. Het idee achter de TEK is simpel: de kous ondersteunt de actieve spierpomp door van distaal naar proximaal afnemende druk te leveren. Maar verrassend genoeg is bij bestaande TEK's de compressie bij de kuit juist hoger dan bij de voet,[6] en in weerwil van het originele idee blijkt deze progressieve drukopbouw de werking juist te verbeteren.[7,8] Bovendien houdt men bij het aanmeten van een TEK geen rekening met de voetomvang voor het bepalen van de compressie. Kortom, het is nog maar de vraag of compressie van de voet überhaupt noodzakelijk is.

Het is de vraag of compressie van de voet überhaupt noodzakelijk is

Het is bekend dat het volume van het onderbeen per dag varieert,[9] maar variaties in het voetvolume zijn nooit onderzocht. Wij onderzochten wat er met het voetvolume gebeurt bij een kous zonder voet, de zogeheten *pressure sleeve* (PS), en hoe dit zich verhoudt tot de natuurlijke variatie in het voetvolume. Ook wilden we weten of een PS gemakkelijker aan te trekken is dan een TEK, zodat gebruikers langer hun autonomie kunnen behouden.

METHODE

Deelnemers

Via verschillende patiëntenorganisaties, huisartsen en verzorgingshuizen benaderden we in Breda zelfstandig of semizelfstandig wonende patiënten met CVI. Inclusiecriteria waren ouder dan 18 jaar, oedeem in de onderbenen (C3 in de CEAP-classificatie), minstens drie maanden dagelijks een TEK drukklasse II dragen en in staat zijn zelfstandig te lopen, eventueel met loophulpmiddel. Exclusiecriteria waren alle contra-indicaties voor een TEK, immobiliteit, levensverwachting korter dan zes maanden, huidproblemen aan de te meten benen en cognitieve beperkingen. de deelnemers gaven informed consent nadat we de onderzoeksdoelen hadden duidelijk gemaakt. De deelnemers kregen geen instruc-

Wat is bekend?

- De therapeutisch-elastische compressiekous is effectief bij oedeem, maar veel patiënten kunnen hem niet zelfstandig aan- en uittrekken.
- De voet aan de kous vormt een belemmering bij het aantrekken en heeft waarschijnlijk weinig effect op de vochtafvoer.
- Een voetloze compressiekous (*pressure sleeve*) is gemakkelijker aan en uit te trekken.

Wat is nieuw?

- Het voetvolume varieert van dag tot dag met 3 à 4%.
- Het verschil in voetvolume bij een compressiekous versus een voetloze compressiekous is klinisch niet relevant.
- Een op de drie patiënten kon de voetloze kous zonder hulp aan- en uittrekken; bij de compressiekous lukte dat slechts een op de zeven.

HBO Drechtsteden, afdeling Toegepaste psychologie, Dordrecht: dr. A.C.H.J. Rademaker, gezondheidswetenschapper-onderzoeker. PLUK fysiotherapie, Breda: F. van den Brugge, fysiotherapeut. Huisartsenpraktijk Ginneken, Breda: P.L.G.M. Willems, huisarts. Huisartsenpraktijk Van Herwerden, Breda: P.R. van Herwerden, huisarts. • Correspondentie: arno.rademaker@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Een voetloze compressiekous is niet contra-effectief en gemakkelijker aan en uit te trekken.

ties over minimale fysieke activiteit of het gebruik van de kousen.

Interventies

Dit cross-overonderzoek met vaste interventievolgorde werd uitgevoerd tussen april 2015 en september 2016. We deden metingen in twee condities: wanneer de deelnemers hun eigen TEK droegen en wanneer ze een nieuw aangemeten PS droegen. De PS is een vlakbreikous van drukklasse II met uitspa-

Meer mensen kunnen de kous zelf aan- en uittrekken als die inhaakvoorzieningen heeft

ringen ter hoogte van het bovenste spronggewricht, zodat er geen rimpels ontstaan en er meer beweging mogelijk is in het enkelgewricht. De PS heeft geen voet, een hielbandje houdt de kous op zijn plaats. De kous heeft inhaakvoorzieningen zodat ook mensen met minder handknijpkracht hem kunnen aan- en uittrekken.

Metingen

Op de eerste dag maten we het volume van de kuit en de voet tijdens het dragen van de TEK, exact een week later maten we die nogmaals. De gemiddelden van deze twee metingen dienden als referentiewaarde voor de PS; de eerste meting van de kuit gebruikten we ook om de confectiemaat van de PS te bepalen. Meteen na de tweede meting wisselden we de TEK voor de PS, die de deelnemers vervolgens drie weken achtereen droegen. Omdat niet bekend was hoe het voetvolume zou reageren op de drukvermindering, maten we het voetvolume in deze periode zesmaal op dezelfde tijdstippen als de TEK-metingen; op de laatste dag maten we omvang van de kuit. Alle metingen werden uitgevoerd aan het begin van de avond, direct na het uittrekken van TEK of PS. Tijdens iedere meting werd de draagtijd van TEK en PS genoteerd en werd het onderbeen geïnspecteerd op duidelijke volumetoename, pijn, stuwing, roodheid en blauw- of bleekheid van de huid. Als een van deze kenmerken zich voordeed, stopte de deelname en werd de patiënt doorverwezen naar de huisarts. Bij de laatste meting vroegen we de deelnemers de PS zelfstandig aan en uit te trekken.

Het volume van de voet bepaalden we met de waterverplaatsingsmethode.[10,11] Deze methode wordt gezien als de gouden standaard, maar omdat het gebruik van een kniehoge waterbak voor de deelnemers niet haalbaar was, bepaalden we het kuitvolume via *disc modeling*. Bij deze modelberekening meet men de omtrek van het been om de 4 cm vanaf de basis van de malleolus lateralis tot aan de fibulakop. Het kuitvolume is de som van de inhoud van deze schijven ($\pi \times (C^2/4\pi^2) \times h$, met C als de omtrek en h als de hoogte). De uitkomsten komen

Abstract

Rademaker ACHJ, van den Brugge F, Willems PLGM, van Herwerden PR. Compression sleeves do not need a foot. Huisarts Wet 2017;60(12):626-9.

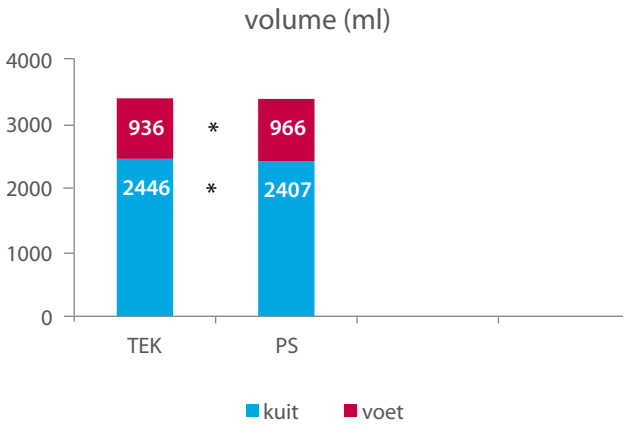
BACKGROUND Medical compression stockings are the main aid used for chronic venous insufficiency (CVI). However, they are difficult to put on, and many elderly patients are not strong enough to do so without assistance. We investigated whether footless compression stockings, so-called compression sleeves, are as effective in regulating the volume of the calf and foot and easier for elderly patients to put on without assistance, which would improve patient autonomy.

METHOD Calf and foot volumes were measured twice, at a 1-week interval, in 58 patients with CVI (79±13 years) when they were wearing a compression stocking and again after they had worn the compression sleeve for 3 weeks (6 measurements). Foot volume was measured with the water displacement method and calf volume with the disc model method.

RESULTS Foot volume was 31±52 ml smaller with the compression stocking than with the compression sleeve. The difference (3.2%) was not clinically relevant and was smaller than the daily variation (3.7%) seen with compression stockings. Eight patients (14%) could put on/take off the compression stocking without assistance and 19 patients (33%) the compression sleeve.

CONCLUSION A footless compression stocking in combination with advice about mobility and physical activity is not less effective than a compression stocking and may help patients with CVI to retain their autonomy.

Figuur **Gemiddelde kuit- en voetvolumes bij gebruik van een therapeutisch-elastische compressiekous (TEK) en bij een voetloze pressure sleeve (PS).**



* Significant verschil ($p < 0{,}001$).

goed overeen met die van de waterverplaatsingsmethode.[12]

Door middel van een gepaarde t-toets vergeleken we de dagelijkse variatie van het voetvolume tijdens het dragen van de PS met de variatie tijdens het dragen van de TEK, die als referentiewaarde gold. Voor de berekeningen gebruikten we Microsoft Excel 2013.

RESULTATEN

Deelnemers

Van de 72 gerekruteerde patiënten voltooiden er 58 het onderzoeksprotocol. Twee deelnemers droegen een TEK aan één been, dus in totaal maten we 114 benen. De 14 patiënten vielen uit om uiteenlopende redenen: overlijden, ziekte, huidinfectie, diuretica vergeten, tijdgebrek, te vaak niet gekomen, geen zin, het protocol was te intensief of het resultaat bleef achter bij de verwachtingen. De 58 deelnemers waren gemiddeld 79 jaar oud (standaarddeviatie (SD) 13 jaar). De therapietrouw was 100%; ze droegen zowel de TEK als de PS 8,5 tot 10,5 uur per dag met een gemiddelde van 9,5 uur, gedurende alle dagen van het onderzoek. Veruit de meeste patiënten hadden een zittende levensstijl en gebruikten een rollator. Hun actieradius varieerde van kleine afstanden binnenshuis tot een paar honderd meter buitenshuis. Slechts zes patiënten (10%) leidden een actief bestaan en deden aan fysieke activiteiten zoals fietsen en wandelen gedurende langere periodes van de dag. Deze zes waren gemiddeld 47 jaar (SD 9).

Volumes

De [**figuur**] toont de gemiddelde gemeten volumes van voet en kuit bij beide interventies. Bij voeten met de TEK aan vonden we volumeverschillen van gemiddeld 3,7% (SD 3,6%) tussen beide metingen, maar de volumeverschillen tussen de linker en de rechter voet bleken gemiddeld 3,8% (SD 3,4%). Met de PS nam het voetvolume toe met gemiddeld 30 ml (SD 52; $p < 0{,}001$). Deze toename van 3,2% was kleiner dan de gevonden variatie met de TEK. Bij tien patiënten nam het volume van de ene voet af en dat van de andere voet toe. Bij 14 patiënten was het voetvolume met de PS gemiddeld 2,2% kleiner dan met de TEK.

Het kuitvolume was met de PS gemiddeld 39 ml (SD 111; $p < 0{,}001$) kleiner dan met de TEK, een verschil van 1,6%.

Autonomie

Een grote meerderheid van de deelnemers (80%) vond het belangrijk niet afhankelijk te zijn van thuiszorg, maar slechts acht van de 58 deelnemers (14%) waren in staat de TEK zelfstandig aan- en uit te trekken. Met de PS lukte dat 19 deelnemers (33%). Als voornaamste reden dat het niet lukte, noemden 31 deelnemers een tekort aan handknijpkracht en 12 deelnemers een te geringe mobiliteit van de heup. De gebruikers vonden de PS comfortabel, minder warm en gemakkelijker te dragen in schoenen.

BESCHOUWING

Het was tot nu toe niet bekend hoeveel compressie noodzakelijk is bij de behandeling van CVI, waar de druk precies gegeven moet worden en of compressie van de voet ook noodzakelijk is. Onze gegevens lijken erop te wijzen dat dat laatste niet het geval is; een voet aan een steunkous is niet noodzakelijk om het kuit- en voetvolume binnen de marges te houden. De toename van het voetvolume bij gebruik van een PS was kleiner dan de variatie die optrad bij gebruik van een TEK en lijkt klinisch dus niet relevant; het kuitvolume is gemiddeld zelfs kleiner bij een PS.

De variatie in het voetvolume was nog nooit gemeten en lijkt behoorlijk groot (> 3%). Opmerkelijk was dat de PS een verschillend effect kon hebben op het linker en het rechter been van dezelfde patiënt, maar waarschijnlijk waren dit toevalsbevindingen. We mogen concluderen dat zowel een TEK als een PS ervoor zorgen dat het voetvolume binnen een redelijke marge stabiel blijft.

Onze onderzoekspopulatie was een groep over het algemeen oudere steunkousgebruikers. Bij de wervingsprocedure stond haalbaarheid voorop, maar naar onze waarneming is de groep redelijk representatief voor de hele groep gebruikers van steunkousen. De deelnemers leidden een voornamelijk zittend bestaan en hadden daardoor een verhoogd risico op

De voetloze kous is comfortabeler, minder warm en gemakkelijker te dragen in schoenen

oedeem. Dat de PS toch weinig extra oedeem geeft, kan te maken hebben met het feit dat de vochtafvoer eerder samenhangt met kleine bewegingen van knie en enkelgewricht dan met een grote actieradius.[13]

Onze bevinding dat compressie op de voet niet noodzakelijk

Foto: Shutterstock

Het aantrekken van een therapeutisch-elastische compressiekous vereist nogal wat kracht.

is bij oedeem, wordt gestaafd door twee onderzoeken.[14,15] Ook de anatomie en fysiologie van het veneuze systeem in de voet wijst in die richting.[16] Zelfs dorsale flexie en beweging van het MT1-gewricht, ook al is het passief, leidt tot meer vochtafvoer dan compressie op de voet.[17] Verder zijn er aanwijzingen dat de effectiviteit van de spierpomp afneemt bij gebruik van een TEK door de verminderde flexibiliteit van het enkelgewricht; ook dat pleit voor een voetloze kous.[18]

De voetloze kous kan aanzienlijk bijdragen aan de autonomie

Na het aanmeten van een PS nam het aantal deelnemers dat zelf de kous kon aan- en uittrekken toe van 14 tot 33%. De voetloze kous kan dus aanzienlijk bijdragen aan de autonomie, een aspect dat de deelnemers belangrijk noemen. Ook wordt de behandeling logischerwijs effectiever als het aantrekprobleem afneemt: dat de therapietrouw bij TEK's te wensen overlaat, is bekend.[19] Daarbij moet worden aangetekend dat de PS voorzien was van inhaakvoorzieningen en de TEK niet.

Een vraag blijft wel of de verschillen tussen de condities minder groot zouden zijn geweest in een actievere populatie. Bij onze actieve subgroep waren de links-rechtsverschillen en de dag-tot-dagvariatie in beide condities even groot, maar was het voetvolume van alle deelnemers kleiner bij de PS dan bij de TEK. Dit kan een toevalsbevinding zijn, want de subgroep telde slechts zes deelnemers en de waarneming berust op slechts twee metingen binnen één week met de TEK en zes metingen binnen drie weken met de de PS. Er zijn geen aanwijzingen dat het voetvolume met de PS mettertijd zal toenemen.

Onze aanname dat de gevonden volumevariatie bij TEK-metingen de normale marges weergeeft is discutabel, omdat we de metingen uitvoerden met de TEK die de patiënt al gebruikte. De PS werd nieuw aangemeten en een ander compressiepatroon en betere pasvorm kunnen dus voor vertekening hebben gezorgd.[20] De kleine afname in het kuitvolume kan het gevolg daarvan zijn.

CONCLUSIE

Een voetloze kous met de juiste kuitdruk is niet contra-effectief en geeft een deel van de steunkousgebruikers hun autonomie terug. De dag-tot-dagvariatie in voetvolume, die wij voor het eerst hebben vastgelegd, bedraagt 3,7%. Ons onderzoek bevestigt dat een voet aan de steunkous niet per se noodzakelijk is. ■

LITERATUUR

1 Walma E, Eekhof J, Nikkels J, Buis P, Jans P, Slok-Raymakers E, Verlee E. NHG-Standaard Varices (Tweede herziening). Huisarts Wet 2009;52:391-402.
2 De Roos KP, Wittens CHA, Eggen CAM, Van Everdingen JJE, Van den Bos RR, Gaastra MTW, et al. Richtlijn Veneuze pathologie. Utrecht: NVDV/NVvH, 2014.
3 Quak R, Van Taeke W. Elastische kousen, een knellend probleem. Eindhoven: TNO Preventie en Gezondheid, 1996. TNO-rapport TG/96.175.

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

Just Eekhof

Voetloze steunkousen: meer onderzoek nodig

Steunkousen zijn effectief tegen oedeem, maar ouderen kunnen ze vaak niet zelf aantrekken. Dat heeft effect op de therapietrouw. Onderzoekers gingen na of een voetloze steunkous dit probleem kan oplossen en of deze ook nadelen heeft. De eerste resultaten zijn veelbelovend.

Dit sympathieke onderzoek is gericht op een groot praktisch probleem bij steunkousen.[1] De therapietrouw van het dragen van steunkousen is met circa 70% lager dan we zouden willen. Het ongemak van kousen, en ook het moeizaam aantrekken, speelt daarbij een rol. Het 's morgens vroeg aantrekken van steunkousen bij ouderen die dit niet zelf kunnen, is een taak van de thuiszorg en leidt daar tot spitsuurbelasting. Het zou mooi zijn als er steunkousen waren die zonder verlies aan effectiviteit gemakkelijk zijn aan te trekken, waardoor ouderen dat vaker zelfstandig kunnen doen. Voetloze steunkousen lijken daarvoor een goed alternatief.

De onderzoekers probeerden op een paar vragen antwoord te geven. Geeft een voetloze kous evenveel druk in de kuit als een gewone kous, leidt een voetloze kous tot stuwing van vocht in de voet, en zijn de voetloze kousen gemakkelijker door ouderen zelf aan te trekken?

De methodologie van het onderzoek heeft duidelijke beperkingen, waardoor er geen conclusies kunnen worden getrokken. Er wordt bijvoorbeeld nergens genoemd hoe lang de duur van de interventie met de kousen is. Het onderzoek wijst uit dat de voeten niet dikker worden bij een voetloze steunkous. De auteurs suggereren ook dat de voetloze kous gemakkelijker is aan te trekken dan een gewone steunkous. Omdat de voetloze kousen in het onderzoek nieuw zijn aangemeten, geven ze waarschijnlijk meer kuitdruk dan de oude steunkous.

De bevindingen lijken veelbelovend. Maar er zal toch echt eerst meer onderzoek en/of afstemming tussen de betrokken partijen in het veld moeten plaatsvinden om zeker te weten of deze ene zwaluw tot een lange, zorgeloze zomer leidt. ■

Foto: Shutterstock

Het aantrekken van steunkousen is lastig, waardoor de therapietrouw lager is dan wenselijk.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: j.a.h.eekhof@lumc.nl • Belangenverstrengeling: niet gemeld.

LITERATUUR

1 Rademaker A, Van den Brugge F, Willems P, Van Herwerden R. Compressiekousen kunnen zonder voet. Huisarts Wet 2017;60:626-9.

Uw diagnose

Op uw spreekuur komt een 18-jarige man die net terug is van een reis naar Sri Lanka. Daar heeft hij een wondje aan de rand van zijn rechtervoet opgelopen dat er al enkele weken zit maar niet wil genezen. Het wondje is niet pijnlijk.

a. Decubitus
b. Leishmaniasis
c. Ecthyma
d. Framboesia tropica

Kijk voor het juiste antwoord op www.henw.org.

Foto: Bèr Pleumeekers, huisarts

Fotoquiz december

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Stuur uw foto naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'.

Juul Houwen, Peter Lucassen, Hugo Stappers, Pim Assendelft, Sandra van Dulmen, Tim olde Hartman

SOLK: de persoon, de symptomen en de dialoog

Samenvatting

Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft WJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. SOLK: de persoon, de symptomen en de dialoog Huisarts Wet 2017;60(12):631-4.

ACHTERGROND Veel huisartsen vinden de zorg voor patiënten met SOLK moeilijk en de patiënten zijn vaak niet tevreden over de zorg die ze krijgen. Doel van dit onderzoek was het exploreren van verwachtingen en het identificeren van relevante communicatie-elementen in SOLK-consulten volgens patiënten met SOLK.

METHODE We namen consulten bij de huisarts op video op. Na het consult gaf de huisarts aan of er sprake was van SOLK. De patiënten in deze SOLK-consulten keken het consult samen met de onderzoeker terug waarbij patiënten reflecteerden op het consult. Deze reflecties namen we op audiotape op en analyseerden we kwalitatief.

RESULTATEN Van de 393 opgenomen videoconsulten was er bij 43 sprake van SOLK. Alle patiënten vertelden dat zij wilden dat hun klachten serieus werden genomen. Dit serieus nemen kon volgens patiënten bereikt worden door: (1) aandacht voor de patiënt als persoon, (2) aandacht voor een gelijkwaardig gesprek en (3) aandacht voor symptomatische behandeling.

CONCLUSIE Patiënten met SOLK willen een persoonlijke benadering waarin de huisarts aandacht geeft aan persoonlijke omstandigheden, somatisch klachtenmanagement en een goed gesprek. Het inbouwen van deze elementen in de consultvaardigheden van huisartsen kan de zorg voor patiënten met SOLK verbeteren.

INLEIDING

Drie tot tien procent van de consulten bij de huisarts gaat over lichamelijke klachten waarvoor geen of een onvoldoende somatische verklaring gevonden wordt (SOLK).[1-3] Patiënten met SOLK zijn vaak ontevreden over de zorg die ze krijgen van de huisarts.[4-6] Er is vaak een mismatch tussen de geboden zorg en de verwachtingen van patiënten met SOLK.[7] Huisartsen nemen meer tijd voor SOLK-consulten, maar deze extra tijd wordt niet gespendeerd aan het exploreren van ideeën, functioneren en verwachtingen van patiënten.[8] Patiënten hebben behoefte aan een duidelijke uitleg, emotionele steun en een diagnose maar krijgen dit vaak niet.[9-11] De verwachtingen van patiënten met SOLK zijn tot op heden alleen indirect onderzocht door middel van vragenlijsten en semigestructureerde interviews. Om een beter inzicht te krijgen in verwachtingen en ervaringen van patiënten met SOLK maakten we gebruik van een meer directe onderzoeksmethode, *stimulated recall*.[12] We exploreerden communicatie-elementen die patiënten belangrijk vinden in hun SOLK-consult.

Patiënten hebben behoefte aan duidelijke uitleg, emotionele steun en een diagnose

METHODE

In dit kwalitatieve interviewonderzoek lieten we patiënten met SOLK reflecteren op hun eigen consult bij de huisarts, dat we op video hadden opgenomen (voor een uitgebreide beschrijving zie ons oorspronkelijke artikel).[13] In verschillende huisartsenpraktijken in en rond Nijmegen vroeg één onderzoeker (JH) patiënten in de wachtkamer, voordat het consult zou plaatsvinden, toestemming het consult op video op te nemen. We excludeerden patiënten die jonger waren dan 18 jaar of onvoldoende Nederlands spraken. Direct na elk consult beantwoordde de huisarts de vraag: 'Denkt u dat er sprake is van SOLK?'. We selecteerden alleen consulten waarbij de huisarts deze vraag bevestigend beantwoordde.

Vervolgens nodigden we de betreffende patiënten uit om in een interview met de onderzoeker te reflecteren op het opgenomen consult. Iedere keer dat de patiënt wilde reflecteren, stopte de interviewer de video. Als de patiënt geen commen-

Wat is bekend?

- Naar schatting 3 tot 10% van patiënten in de huisartsenpraktijk heeft somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).
- Huisartsen vinden de zorg voor patiënten met SOLK vaak moeilijk.
- Patiënten met SOLK hebben behoefte aan duidelijke uitleg, emotionele steun en een diagnose; die krijgen ze vaak niet.

Wat is nieuw?

- Patiënten met SOLK willen een persoonlijke benadering waarin de huisarts aandacht geeft aan persoonlijke omstandigheden, somatisch klachtmanagement en een dialoog.
- Huisartsen kunnen, door deze elementen in te bouwen in hun consultvaardigheden, ervoor zorgen dat de zorg beter aansluit bij de verwachtingen van patiënten met SOLK.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: J. Houwen, aiotho; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker; H. Stappers, psycholoog-onderzoeker; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. S. van Dulmen, hoogleraar Communicatie in de gezondheidszorg (tevens NIVEL, Utrecht, en University College of Southeast Norway, Drammen); dr. T.C. olde Hartman, huisarts-onderzoeker. • Correspondentie: juul.houwen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is eerder verschenen als Houwen J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft PJJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. Fam Pract 2017;34(2):245-51. Publicatie gebeurt met toestemming.

Patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten zijn vaak niet tevreden over de zorg die ze van de huisarts krijgen.

taar gaf, stopte de interviewer de video om de drie minuten en vroeg: 'Wat vindt u van het consult tot dusver?' Nadat het hele consult was afgespeeld vroeg de interviewer: 'Wilt u nog iets toevoegen aan het consult?', 'Heeft u iets gemist?' en: 'Is er iets dat u zou willen veranderen?' We schreven de opgenomen interviews letterlijk uit en twee onderzoekers (JH en BZ, student geneeskunde) analyseerden de transcripten volgens de constante vergelijkende methode.[14]

Gelijkwaardige partners in de arts-patiëntrelatie

Analyse

In de analyse werden relevante communicatie-elementen gecodeerd, met de NHG-Standaard als theoretisch framework. Deze richtlijn richt zich op specifieke dimensies van de symptomen en het optimaliseren van de arts-patiëntcommunicatie en de arts-patiëntrelatie.[15] Na ieder interview bespraken de twee onderzoekers de teksten en coderingen. Na tien interviews ontwikkelden de onderzoekers vanuit de codes overkoepelende categorieën. Dit deden ze onafhankelijk van elkaar en deze overkoepelende categorieën werden besproken en bediscussieerd met een derde onderzoeker (ToH). Tijdens de analyse vergeleken we continu de ontwikkelde categorieën met de transcripten (constante vergelijking). Om er zeker van te zijn dat er geen nieuwe categorieën werden gevonden, codeerde één onderzoeker (JH) de overige 29 interviews. Saturatie bleek bereikt aangezien er geen nieuwe categorieën werden gevonden in deze resterende interviews. De resultaten van de finale analyse werden besproken in een consensusbijeenkomst met een vierde onderzoeker (PL), waarin de concepten en thema's nog eens uitgebreid werden uitgediept, bediscussieerd en vergeleken met de transcripten en de wetenschappelijke literatuur.

RESULTATEN

We benaderden 36 huisartsen in de regio Nijmegen, 20 stemden toe in deelname. De werkervaring van de deelnemende huisartsen varieerde van 2 tot 43 jaar, 9 waren man en 11 vrouw, 9 werkten in een stadspraktijk en 11 in een plattelandspraktijk, 17 waren praktijkhouder, 3 werkten als vaste waarnemer. Het aantal geobserveerde SOLK-consulten varieerde van 0 tot 5 per huisarts, 2 huisartsen hadden geen enkel SOLK-consult.

Tijdens de onderzoeksdagen bezochten 577 patiënten de huisarts. In totaal wilden 393 patiënten meedoen aan het onderzoek. De huisartsen gaven bij 43 consulten aan dat het om SOLK ging. Negenendertig patiënten waren bereid om te reflecteren op het consult [**figuur**]. De [**tabel**] toont de kenmerken van de 39 geïnterviewden.

Tabel Karakteristieken van de 39 geïnterviewde patiënten

Gemiddelde leeftijd in jaren (uitersten)	52,9 (19-88)
Geslacht	
man	11
vrouw	28
Onderwijsniveau	
basis	5
middelbaar	22
hoger of universitair	12
Werk	
ja	17
nee	22
Gemiddelde tijd tussen consult en reflectie, dagen	19,4

Cijfers zijn aantallen, tenzij anders aangegeven.

Alle patiënten gaven in de interviews aan dat ze vooral wilden dat hun klachten serieus werden genomen en dat dit bereikt kon worden door aandacht te hebben voor (1) de patiënt als persoon, (2) een gelijkwaardig gesprek en (3) de symptomatische behandeling.

Aandacht voor de patiënt als persoon

De geïnterviewde patiënten gaven aan behoefte te hebben aan een open sfeer in het consult. Ook waardeerden ze een empathische dokter.

'Ze blijft inderdaad elke keer reageren als ik met iets kom. Dat vind ik heel erg positief en heel fijn. En dat praat ook een stuk makkelijker, dat zorgt voor een open sfeer. Over het algemeen is er gewoon altijd een heel erg ontspannen sfeer. Dat is geweldig.' (Man, 59, thoracale pijn.)

'Je kunt het niet zien, maar we keken elkaar aan met tranen in de ogen. Ze hoeft geen arm om mijn schouders te slaan, maar zo word je wel weer gezien.' (Vrouw, 60, moe, klachten van het bewegingsapparaat.)

De patiënten vonden ook continuïteit belangrijk: dat ze hun verhaal niet iedere keer opnieuw hoefden te vertellen. Ze verwachtten van hun dokter dat die het consult goed voorbereidde en zou teruggrijpen op elementen die eerder aan de orde waren geweest. Ze raakten geïrriteerd als de huisarts dat niet deed.

'Ik had al gebeld en mijn klacht doorgegeven, maar hij stelt de vraag van waarvoor kom je, dus je hebt niet het idee dat je huisarts even naar jouw melding heeft gekeken. Dat is denk ik wel een punt voor verbetering want dan heb je wel het idee dat je serieuzer wordt genomen.' (Man, 29, klachten van het bewegingsapparaat.)

Aandacht voor een gelijkwaardig gesprek

De geïnterviewde patiënten gaven aan dat ze een arts-patiëntrelatie wilden waarin zij gezien worden als een gelijkwaardige partner.

'Ik weet dat ik erop terug kan komen en dan staat hij daar open voor en dat geeft ruimte, dat is niet zo beklemmend. Als de huisarts zegt we gaan het zo doen en niet anders, dan is dat voor patiënten heel erg beklemmend.' (Vrouw, 49, klachten van het bewegingsapparaat)

De patiënten wilden in het gesprek het gevoel krijgen dat ze echt contact hadden met de dokter. Ze verwachtten tijd en ruimte te krijgen om hun hele verhaal te vertellen zonder al te vaak onderbroken te worden.

'Hij kijkt mensen goed aan als ze praten en ook al kijk je niet terug, hij blijft wel naar zijn patiënt kijken. Hij is niet ondertussen iets aan het typen, dat vind ik prettig.' (Vrouw, 39, moe.)

'Nou, de dokter luistert naar je, die laat je fatsoenlijk uitpraten. Ja, zij neemt echt de tijd. Ze doet dat goed hoor, daar is niks mis mee.' (Man, 68, dyspneu.)

De patiënten hadden er ook behoefte aan dat de dokter eerlijk en helder was.

'Hij geeft ook heel duidelijk aan waarom hij iets vindt dat het zo is, en dan kan je er met elkaar nog wel even over praten. Ik denk dat het komt door zijn eerlijkheid en ik heb het gevoel dat ik eerlijk kan zijn en kan zeggen waar het op staat en dat hij dat ook accepteert.' (Vrouw, 49, klachten bewegingsapparaat)

Aandacht voor de symptomen

De meeste patiënten gaven aan dat ze aandacht willen voor symptoommanagement. Ze wilden dat dokters goed en uitgebreid de klachten uitvragen en dat er aandacht is voor hun ideeën, gedachten en emoties.

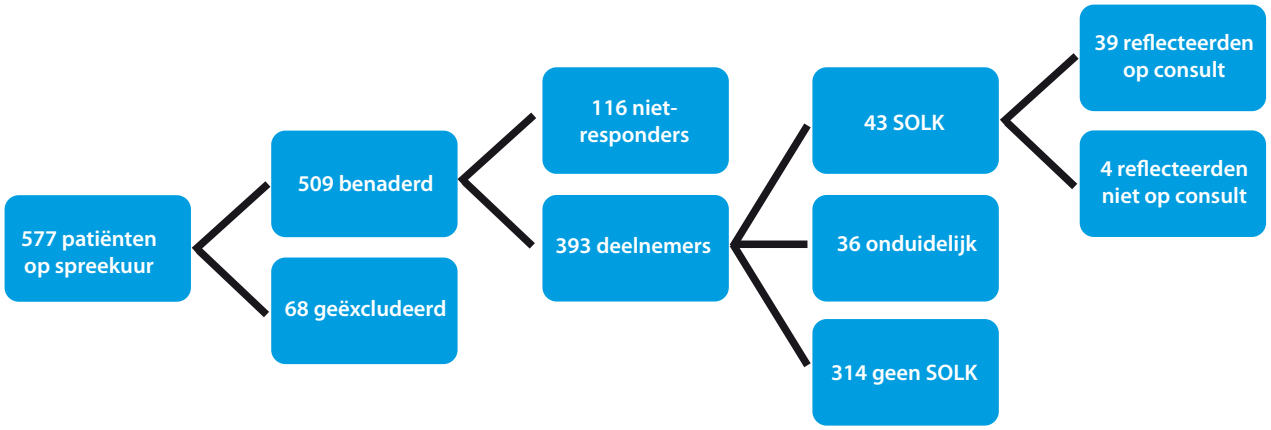
Interviewer: 'Wat vind je ervan dat de dokter er dieper op ingaat?' Patiënt: 'Ja dat vind ik ook wel goed want anders kun je onderliggende oorzaken niet vinden [...]. Als hij niet had doorgevraagd, was ik er niet achter gekomen dat mijn klachten waarschijnlijk door stress komen.' (Vrouw, 64, buikpijn.)

De patiënten wilden graag de oorzaak van de klachten weten en hadden behoefte aan een diagnose. Ze verwachtten dat de huisarts hen lichamelijk onderzocht, zo nodig aanvullend onderzoek deed en aandacht had voor symptoommanagement.

'Zie je hoe hij erbij zit en dat meteen voor je regelt? Hij gaat het meteen regelen, de afspraak bij de orthopeed. Dat doet hij meteen en dus niet eerst naar een fysiotherapeut want dat wil ik niet. Ik wil echt naar de orthopeed. Ja, dat doet hij geweldig.' (Man, 77, klachten van het bewegingsapparaat.)

Sommige patiënten hadden behoefte aan een duidelijke uitleg over de oorzaak van hun klachten; anderen verwachtten eerder geruststelling door het uitsluiten van bepaalde diagnoses.

Figuur Inclusie en deelname aan een onderzoek waarbij patiënten met SOLK in een semigestructureerd interview reflecteerden op een eerder op video opgenomen consult



'Dit legt ze dan wel goed uit. [...] is het niet en door die val zijn je spieren wat gespannen. Ja, ze geeft gewoon duidelijke uitleg voor mijn klachten.' (Vrouw, 74, functionele buikklachten.)

BESCHOUWING

De drie gevonden thema's, aandacht voor de persoon, aandacht voor het gesprek en aandacht voor de klachten, zijn drie elementen die voor patiënten met SOLK belangrijk zijn en hen het gevoel geven dat ze serieus worden genomen. Het belang van aandacht voor de persoon, geruststelling, nonverbale communicatie en uitleg is al eerder beschreven.[11, 16-18] Als nieuw element kwam in ons onderzoek het belang van continuïteit naar voren. Aangezien dat een van de kernwaarden is van de huisartsgeneeskunde, lijken huisartsen bij uitstek geschikt om patiënten met SOLK te behandelen en te begeleiden. Een ander element dat tot op heden nog niet beschreven was in de SOLK-literatuur, is aandacht voor de symptomen. Patiënten verwachten dat de huisarts doorvraagt, de symptomen exploreert en ook aandacht besteedt aan het management ervan.

Vooral persoonsgerichte en niet zozeer ziektegerichte zorg

Aandacht voor de persoon, het gesprek en de klachten komen overeen met de beschrijving van persoonsgerichte zorg,[19, 20] zorg waarbij de focus ligt op het exploreren en valideren van subjectieve ervaringen van de patiënt, het begrijpen van de patiënt als een persoon met eigen wensen, verwachtingen en context. Persoonsgerichte zorg is voor veel artsen een kernwaarde en dit onderzoek laat zien dat patiënten met SOLK vooral persoonsgerichte zorg verwachten en niet zozeer ziektegerichte zorg.

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek waarin directe interactie met patiënten met SOLK plaatsvond en gekeken is naar voor patiënten belangrijke communicatie-elementen in de consulten. Dit onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek waarin we een communicatie-interventie voor patiënten met SOLK in de eerste lijn willen ontwikkelen. Het identificeren van elementen die patiënten belangrijk vinden, is een logische eerste stap.

CONCLUSIE

Patiënten met SOLK willen een persoonlijke benadering waarin huisartsen aandacht hebben voor persoonlijke omstandigheden, continuïteit, een goed en gelijkwaardig gesprek en de symptomen. Huisartsen kunnen, door deze elementen in te bouwen in hun consultvaardigheden, ervoor zorgen dat de zorg beter aansluit bij de verwachtingen van patiënten met SOLK. De nieuwe elementen die we hebben gevonden, kunnen leiden tot aanbevelingen voor onderwijs en richtlijnen

Met dank aan Bas van der Zijden voor het analyseren van de transcripten. ■

LITERATUUR

1 Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract 2006;23:414-20.
2 Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. BMC Fam Pract 2014;15:107.
3 Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: a comparison of four case definitions. Fam Pract 2010;27:487-93.

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

John van Ochten

Ernst en impact van een enkeldistorsie

Samenvatting

Van Ochten J. Ernst en impact van een enkeldistorsie. Huisarts Wet 2017;60(12):635-8.

Enkeldistorsies komen zeer vaak voor in de praktijk. De huidige enkelstandaard voorziet goed in de diagnostiek en behandeling van acute enkelbandletsels. Hoewel meer dan 30% van de patiënten na een inversietrauma klachten houdt, is over het beloop van deze klachten nog weinig bekend. Kunnen we huisartsen meer handvatten bieden voor diagnostiek en therapie bij aanhoudende klachten? Ik voerde een retrospectief onderzoek uit en keek naar de relatie tussen de aanhoudende klachten en radiologische afwijkingen op röntgenfoto en MRI, de impact van een enkeldistorsie en het mogelijke verband tussen bevindingen bij lichamelijk onderzoek en artrose. Daarnaast deed ik literatuuronderzoek naar de meest effectieve behandelingsopties bij klachten die na een distorsie langer dan zes maanden aanhouden. Bij een groot percentage van 208 geïncludeerde patiënten waren op de röntgenfoto en MRI-scan structurele afwijkingen zichtbaar, maar dit verschilde niet tussen patiënten met en patiënten zonder aanhoudende klachten. De toegevoegde waarde van röntgen- en MRI-onderzoek bij aanhoudende klachten lijkt daarmee zeer beperkt. Een enkeldistorsie bleek vooral in de groep met aanhoudende klachten een grote impact te hebben op het functioneren van de enkel en het totale fysieke welbevinden. Ook was er een verband tussen afwijkingen bij lichamelijk onderzoek en bevindingen op de röntgenfoto en MRI-scan, wat wijst op een toekomstige versnelde artrose. Een oefenprogramma bleek bij aanhoudende klachten na een enkeldistorsie duidelijk effectiever dan bij acute enkelletsels, vooral wat betreft pijnreductie, functieverbetering en het voorkomen van recidieven. In geval van een geconstateerde functiebeperking van de enkel is mobilisatie zinvol bij aanhoudende enkelklachten.

INLEIDING

De enkeldistorsie is het meest voorkomende letsel van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk; de prevalentie is 130.000 per jaar. Fysiotherapeuten zien jaarlijks 87.000 patiënten met een enkelverstuiking. De totale incidentie in Nederland is 680.000 per jaar.[1] De prevalentie in de huisartsenpraktijk is negen per duizend patiënten en het betreft vaak jonge mensen. Volgens schattingen liggen de jaarlijkse kosten voor een sport gerelateerde enkeldistorsie in Nederland op 187 miljoen euro. Bij aanhoudende klachten lopen de kosten nog verder op door werkverzuim en medische onkosten.

Ondanks behandeling volgens de huidige NHG-Standaard Enkeldistorsie, bestaande uit RICE (rust, ijs, compressie en elevatie) met vroege mobilisatie en vaak steun met tape of brace, houdt meer dan een derde van de mensen die hun enkel hebben verstuikt klachten. Ze hebben dan last van pijn en een verminderde functie of ze lopen opnieuw een distorsie op.[2] Over het beloop en de behandeling van deze aanhoudende klachten is nog relatief weinig bekend, waardoor de Standaard lacunes vertoont.[3] Gezien het hoge percentage restklachten mogen we wel stellen dat een enkeltrauma geen eenvoudig letsel is. Omdat over het beloop en de behandeling van deze klachten tot nu toe weinig bekend is, heb ik voor dit promotieonderzoek op de eerste plaats systematisch in de literatuur gezocht naar de effectiviteit van de verschillende behandelmethoden bij mensen met aanhoudende klachten na een enkeldistorsie. Ik wilde ook weten of een enkeldistorsie leidt tot structurele afwijkingen in de enkel en daarmee mogelijk tot versnelde enkelartrose in de toekomst. Verder vroeg ik me af of de gevonden afwijkingen verband hielden met de aanhoudende enkelklachten. Tot slot heb ik de impact van een enkeltrauma in de eerste lijn onderzocht.

METHODEN VAN ONDERZOEK

Twee belangrijke onderzoeksvragen stonden op de voorgrond, mede vanwege bestaande lacunes in de huidige NHG-Standaard Enkeldistorsie. Ten eerste: wat is momenteel in de literatuur bekend over de behandeling van aanhoudende klachten na een doorgemaakte enkelbanddistorsie? Ten tweede: bestaat er een relatie tussen de aanhoudende klachten en radiologische afwijkingen op röntgenfoto en MRI-scan (a), is er een

De kern

- Hoewel er na een enkeldistorsie op een MRI-scan vaak structurele afwijkingen zichtbaar zijn, lijkt er geen verband te bestaan met het aanhouden van de klachten.
- Ook in een niet-aangedane enkel komen structurele gewrichtsafwijkingen voor, maar veel minder frequent dan in een enkel die een inversietrauma heeft ondergaan.
- Pijn in de eindstand van dorsi- en/of plantairflexie en een verschil in *range of motion* in plantairflexie bij lichamelijk onderzoek lijken samen te hangen met tekenen van vroege artrose op de MRI-scan in het talocrurale en talonaviculaire gewricht na een enkeldistorsie.
- Een lateraal enkelbandletsel heeft een forse impact op de functie van de enkel en het fysieke welbevinden, vooral bij mensen met aanhoudende klachten.
- Toevoeging van gesuperviseerde neuromusculaire oefeningen aan het huidige conservatieve beleid na een acute enkeldistorsie kan leiden tot een sneller herstel en sporthervatting.
- Voor patiënten met chronische enkelklachten (> ½ jaar) is een oefenprogramma effectiever dan afwachtend beleid ten aanzien van pijn, functieverlies en de preventie van recidieven.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. J.M. van Ochten, huisarts/docent. • Correspondentie: j.vanochten@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op het proefschrift Van Ochten JM. Ankle sprains in general practice: diagnosis and treatment of persistent complaints. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2016.

verband tussen lichamelijk onderzoek en de ontwikkeling van artrose (b) en wat is de impact van een enkeldistorsie (c)?

Voor het beantwoorden van de eerste vraag over behandelingen heb ik een uitgebreid systematisch literatuuronderzoek verricht in de meest bekende databases, zoals PubMed, Embase, CINAHL en PEDro. Ik zocht naar hoogwaardige artikelen, waarvan ik er uiteindelijk 21 vond. Voor de tweede onderzoeksvraag zette ik een retrospectief observationeel onderzoek in de huisartsenpraktijk op, waarbij ik patiënten uit de praktijkpopulatie benaderde wanneer ze zes tot twaalf maanden daarvoor door hun enkel waren gegaan. Uiteindelijk kon ik in totaal 208 patiënten voor het onderzoek selecteren, verdeeld over een groep met en een groep zonder aanhoudende klachten. Na inclusie bleken 108 deelnemers geen klachten te hebben, terwijl 98 wel aanhoudende klachten na hun enkelblessure hielden, zonder significante verschillen tussen de groepen. Alle deelnemers vulden een gestandaardiseerde vragenlijst in en ondergingen een uitgebreid lichamelijk onderzoek, waarbij de huisarts de aangedane kant vergeleek met de niet-aangedane enkel. Daarnaast liet ik een röntgenfoto en een MRI-scan maken. Het radiologisch onderzoek richtte zich op afwijkingen in het bovenste spronggewricht (talocrurale gewricht), het onderste spronggewricht (subtalaire gewricht) en het talonaviculaire gewricht. De radioloog scoorde osteofyten, kraakbeenverlies, botoedeem en ligamentaire laesies. Het lichamelijk onderzoek en de radiologische beoordelingen zijn geblindeerd uitgevoerd.

Behandeling aanhoudende klachten na een inversietrauma

De huidige NHG-Standaard Enkeldistorsie bevat informatie over de behandeling van acute enkelblessures,[4] maar vertelt niet veel over de behandeling bij aanhoudende klachten na een enkelbandletsel, hoewel ongeveer een derde van de mensen klachten houdt. De meest geuite klachten betreffen pijn, functieverlies en recidief van een distorsie. Via een systematische review van de literatuur heb ik gekeken naar de effectiviteit van de verschillende behandelingsmethoden bij aanhoudende klachten na een doorgemaakt lateraal enkelbandletsel. Van de 21 geïncludeerde onderzoeken hadden de meeste een hoog bias-risico en slechts een korte follow-up. Er was beperkt tot matig bewijs van de effectiviteit van de trainingsprogramma's bij pijn en functieverlies, maar ze bleken wel recidieven te voorkomen.[5,6] Uit twee onderzoeken kwam tevens naar voren dat een mobiliserende manuele therapie vooral bij een gestoorde *range of motion* (ROM) in dorsaal/plantairflexie van het bovenste spronggewricht een gunstig effect heeft op de functie van de enkel.[7,8] Bij aanhoudende klachten na een enkeldistorsie lijkt chirurgische behandeling wel een optie en die leidt ook tot goede resultaten, maar geen enkel onderzoek heeft een interventiegroep vergeleken met een niet-operatieve behandeling, waardoor de bewijskracht beperkt is.

Radiologische afwijkingen en aanhoudende enkelklachten

Huisartsen laten radiologisch onderzoek na een enkeldistorsie alleen uitvoeren wanneer ze aan een enkelfractuur denken en daar aanleiding voor is bij lichamelijk onderzoek aan de hand van de Ottawa Ankle Rules. Alle in het onderzoek geïncludeerde patiënten vulden een vragenlijst in, en de huisartsen deden lichamelijk onderzoek en verwezen de patiënt naar een specialist voor een röntgenfoto en MRI-scan van beide enkels. Vervolgens heb ik onderzocht of er een verband was tussen structurele afwijkingen en de aanhoudende klachten. In beide onderzoeksgroepen, met en zonder aanhoudende klachten, waren zowel op de röntgenfoto als op de MRI-scan veel structurele afwijkingen zichtbaar, zoals osteofyten, botoedeem en kraakbeenschade, zowel in het talocrurale als in het talonaviculaire gewricht. Het subtalaire gewricht vertoonde geen afwijkingen en is dan ook niet meegenomen in de resultaten. In beide onderzoeksgroepen was op de MRI-scan vaak schade aan de laterale enkelbanden zichtbaar, maar ook hierbij kwamen geen verschillen aan het licht. Opvallend was dat er tussen de twee groepen geen significante verschillen waren en een relatie met het aanhouden van de enkelklachten ontbrak [**tabel 1**].

Slechts weinig onderzoeken keken naar MRI-afwijkingen in de enkel.[9,10] Bij de niet-aangedane enkel vertoonde de MRI-scan veel minder structurele afwijkingen dan bij de gekwetste enkel. Opmerkelijk was dat er in de aangedane enkel ook veel structurele afwijkingen in het talonaviculaire gewricht te zien waren, wat erop kan wijzen dat dit gewricht ook vaak schade oploopt bij een enkeldistorsie. Deze bevindingen tonen aan dat er na een enkeldistorsie sprake is van veel radiologische afwijkingen, zowel bij de patiënten die klachten houden, als bij de groep zonder klachten. Het is dus niet zinnig voor huisartsen om een MRI-scan aan te vragen bij aanhoudende klachten na een enkelbandletsel, want deze zegt weinig over een mogelijke oorzaak.

Relatie tussen lichamelijk onderzoek en artrose

Voor de huisarts zijn anamnese en lichamelijk onderzoek de belangrijkste instrumenten voor het stellen van een diagnose en het bepalen van verder beleid na een enkeldistorsie. Omdat de huisartsen van alle patiënten een MRI-scan hebben laten maken en patiënten met klachten na een enkelblessure vaak bij de huisarts terugkomen, heb ik in de groep met aanhoudende klachten gekeken naar een verband tussen afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek en aanwijzingen voor artrose in de MRI-scans. Uit de verdere analyse van de uitkomsten bleek er een significant verband aantoonbaar tussen pijn bij plantair- en dorsiflexie, en een verschil in ROM bij passieve plantairflexie en het percentage botoedeem en osteofyten in het talocrurale en het talonaviculaire gewricht, geconstateerd op de MRI-scan. Kraakbeenschade, botoedeem en osteofyten ziet men als de eerste tekenen van een toekomstige artrose.[10,11] Mede door het grote aantal mensen dat vaak op jonge leeftijd door hun enkel gaat zou dit betekenen dat huisartsen bij het lichamelijk onderzoek specifiek moeten letten op pijn of afwijkingen in plantair- en/of dorsiflexie. Dit is van belang voor de behandeling en de preventie van latere artrose.

Tabel 1 Prevalentie van afwijkingen op de MRI-scan bij patiënten met en zonder aanhoudende klachten

	Totaal		Aanhoudende klachten		Geen klachten		p-waarde†
	n	%	n	%	n	%	
Talocrurale gewricht							
Botoedeem	66	39,4	25	26,6	41	40,6	0,25
Osteochondrale schade	11	5,6	6	6,4	5	5,0	0,61
Osteofyten	77	39,5	35	37,2	42	41,6	0,37
Kraakbeenverlies	20	10,3	8	8,5	12	11,9	0,60
Kellgren & Lawrence-score	81	41,5	38	40,4	43	42,5	0,16
Talonaviculaire gewricht							
Botoedeem	26	13,3	15	16,9	11	10,9	0,76
Osteofyten	106	54,4	46	48,9	60	59,4	0,59
Kraakbeenverlies	39	20,0	17	18,1	22	21,8	0,59
Sclerose	92	47,2	42	44,7	50	49,5	0,39
Kellgren & Lawrence-score	108	55,4	46	49,0	62	61,3	0,45
Andere afwijkingen							
Hydrops	68	34,9	33	35,1	35	34,7	0,99
Anterolaterale impingement	22	11,3	10	10,6	12	11,9	0,73
Wekedelenzwelling	20	10,3	8	8,5	12	11,9	0,57
Ligamenten							
Anterio tibiofibulaire - Verdikt	20	10,3	9	9,6	11	10,9	0,97
Ruptuur	2	1,0	1	1,1	1	1,0	
Anterio talofibulaire - Verdikt	77	39,5	37	39,4	40	39,6	0,44
Ruptuur	32	16,4	14	14,9	18	17,8	
Calcaneofibulaire - Verdikt	72	36,9	35	37,2	37	36,6	0,97
Ruptuur	1	0,5	0	0,0	1	1,0	
Deltoideum - Verdikt	19	9,7	8	8,5	11	10,9	0,94
Ruptuur	2	1,0	1	1,1	1	1,0	

† Analyses aangepast voor leeftijd, geslacht en BMI; Kellgren & Lawrence-score voor artrose

Impact van een enkeldistorsie

Uit het onderzoek blijkt dat een enkelbandletsel een forse impact heeft op de functie, de instabiliteit en het gebruik van medische voorzieningen, bijvoorbeeld een bezoek aan de fysiotherapeut of specialist, radiologisch onderzoek en het gebruik van hulpmiddelen, zoals tape, brace, krukken, enzovoort. Bijna 50% van de deelnemers gaf aan een gevoel van instabiliteit in de enkel te houden. Ook bleek dat mensen met klachten beduidend minder konden deelnemen aan sportactiviteiten en ook andere vormen van fysieke belasting niet aan konden [**tabel 2**] Uit andere onderzoeken was al gebleken dat een enkele enkeldistorsie al tot beperking van fysieke belastbaarheid kan leiden. Op grond daarvan kunnen we stellen dat enkelblessures op de lange termijn tot hogere gezondheidsrisico's kunnen leiden, zeker wanneer huisartsen de ernst onvoldoende onderkennen.[12,13]

TOEPASBAARHEID VOOR DE HUISARTSENPRAKTIJK

Een enkeldistorsie is het meest voorkomende acute letsel van het bewegingsapparaat, heeft een grotere impact dan men vaak denkt en leidt in meer dan 30% tot restklachten en mogelijk ook tot een versnelde artrose. Mensen worden vaak langere tijd beperkt en ook is deelname aan sport moeilijker. Ik kon geen correlatie vinden tussen structurele afwijkingen op de MRI-scan en chronische enkelklachten. Dat betekent dat huisartsen niet routinematig röntgenonderzoek in de vorm van foto of MRI-scan moeten aanvragen. Dit kan tot een verdere kostenreductie leiden. Anamnese en lichamelijk onderzoek blijven van groot belang na een acute enkelblessure, én bij aanhoudende enkelklachten. Pijn, instabiliteitsklachten en een functiestoornis in de ROM van de enkel, vooral in dorso-plantaire richting, zijn hierbij belangrijke items. Aanhoudende afwijkingen kunnen wijzen op een snellere ontwikkeling van artrose in de toekomst.

De ernst van het enkelletsel lijkt geen duidelijk gevolgen te hebben voor de behandeling in de acute fase. De huidige NHG-Standaard Enkeldistorsie is hierin nog steeds actueel. Recente onderzoeken laten zien dat de toegevoegde waarde van fysiotherapie beperkt is en het gebruik van braces toeneemt.[14,15] Na een enkeldistorsie zitten er meer structurele afwijkingen in de enkel die artrose kunnen veroorzaken, wat zichtbaar was op de vervaardigde MRI-scans. Het is duidelijk dat bovengenoemde factoren tot een hogere medische consumptie en toenemende kosten kunnen leiden. Het literatuuronderzoek wijst erop dat een begeleid oefenprogramma zinvol is bij de acute distorsies, vooral als het om snellere werkhervatting en sporten gaat. Het bewezen effect lijkt echter duidelijk groter indien patiënten lange tijd restklachten blijven houden. Zowel pijn als de kans op recidief lijken hierdoor te verminderen en ook treedt een duidelijke functieverbetering op. Recente onderzoeken bevestigen de bevindingen aangaande de behandeling van acute letsels en ook van aanhoudende klachten na een enkeldistorsie.[16,17] Het lijkt daarbij wel zinnig om het gestandaardiseerde programma langere tijd te volgen. Bij pijn of een gestoorde ROM in dorsaal- en/of plantairflexie van

Tabel 2 **Impact op functioneren zes tot twaalf maanden na een enkeldistorsie**

	Totaal (n = 204)	Aanhoudende klachten (n = 96)	Geen klachten (n = 108)	p-waarde
Pijnscores *				
In rust (VAS 0-10)	1,11 (1,83)	1,87 (2,20)	0,44 (1,03)	< 0,001†
Gedurende inspanning (VAS 0-10)	2,37 (2,46)	3,62 (2,62)	1,25 (1,64)	< 0,001†
Ankle Function Score (0-100)* (AFS)	73,45 (20,50)	62,47 (20,24)	82,90 (15,44)	< 0,001†
Instabiliteit (onderdeel van de AFS)				< 0,001†
Elke stap	2 (1%)	2 (2,1%)	0 (0,0%)	
Tijdens dagelijkse activiteiten	47 (23,0%)	32 (33,2%)	15 (13,9%)	
Tijdens sportbeoefening	96 (47,1%)	41 (42,7%)	55 (50,9%)	
Nooit	54 (26,5%)	17 (17,7%)	37 (34,3%)	
FADIsport (0-5 punten)*	0,86 (0,14)	0,80 (0,15)	0,92 (0,09)	< 0,001†
Tegner (0-10 activiteitenniveau)	5 (1-9)	5 (1-9)	5 (0-10)	0,22
Werk				0,67
Niet in staat te werken door enkelklachten	9 (4,4%)	4 (4,2%)	5 (4,6%)	
Niet in staat te werken door andere oorzaken	5 (2,4%)	1 (1,0%)	4 (3,7%)	
Hinder tijdens werk (0-10)*	1,73 (2,39)	2,40 (2,48)	1,14 (2,16)	0,004†
Fysieke inspanning (FI)				0,53
■ Geen FI door enkelklachten	39 (19,1%)	22 (22,9%)	17 (15,7%)	
■ Geen FI vanwege andere oorzaken	8 (3,9%)	3 (3,1%)	5 (4,6%)	
■ In staat tot FI	127 (62,3%)	56 (58,3%)	71 (65,7%)	
Hinder tijdens fysieke activiteit (0-10)*	3,72 (2,93)	4,80 (2,52)	2,78 (2,96)	< 0,001†
Deelname sportactiviteiten				
■ Competitie (ja)	46 (22,5%)	19 (19,8%)	27 (25,0%)	0,477
■ Enkelklachten tijdens sport	61 (29,9%)	35 (36,5%)	26 (24,1%)	0,006†
Algemeen welbevinden (EQ 5D-subscale)				0,097
■ Uitstekend	29 (14,2%)	11 (11,5%)	18 (16,7%)	
■ Erg goed	57 (27,9%)	22 (22,9%)	35 (32,4%)	
■ Goed	95 (46,6%)	48 (50,0%)	47 (43,5%)	
■ Gemiddeld	18 (8,8%)	11 (11,5%)	7 (6,5%)	
■ Slecht	3 (1,5%)	3 (3,1%)	0 (0,0%)	
■ Ontbrekend	2 (1,0%)	1 (1,0%)	1 (0,9%)	

* Uitgedrukt in mediaan (sd) † Statistisch significante verschillen

FADI = Foot and Ankle Disability Index; Tegner = activiteitenniveau, werk en sport (0-10); EQ 5D = gestandaardiseerde gezondheidsvragenlijst

de enkel kan mobilisatie door een getrainde fysiotherapeut klachtenreductie bewerkstelligen.

Blijven patiënten ondanks de genoemde maatregelen pijn- of instabiliteitsklachten houden, dan valt te overwegen om hen naar een orthopeed te verwijzen. Deze kan meer gericht diagnostisch radiologisch of artroscopisch onderzoek verrichten en mogelijk een gerichte behandeling adviseren. Een operatie kan verdere artrosevorming voorkomen door het terugdringen van de recidiefkans en daardoor verkleining van de kans op chondraalschade.

Zoals al eerder aangaf vond ik geen verband tussen de frequent geconstateerde structurele afwijkingen in het enkelgewricht op MRI-scans en aanhoudende klachten, maar bestaat er wel een relatie tussen afwijkingen in ROM van dorsaal- en plantairflexie en zwelling bij lichamelijk onderzoek met botoedeem en osteofyten in het talocrurale en talonaviculaire gewricht. Dit kunnen de eerste tekenen zijn van een zich ontwikkelende artrose. Indien we op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek meer aanwijzingen kunnen vinden, kan de relatie met artrose in de toekomst nog duidelijker worden. Dit biedt mogelijkheden om verdergaande artrose te voorkomen door afvallen, stabilisatie van de enkel om recidieven te voorkomen en mobilisatie van de enkel bij een functiestoornis van het gewricht. Eventueel zal de patiënt een minder risicovolle sport moeten kiezen.

CONCLUSIE EN AANBEVELING

Een enkeldistorsie is een serieus letsel, leidt vaak tot restklachten en kan in de toekomst makkelijk tot een versnelde artrose leiden. Aanvullend radiologisch onderzoek is zelden nodig. Een actief beleid door middel van neuromusculaire training en mobiliserende behandeling bij een functiestoornis van de enkel geeft een kleinere kans op restklachten, versnelde artrose en het ontstaan van een recidief. ■

LITERATUUR

1 VeiligheidNL. Enkelblessures; ongevalscijfers. Amsterdam: VeiligheidNL, 2014.
2 Goudswaard ANTS, Van den Bosch WJHM, Van Weert HCPM, Geijer RM. NHG-Standaard Enkeldistorsie, Utrecht: NHG, 2000.
3 Van Rijn RM, Van Os AG, Bernsen RM, Luijsterburg PA, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. What is the clinical course of acute ankle sprains? A systematic literature review. Am J Med 2008;121:324-31.

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

Erik Teunissen

Illegale migranten met psychische problemen

Samenvatting

Teunissen E. Illegale migranten met psychische begeleiding. Huisarts Wet 2017;60(12):639-41.

Nederland telt naar schatting 35.000 migranten zonder verblijfsvergunning. Relatief veel illegalen hebben ernstige psychische problemen door het onzekere bestaan, het vaak traumatische verleden en de zorg om achterblijvers. Meer dan aan medicatie hebben ze behoefte aan psychologische steun, maar ze gaan meestal pas in uiterste nood naar de huisarts. Huisartsen kunnen deze kwetsbare groep helpen door laagdrempelige toegang, persoonlijke zorg en een continue relatie met één arts te bieden. Door in een praktijk gestructureerd samen te werken met migranten kunnen de wederzijdse verwachtingen worden bijgesteld en culturele verschillen worden overbrugd.

Nederland wordt steeds multicultureler: anno 2017 bestaat meer dan een vijfde van de bevolking uit migranten.[1] Een groeiende groep bestaat uit recent gearriveerde vluchtelingen en arbeidsmigranten, die vaak weinig aansluiting hebben met de rest van de samenleving en moeite hebben met de Nederlandse taal. Deze ontwikkeling heeft grote invloed op het werk van de huisarts. Het kwetsbaarst zijn de naar schatting 35.000 migranten zonder verblijfsvergunning.[2] Veel vaker dan de rest van de bevolking voelen zij zich ongezond, wat voor een belangrijk deel verklaard kan worden door hun leven in de illegaliteit. De meesten hebben geen vaste verblijfplaats, wonen tijdelijk bij familie of kennissen, zitten in illegale onderhuur of zijn dakloos. Vaak doen ze zwaar en laagbetaald werk in de horeca, landbouw of schoonmaakbranche. Ernstige psychische problematiek, zoals angst, depressies, stress en stressgebonden lichamelijke klachten, komt veelvuldig voor.[3,4] Voor zulke problemen is de huisarts het eerste aanspreekpunt in de zorg, maar hoeveel illegale migranten met zulke problemen naar de huisarts gaan en hoe huisartsen dan omgaan met die problemen, is niet bekend.

Op de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van Radboudumc hebben we onderzocht hoe Nederlandse huisartsen de psychische problematiek van illegale migranten registreren en behandelen, wat de ervaringen van deze migranten zijn en wat de ervaringen van de huisartsen zelf zijn. Daarnaast onderzochten we in het kader van het Europese onderzoeksproject RESTORE hoe je migranten kunt betrekken bij het verbeteren van de huisartsenzorg.[5,6]

HUISARTSBEZOEK DOOR ILLEGALE MIGRANTEN

Via een sneeuwbalmethode vonden we negen huisartsenpraktijken die zorg leverden aan illegale migranten en bereid waren aan het onderzoek deel te nemen. Over een periode tot twee jaar voor aanvang van het onderzoek vergeleken we de medische dossiers van 325 illegale migranten met die van 216 migranten die een verblijfsvergunning hadden. Migranten zonder verblijfsvergunning kwamen minder vaak bij de huisarts dan legale migranten (3,1 versus 4,9 keer per jaar) en deze registreerde bij hen maar half zo vaak een psychisch probleem (20,6% versus 44,0% had een of meer psychische problemen). We vonden geen significante verschillen in het voorschrijven van benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica. Illegale migranten werden wel minder vaak verwezen naar de ggz, en vaker naar psychiaters dan naar psychologen.

Migranten denken dat de dokter er alleen is voor lichamelijke problemen

ERVARINGEN VAN DE MIGRANTEN

In een selecte steekproef van illegale migranten namen we in totaal vijftien semigestructureerde interviews. Daarbij includeerden we nieuwe migranten tot er maximale variatie was in leeftijd, land van herkomst en opleidingsniveau. De eerste vier interviews gebruikten we om relevante thema's te onderscheiden, de overige werden gericht gecodeerd zodat we de inhoud thematisch konden analyseren. Van de vijftien geïnterviewden waren er dertien geregistreerd bij een huisarts.

Veelgenoemde klachten waren stress, nachtmerries, slaapproblemen en problemen in de relationele sfeer. De meesten

De kern

- Het grote aantal psychische problemen bij illegale migranten dringt nauwelijks door tot de huisartsenpraktijk.
- Illegale migranten zijn zeer tevreden over de huisarts, maar raadplegen deze zelden voor psychische problemen omdat daaraan een stigma kleeft en omdat ze denken dat de dokter alleen lichamelijke problemen behandelt.
- Huisartsen ondervinden veel barrières om psychische problemen bij illegale migranten te bespreken en te behandelen; verwijzen is vaak lastig.
- Persoonsgerichte, kleinschalige zorg in één praktijk en door één huisarts zijn belangrijke voorwaarden voor de psychische zorg aan illegale migranten.
- Intensieve samenwerking met (illegale) migranten draagt ertoe dat de praktijkorganisatie en de praktijkmedewerkers meer gericht zijn op de behoeftes van migranten.

Huisartsenpraktijk Teunissen, Deventer: E. Teunissen, huisarts (tevens Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen) • Correspondentie: h.teunissen@hcdo.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

noemden het ontbreken van een verblijfsvergunning als belangrijkste verklaring voor deze psychische problemen; zonder deze vergunning konden ze niet werken, hadden ze geen recht op een woning en moesten ze zich constant zorgen maken over arrestatie en uitzetting. Andere belangrijke verklaringen waren traumatische ervaringen in het land van herkomst, zoals oorlog, mishandeling en prostitutie, en de constante zorgen over achtergebleven familieleden.

Als belangrijkste hulpbronnen bij psychische nood noemden ze vrienden en het geloof; de huisarts was voor de meesten een laatste redmiddel. Een belangrijke reden om niet naar de huisarts te gaan was de overtuiging dat men psychische problemen zelf moet oplossen en dat de huisarts er alleen is voor medische problemen. Sommigen noemden ook negatieve ervaringen in het verleden, waarbij psychische hulp en medicatie onvoldoende geholpen hadden. Anderen noemden het stigma en het taboe rond psychische problematiek.

De geïnterviewden waren verdeeld over de rol van de huisarts in de behandeling van lichamelijke en psychische problemen. Sommigen vonden dat de huisarts naast medische ook niet-medische hulp zou moeten bieden, zoals het opstellen van een medische verklaring. Anderen vonden het vanzelfsprekend dat de huisarts zich beperkte tot strikt medische klachten. De meesten hadden geen duidelijke ideeën over wat de huisarts zou kunnen doen om hun psychische problemen te verlichten; dat oordeel lieten ze aan de arts over. De overgrote meerderheid beschouwde medicatie met bijvoorbeeld antidepressiva ongeschikt als behandeling; zij hadden er vooral behoefte aan dat de huisarts begripvol was, hen ondersteunde en hen lichamelijk goed onderzocht. Bijna alle geïnterviewden hadden veel steun van de huisarts gekregen en waren zeer tevreden over de geleverde zorg. Dat gold met name voor degenen die een wat langere band hadden opgebouwd met een huisarts.

Ze hadden er vooral behoefte aan dat de huisarts begripvol was

ERVARINGEN VAN DE HUISARTSEN

We namen in totaal zestien semigestructureerde interviews af bij een selecte steekproef van huisartsen uit regio's waar de meeste illegale migranten verblijven. We streefden naar maximale variatie in leeftijd, regio en praktijkorganisatie. In de eerste interviews onderscheidden we de thematiek, waarna we de overige gericht codeerden en analyseerden.

De interviews maakten duidelijk dat deze huisartsen psychische problemen bij illegale migranten goed herkenden en ook zoveel mogelijk op dezelfde manier probeerden te registreren en te behandelen als bij andere patiënten, maar moeite hadden dit op de juiste wijze te doen. Veelgenoemde factoren waren de lage consultfrequentie, de aanwezigheid van andere, urgentere problemen, het tot uiting komen van psychische problemen via lichamelijke symptomen, culturele verschillen, taalbarrières, het gebrek aan behandelmogelijkheden en het ervaren lage vertrouwen in hulpverleners. Er waren regelmatig problemen in de verwijzing naar de ggz en dat weerhield hen hiervan. Veel geïnterviewden waren ook van mening dat de psychische problemen van illegale migranten een normale reactie zijn op abnormale leefomstandigheden en dat het stigmatiserend zou werken deze problemen als 'psychologisch' te labelen in het medisch dossier. Om deze patiënten toch te ondersteunen verleenden ze zo veel mogelijk persoonlijk continue zorg, verwezen ze vaker naar eerstelijns zorgverleners zoals de poh-ggz en waren ze iets minder terughoudend met medicatie zoals benzodiazepines.

SAMENWERKEN MET MIGRANTEN OM DE ZORG TE VERBETEREN

In het kader van RESTORE, dat plaatsvond in huisartsenpraktijken in vijf Europese landen, werden migranten intensief betrokken bij programma's ter verbetering van de communicatie tussen migranten en medewerkers van de praktijken. In drie landen, waaronder Nederland, voerden migranten samen met huisartsen, praktijkondersteuners, doktersassistentes en beleidsmakers een zelf ontwikkeld trainingsprogramma uit ter verbetering van de culturele competenties van alle praktijkmedewerkers. In twee andere landen werd in de huisartsenpraktijk een tolkentelefoon ontwikkeld. In Nederland waren naast legale migranten ook migranten zonder verblijfsvergunning betrokken bij het project.

Uit het onderzoek werd duidelijk dat de trainingsprogramma's een positieve invloed hadden: de kwaliteit van de praktijkorganisatie verbeterde, en de houding en manier van communiceren van de medewerkers waren na de training meer gericht op de behoeften van migranten. Een tolkentelefoon bleek, vooral door gebrek aan tijd en geld, moeilijker te realiseren ondanks adequate training en voorbereiding, maar in de gevallen dat hij gebruikt werd waren zowel de huisarts als de migrant tevredener over het consult.

Tijdens de gemeenschappelijke evaluaties kwam naar voren dat de betrokkenheid van de migranten grote meerwaarde had. Ze maakten de medewerkers alert op problemen die normaal onopgemerkt blijven: posters, folders en websites van de praktijk bleken te ingewikkeld, het antwoordapparaat werd te snel ingesproken. De medewerkers hadden ook geen rekening gehouden met bepaalde veronderstellingen bij migranten, bijvoorbeeld dat die de tolkentelefoon met hun eigen mobiel zouden moeten bellen, dus van hun eigen beltegoed. De samenwerking tussen migranten en medewerkers verhoogde de intrinsieke motivatie van de medewerkers: deze kregen meer begrip en sympathie voor de problemen die migranten ervoeren. Een positief oordeel van de migranten over de ingevoerde veranderingen werkte sterk enthousiasmerend om de zorg verder te verbeteren, vooral bij medewerkers die in eerste instantie wat afhoudend waren geweest.

PRAKTISCHE AANBEVELINGEN VOOR DE HUISARTS

De belangrijkste randvoorwaarden om psychische zorg aan illegale migranten te kunnen verlenen, zijn laagdrempeligheid, bekendheid met de rol van de huisarts inzake psychische problematiek, vertrouwen in de expertise van de huisarts en continuïteit van de arts-patiëntrelatie. Om de drempel te verlagen, kan men financiële barrières wegnemen zoals de vrijwillige eigen bijdrage, kan men de migrant expliciet welkom heten en kan men hem actief voorstellen aan de doktersassistentes en de poh-ggz. De arts moet deze patiënten goed voorlichten over het medisch beroepsgeheim en over de rol van de huisarts bij psychische problemen. Om de continuïteit te verbeteren kun je direct een controleafspraak maken en de patient op het hart drukken dat het van belang is zo veel mogelijk met één vaste huisarts contact te hebben. Je kunt de patiënt ook vragen andere illegale migranten mee te nemen naar de praktijk, zodat zij zich kunnen inschrijven.

Men zou voor iedere illegale migrant een digitaal medisch dossier moeten aanmaken waarin goed beschreven wordt wat de psychische problemen zijn, hoe het zit op een aantal belangrijke levensdomeinen (relaties, familie, verblijfsstatus, werk, woonsituatie) en of er gerichte actie nodig is, bijvoorbeeld een verwijzing naar het sociaal wijkteam bij kwetsbare woonomstandigheden. Een beperkt lichamelijk onderzoek is ook bij evidente psychische problematiek sterk aan te bevelen.

Nodig migranten eens uit voor een apart gesprek over praktische problemen

Bij de behandeling is terughoudendheid met antidepressiva en benzodiazepines aan te raden, ook al omdat de patiënt lang niet altijd prijs stelt op medicatie. De psychische zorg kan het best zo veel mogelijk in de eigen praktijk verleend worden, door de huisarts zelf of door de poh-ggz.

Bij verwijzing naar de tweedelijns ggz werkt een proactieve aanpak het best. Vraag bij de instelling eerst na of de patiënt in aanmerking komt voor een kosteloze behandeling en welke psychiater of psycholoog deze zorg op zich neemt. Geef de patiënt een papier mee met naam en adres van de zorgverlener dat hij aan de balie kan laten zien.

Het verdient aanbeveling illegale migranten in de praktijk eens uit te nodigen voor een apart gesprek over praktische problemen, zoals afspraken maken, de omgang met balies en assistentes, taalbarrières en de begrijpelijkheid van websites en telefoongesprekken. Betrek ook doktersassistentes en praktijkondersteuners in deze gesprekken: het kan belangrijke verbeterpunten aan het licht brengen en ze kunnen zo een betere indruk van de patiënt krijgen.

Foto: Shutterstock.

Illegale migranten voelen zich veel vaker ongezond dan de rest van de bevolking.

De Participatory Learning and Action Method, die we in ons onderzoek gebruikten, is zeer geschikt gebleken om migranten en praktijkmedewerkers te laten samenwerken.[6] Nodig is wel een enthousiaste begeleider (bijvoorbeeld een huisarts), die groepen kan aansturen en methoden kent om de verschillen tussen kwetsbare, anderstalige patiënten en hoogopgeleide professionals te overbruggen. Als aan deze voorwaarde is voldaan, heeft de huisarts een goed instrument om de kwaliteit van de zorg voor deze kwetsbare patiënten te verbeteren. ■

DANKBETUIGING

Prof.dr. Maria van den Muijsenbergh las het manuscript en gaf commentaar.

LITERATUUR

1 Bevolking; kerncijfers. Voorburg: CBS Statline, 2017.
2 Van der Heijden PGM, Cruijff M, Van Gils GHC. Schattingen illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen 2012-2013. Utrecht: WODC, 2015.
3 Chauvin P, Simmonot N. Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries. Paris: Médecins du Monde/Doctors of the World International Network; 2013. Inserm-00809395.
4 Schoevers MA, van den Muijsenbergh METC, Lagro-Janssen ALM. Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands: a descriptive study. J Public Health Policy 2009;30: 409-22.
5 MacFarlane A, O'Donnell C, Mair F, O'Reilly-de Brun M, de Brun T, Spiegel W, et al. REsearch into implementation STrategies to support patients of different ORigins and language background in a variety of European primary care settings (RESTORE): study protocol. Implement Sci 2012; 7:111.
6 Chambers R. The origins and practice of participatory rural appraisal. World Development 1994;22:953-69.

Huibertien Oosterlee, Marijke Koolman, Jenneke Meier

IMPLEMENTATIE

Cardiovasculaire risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters

Er bestaat een onaanvaardbaar cardiovasculair risico bij rokende vrouwen ouder dan 35 jaar die de combinatiepil als oraal anticonceptivum (hierna te noemen: 'de pil') gebruiken. Het risico op een myocardinfarct bij rooksters die de pil gebruiken is vertienvoudigd ten opzichte van niet-rooksters die de pil gebruiken[1,2] De WHO heeft aan rooksters ouder dan 35 jaar die de combinatiepil gebruiken categorie 4 toegekend (een situatie waarin het beschreven anticonceptivum een onacceptabel gezondheidsrisico oplevert). Dit geldt voor de vrouwen die meer dan vijftien sigaretten per dag roken.

De pil is, na het verstrekken van een eerste recept, zonder tussenkomst van de huisarts verkrijgbaar bij de apotheek. Hierdoor is er geen controle op het gebruik en het ontstaan van eventuele contra-indicaties. In Nederland gebruikt ongeveer 32% van de vrouwen tussen de 15 en 50 jaar de pil, zowel de combinatiepreparaten als de progesteron-only-pil. Het gebruik is het hoogst in de leeftijdscategorie 20 tot 29 jaar. Bij vrouwen boven de 40 jaar is het ongeveer 18%.[3]

Volgens de landelijke samenwerkingsafspraak (LESA) 'Orale anticonceptie en morning-afterpil' behoren huisarts en apotheker afspraken te maken over evaluatiemomenten bij pilgebruiksters nadat deze patiënten de leeftijd van 50 jaar of de leeftijd van 35 jaar in combinatie met roken hebben bereikt.[4]

Samenvatting

Oosterlee HC, Koolman M, Meier J. Cardiovasculaire risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters. Huisarts Wet 2017;60(12):642-4.

Rokende vrouwen ouder dan 35 jaar die de combinatiepil als oraal anticonceptivum gebruiken lopen een onaanvaardbaar, namelijk tien keer zo groot risico op een myocardinfarct. Daarom wilden wij de onwenselijke combinatie roken en pilgebruik bij vrouwen boven de 35 jaar binnen de populatie van de HAGRO Avereest in kaart brengen en tot nul reduceren. Via een brief waarin we de risico's van het gebruik van de pil in combinatie met roken uitleggen hebben we alle vrouwen benaderd die tot de doelgroep behoorden. Van alle 421 vrouwen die we zo gevonden hebben, is nu de rookstatus bekend. Er bleken 80 vrouwen te zijn met de onwenselijke combinatie roken/pil. Bij 65 vrouwen is het risico op hart- en vaatziekten verkleind: bij 44 vrouwen door actieve interventie van de praktijkondersteuner en bij 21 vrouwen doordat ze na ontvangst van de brief zelf met de pil zijn gestopt. Slechts twee vrouwen zijn met de onwenselijke combinatie doorgegaan. Bij tien vrouwen is een blokkade gezet in het uitgiftesysteem van de apotheek. Tevens hebben we een vervolgplan gemaakt om in samenwerking met de apotheek jaarlijks de nieuwe leeftijdscohorten te screenen.

Latyruspraktijk, Dedemsvaart: H.C. Oosterlee, huisarts, kaderarts urogynaecologie; J. Meier, praktijkondersteuner urogynaecologie. Avereest Apotheken, Dedemsvaart: M. Koolman, apotheker. • Correspondentie: oosterlee@huisartsenpraktijklatyrus.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Het doel van dit project is om de onwenselijke combinatie roken en pilgebruik bij vrouwen boven de 35 jaar in kaart te brengen en tot nul te reduceren. In samenwerking met de apotheek hebben wij de doelgroep in kaart gebracht. De vrouwen hebben contact gehad met de praktijkondersteuner urogynaecologie en zijn bijna allemaal van de gewraakte combinatie afgestapt. In dit artikel bespreken we de genomen stappen en de uitkomsten.

Situatie in Avereest

De HAGRO Avereest bestaat uit drie huisartsenpraktijken in de dorpen Balkbrug en Dedemsvaart. De populatie telt 16.500 patiënten, van wie 2321 vrouwen tussen de 35 en 55 jaar. De patiënten van de huisartsenpraktijken worden voorzien van medicatie door Avereest apotheken, waarmee een goede samenwerking bestaat.

Er zijn geen concrete afspraken gemaakt over evaluatiemomenten bij vrouwen ouder dan 35 jaar die de pil gebruiken. Via de apotheek is bekend welke vrouwen de pil gebruiken, maar de rookstatus is hier niet bekend. In samenwerking met Avereest apotheken hebben de huisartsen een plan opgesteld om het verhoogde risico op een myocardinfarct bij deze patientpopulatie in kaart te brengen en aan te pakken.

Aanpak

De apothekers hebben via het apothekersinformatiesysteem (Pharmacom) een uitdraai gemaakt van alle vrouwen ouder dan 35 jaar die in de periode van 1 januari 2016 tot en met 16 december 2016 een pilrecept hebben afgehaald. Voor deze uitdraai is de ATC-code G03A (*hormonal contraceptives for systemic use*) gebruikt. Binnen de patiëntenpopulatie waren dat 421 vrouwen (ongeveer 18%). De huisartsen hebben deze vrouwen een brief gestuurd waarin ze de risico's van roken in combinatie met pilgebruik op een leeftijd ouder dan 35 jaar kort hebben toegelicht. De patiënten is ook gevraagd te melden of ze de pil gebruiken en of ze roken.

De vrouwen die roken zijn uitgenodigd op het spreekuur van de poh urogynaecologie (een poh-S die diverse nascholingen en cursussen heeft gevolgd over urogynaecologische

De kern

- Vanwege de cardiovasculaire risico's is het gebruik van de combinatiepil bij rokende vrouwen boven de 35 jaar onacceptabel.
- Samenwerking met de apotheek is onontbeerlijk bij het aanpakken van dit probleem.
- Nagenoeg alle vrouwen zijn na uitleg en voorlichting over alternatieven bereid tot een verandering van hun gedrag: stoppen met roken of overstappen op een andere anticonceptiemethode.

onderwerpen; binnen de HAGRO Avereest doet zij spreekuur over een aantal afgebakende onderwerpen). De poh heeft verschillende opties besproken met betrekking tot het roken en gebruik van de pil: stoppen met roken, stoppen met de pil of starten met een ander anticonceptivum.

De verkregen gegevens hebben we ingevoerd in het huisartsinformatiesysteem (Medicom) aan de hand van ICPC-codes.

RESULTATEN

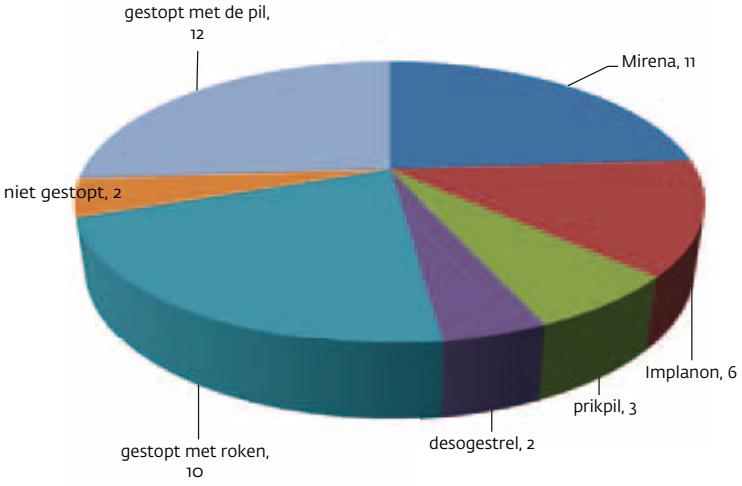
Eind december 2016 blijken van de 421 vrouwen er 80 te roken, iets minder dan 20%. De resultaten zijn beschreven in het stroomdiagram van [**figuur 1**].

De 46 rokende pilgebruiksters die op de brief hebben gereageerd, zijn uitgenodigd op het spreekuur van de poh urogynaecologie. Hen is nogmaals uitgelegd wat de risico's zijn van roken in combinatie met pilgebruik boven de leeftijd van 35 jaar. Vervolgens is besproken welke mogelijke alternatieven er zijn. Hierbij hebben de huisartsen stoppen met roken als de beste optie gepresenteerd. Als dit om welke reden dan ook niet mogelijk bleek, keken ze naar alternatieve anticonceptiemethoden, zoals de progesteron-only-pil. Ook helemaal stoppen met anticonceptie is een mogelijkheid; dit geldt vooral voor patiënten rond de 50 jaar [**figuur 2**].

Zoals te zien in [**figuur 2**] hebben de meeste vrouwen, in totaal 22, gekozen voor een ander anticonceptiemiddel, een progesteron-only-methode. Een aantal vrouwen (10) is gestopt met roken. De overige zijn helemaal gestopt met anticonceptie. Helaas zijn twee vrouwen doorgegaan met de risicovolle combinatie van roken en het gebruik van de pil.

De apotheek heeft bij de tien vrouwen die niet bereikt zijn en nog wel de pil gebruiken, een blokkade ingevoerd in het uitgiftesysteem. Dit betekent dat zij een nieuw recept niet zonder meer meekrijgen. Deze vrouwen zullen het verzoek krijgen een afspraak te maken bij de poh urogynaecologie. Aangezien

Figuur 2 Gekozen alternatieven voor pilgebruik na het gesprek met de poh urogynaecologie



Figuur 1 Eindresultaten in stroomdiagram

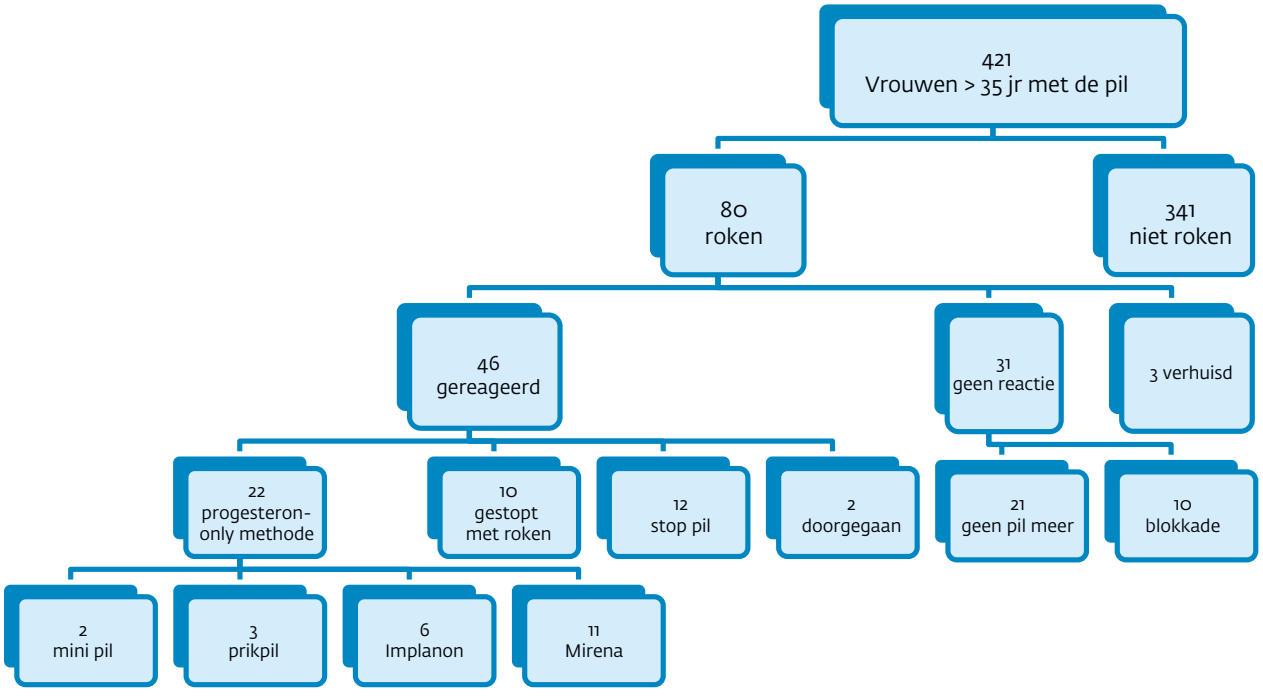


Foto: Shutterstock

Rokende 35+ pilgebruiksters die reageerden op een oproep, kregen uitleg over de risico's van roken in combinatie met pilgebruik boven de leeftijd van 35 jaar en kregen alternatieven voorgeschoteld.

de meeste pilrecepten voor een half jaar worden verstrekt, is dit een lopend actiepunt.

Uit het apotheekafgiftesysteem bleek eind december dat 21 vrouwen hun herhaaljaarrecept niet hadden opgehaald; deze vrouwen zijn zelf gestopt met de pil na ontvangst van de brief van de huisarts.

Nu deze vrouwen in kaart zijn gebracht, is het goed om te bedenken dat elk jaar opnieuw vrouwen de leeftijd van 35 bereiken. Met de apotheek is afgesproken dat er jaarlijks een uitdraai wordt gemaakt van vrouwen die de pil gebruiken en dat jaar 35 zijn geworden.

LEERPUNTEN

- Van de 77 vrouwen (drie zijn er verhuisd) die ouder zijn dan 35 jaar en die roken zijn er 65 (84%) met de ongewenste combinatie gestopt door met roken of anticonceptie te stoppen, of door op een ander anticonceptiemiddel over te stappen.
- De resultaten laten zien dat het goed mogelijk is om vrouwen te bereiken die in de genoemde categorie vallen. Het vergt wel enig uithoudingsvermogen om contact te blijven opnemen wanneer een reactie uitblijft. Een geïnteresseerde en getrainde poh/assistente kan de gesprekken over verandering van gedrag (combinatie roken en de pil) met de vrouwen voeren. Het gaat hierbij vooral om *motivational interviewing*.
- We kozen voor een persoonlijke uitnodiging omdat we hierbij een hogere respons verwachtten. Uiteindelijk bleken er tien vrouwen over te blijven die niet bereikt zijn en die zowel de combinatiepil slikken als roken. Via de blokkade in het afgiftesysteem zal de apotheek nog een poging doen om deze vrouwen te bereiken.
- Samenwerking met de apotheek is essentieel. Ook de medewerking van alle praktijkmedewerkers (in ons geval de hele HAGRO) is belangrijk, omdat ze allemaal met het project te maken (kunnen) krijgen.
- Een manco aan dit onderzoek is dat we niet met zekerheid kunnen zeggen of iemand wel of niet rookt. Iedereen voor wie het van belang is, is nu echter wel over de risico's geïnformeerd. Ook heeft iedereen de mogelijkheid om een alternatief te krijgen voor de pil. We zullen ook nooit zeker weten of mensen die gezegd hebben dat ze met roken zijn gestopt, dat ook daadwerkelijk hebben gedaan.
- Het is een goed en praktisch uitvoerbaar project. Aanvankelijk vergt het veel werk, maar als de eerste stap gezet is en van de meeste vrouwen de rookstatus in kaart is gebracht, is het jaarlijks goed uit te voeren. ■

LITERATUUR

1 Beerthuizen RJCM. Anticonceptie op maat. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010;49-50:117.
2 Brand AK, Bruinsma ACA, Van Groeningen COM, Kalmijn S, Kardolus GJ, Peerden MJM, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-76.
3 Picavet C. Zwangerschap en Anticonceptie in Nederland. Tijdschrift Seksuol 2012;36:121-8.
4 Verstappen WHJM, De Leest K, Kardolus GJ, Okel GH, Freitag-de Koster AJ, Van Sluisveld ILL et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Orale anticonceptie en morning afterpil. Huisarts Wet 2008:51:S11-S14.

Jaïr van Rhenen, Sjoerd Zwart

Minderen met maagzuurremmers, kan het?

Maagzuurremmers behoren sinds 2011 tot de top vijf van meest voorgeschreven medicijnen in Nederland. Het aantal mensen dat protonpompremmers (PPI's) gebruikt, is tussen 2002 en 2015 bijna verdubbeld, van 1,1 naar 2,1 miljoen.[1] Doordat er zoveel gebruikers zijn, komen ook zeldzame bijwerkingen aan het licht, zoals een verhoogd risico op osteoporose, darminfecties, nierfalen en deficiënties van vitamine B_{12} en magnesium.[2,3] PPI's blijken dus minder veilig dan men aanvankelijk dacht en er zijn oproepen gedaan om de indicatiestelling te verbeteren.[2-4] Ook de NHG-Standaard Maagklachten stelt dat van de patiënten die langdurig maagzuurremmers gebruiken zonder dat daar een indicatie voor is, 40% kan minderen en 30% zelfs helemaal kan stoppen.[5] De standaard baseert zich op twee Nederlandse gerandomiseerde onderzoeken.[6,7]

Langdurig PPI-gebruik levert potentieel gevaar op. Huisartsen kunnen hun patiënten daar op wijzen en zelfs ertoe bewegen om te minderen of te stoppen.

Protonpompremmers kunnen schadelijke bijwerkingen hebben, iedereen die ze gebruikt zonder duidelijke indicatie moet proberen te minderen of te stoppen

Wij wilden weten of je als huisarts deze patiënten ertoe zou kunnen bewegen minder maagzuurremmers te gaan gebruiken. We onderzochten dat in een Kampense huisartsenpraktijk met 2550 patiënten, die deel uitmaakt van een groepspraktijk met drie praktijkhouders. De praktijkpopulatie heeft een gemiddelde leeftijdsopbouw en is bovengemiddeld hoog opgeleid; ongeveer 5% heeft een migratieachtergrond. In een rationalisatieprogramma op initiatief van een zorgverzekeraar bleek dat in Nederland 2,4% van de huisartspatiënten langdurig maagzuurremmers gebruikt zonder duidelijke indicatie.[8] Omgerekend naar onze praktijk zou dat neerkomen op 61 patiënten.[8] We vonden op PubMed geen vergelijkbare onderzoeken in andere landen.

INVENTARISATIE EN INCLUSIE

De [**figuur**] laat de inclusieprocedure van ons implementatieonderzoek zien. In het HIS selecteerden we alle 'chronische

Samenvatting

Van Rhenen J, Zwart S. Minderen met maagzuurremmers, kan het? Huisarts Wet 2017;60(12):645-7.

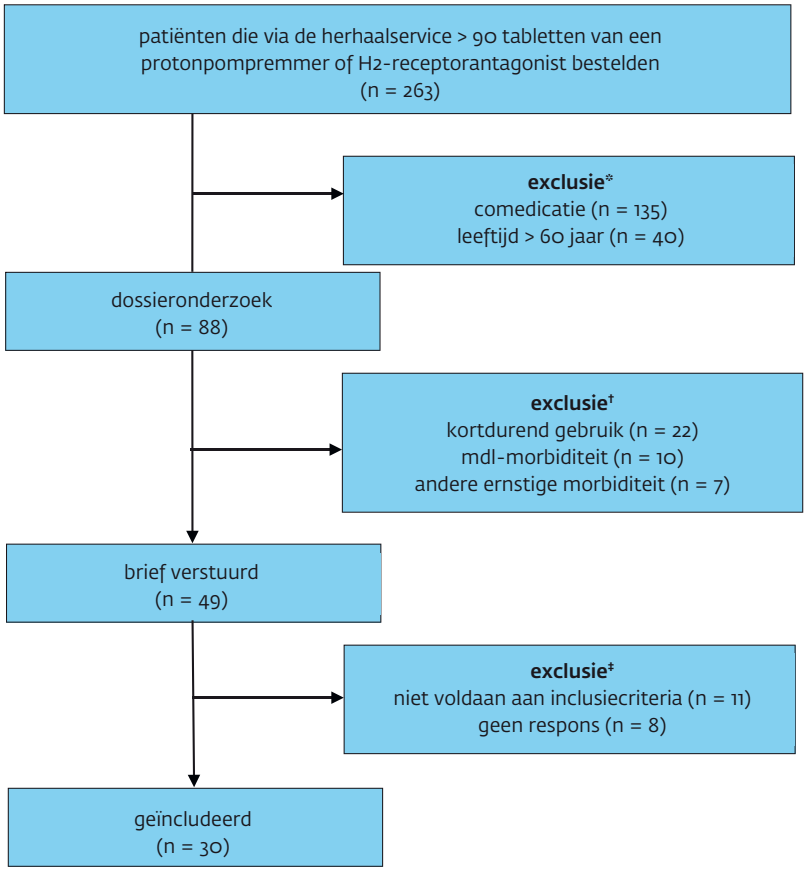
Protonpompremmers kunnen schadelijke bijwerkingen hebben bij langdurig gebruik en veel patiënten gebruiken ze zonder duidelijke indicatie. In een huisartsenpraktijk te Kampen hebben we deze patiënten aangeschreven en geprobeerd hen te laten minderen of stoppen. We selecteerden in het HIS alle patiënten jonger dan 60 jaar die via de herhaalservice maagzuurremmers bestelden, en nodigden degenen in wier dossier we geen duidelijke indicatie aantroffen, per brief uit voor een gesprek en eventueel een test op Helicobacter pylori. Uiteindelijk begeleidden we zes maanden lang dertig patiënten, van wie er 14 (47%) hun gebruik stopten of minstens halveerden. Inventarisatie en begeleiding kostten 24 arbeidsuren; een afwachtende strategie zou, bij iets minder succes (33%), veel minder tijd hebben gekost (8,5 uur bij dertig patiënten). Welke factoren de slagingskans kunnen vergroten is niet precies duidelijk, maar in principe kan men in een gemiddelde praktijk het gebruik van protonpompremmers reduceren bij enkele tientallen patiënten.

De kern

- Veel patiënten gebruiken langdurig protonpompremmers zonder duidelijke indicatie, terwijl dat schadelijke gevolgen kan hebben.
- Het is goed mogelijk patiënten die zonder duidelijke indicatie langdurig protonpompremmers gebruiken in beeld te krijgen op basis van herhaalrecepten en dossieronderzoek.
- Wanneer men ze persoonlijk benadert en begeleidt, lukt het bijna de helft van de chronische gebruikers te minderen of te stoppen.
- Een iets minder intensieve aanpak met een iets lager slagingspercentage zou goed uitvoerbaar zijn in de huisartsenpraktijk.
- Er is weinig bekend over de factoren die de kans op stoppen beïnvloeden; de rol van leeftijd en psychische stoornissen verdient nader onderzoek.

UMC Utrecht, Julius Centrum, Utrecht: J. van Rhenen, huisarts in opleiding (thans huisarts en docent); dr. S. Zwart, huisartsopleider • Correspondentie: j.vanrhenen@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur Inclusie voor een interventie ter reductie van maagzuurremmers



* Comedicatie: NSAID, COX-2-remmer, trombocytenaggregatieremmer (behalve heparine), systemische glucocorticoïde.
† Indicaties: oesofagitis C of D, Barrett-oesofagus, dyspeptische alarmsymptomen. Andere morbiditeit: maligniteit of ernstige psychiatrische stoornis.
‡ Te laag gebruik (n = 3), ernstige comorbiditeit (n = 3), adequate farmacotherapie voor oesofagitis (n = 2); onder controle bij een mdl-arts (n = 2), communicatie onvoldoende mogelijk (n = 1), geen respons (n = 8).

Tabel 1 Kenmerken van dertig geïncludeerde huisartspatiënten, jonger dan 60 jaar, die langdurig maagzuurremmers gebruiken zonder duidelijke indicatie

Kenmerk	n (%)
Geslacht	
vrouw	20 (67)
man	10 (33)
Duur van het gebruik	
< 1 jaar	1 (3)
1-5 jaar	10 (33)
> 5 jaar	19 (63)
Ingangsklacht	
thoracale pijn	9 (30)
pijn bovenbuik	17 (57)
preventie*	4 (13)
Risicofactoren	
roken	11 (37)
alcohol	13 (43)
koolzuurhoudende dranken	8 (27)
BMI > 25 kg/m^2	24 (80)
psychiatrische behandeling†	11 (37)
gebruikt meer dan tweemaal het dagelijkse dosisequivalent‡	18 (60)

* Gestart met een NSAID of na een maagcorrectie.
† Gebruikt een psychofarmacon of is behandeld in de afgelopen zes maanden.
‡ Defined daily dose (DDD) = omeprazol 10 mg of pantoprazol 20 mg of ranitidine 150 mg.

gebruikers', dat wil zeggen patiënten die tussen 1 september 2015 en 1 maart 2016 via een herhalingsrecept meer dan negentig tabletten van een maagzuurremmer besteld hadden. Dit waren er 263. Uit efficiëntieoverwegingen includeerden we alleen de 223 patiënten die jonger waren dan 60 jaar, want boven die leeftijd komt relatief veel comorbiditeit en polyfarmacie voor, wat reden zou zijn voor exclusie. Uit deze groep excludeerden we 135 patiënten die ook andere medicatie gebruikten. In de 88 dossiers die overbleven zochten we naar een herleidbare indicatie zoals oesofagitis of een andere ernstige aandoening.

Voor 49 patiënten konden we inderdaad geen duidelijke indicatie vinden. Zij kregen per post een uitnodiging met een korte uitleg (zie de [**online bijlage**]) en het verzoek contact op te nemen voor een persoonlijk of telefonisch consult. We wezen de potentiële deelnemers ook op de mogelijkheid hun ontlasting te laten testen op *Helicobacter pylori* met de HP-test. Patiënten die niet reageerden, belden we tweemaal na; acht van hen konden we desondanks niet bereiken. Van de overige 41 bleken er 11 toch niet aan de inclusiecriteria te voldoen: bij drie was de gemiddelde dagelijkse dosering te laag, drie hadden ernstige comorbiditeit, twee werden behandeld voor oesofagitis, twee waren onder controle bij een mdl-arts en met één was communicatie niet goed mogelijk.

[**Tabel 1**] geeft de kenmerken van de dertig deelnemers; 29 van hen gebruikten een PPI als maagzuurremmer. Deze patiënten gebruikten gemiddeld 3,2 maal de dagelijkse standaarddosering (*defined daily dose*, DDD), evenals de 19 uitvallers.

INTERVENTIE EN RESULTATEN

Met de dertig deelnemers bespraken we alle risicofactoren en maakten we een plan van aanpak. De huisarts en de huisarts-in-opleiding leidden de implementatie van de interventie en het onderzoek, en praatten de praktijkassistenten bij zodat die de patiënten adequaat konden voorlichten. Een apotheker gaf adviezen. De deelnemers werden geïncludeerd op 1 maart 2016 en gemonitord tot 31 oktober 2016. Na één, drie en zes maanden kregen ze een controle. Na zes maanden bepaalden we hoeveel deelnemers gestopt waren met maagzuurremmers of minimaal de helft minder waren gaan gebruiken.

Tijdens het eerste contact gaven 27 patiënten (90%) aan dat ze wel wilden minderen of stoppen met de maagzuurremmer. Vijftien patiënten (50%) hadden kort geleden al een HP-test gedaan en tien patiënten (33%) hadden een mdl-arts geconsulteerd. Vijf patiënten (17%) gaven aan dat ze wel een HP-test wil-

den, maar bij twee van hen leidde de vervanging van een PPI door een H2-receptorantagonist die daarvoor nodig was, tot te veel pijnklachten. De drie patiënten die de test wel deden, waren allen HP-negatief.

Bij de eindcontrole na zes maanden bleken zestien patiënten (53%) de oorspronkelijke dosering weer te gebruiken; acht patiënten (27%) waren minder PPI's gaan gebruiken of waren overgestapt op een H2-receptorantagonist; deze acht hadden hun gemiddelde dosering verlaagd van 3,3 tot 1,5 DDD. Zes patiënten (20%) wisten zelfs helemaal te stoppen. Berekend over alle dertig deelnemers was de dagelijkse inname gedaald van 3,2 naar 2,0 DDD.

Het opsporen gaat relatief snel en patiënten zijn blij met de aandacht en de informatie

Onze interventie leek minder effectief bij de elf deelnemers die het afgelopen half jaar een psychiatrische behandeling hadden gehad of een psychofarmacon slikten. Niemand stopte, vier (36%) minderden en zeven (64%) lukte het niet te minderen of te stoppen.

Een aantal patiënten gaf aan het zeer te waarderen dat ze geïnformeerd werden over de gevaren van chronisch gebruik; die informatie bracht vier van hen ertoe direct te stoppen. Anderen zeiden dat het vertrouwen gaf dat hun huisarts niet ondoordacht herhaalrecepten accordeerde. Na afloop van het project merkten we op dat sommige patiënten alsnog wilden afbouwen, mogelijk gestimuleerd door een TV-programma.[9]

KAN HET OOK EFFICIËNTER?

De inventarisatie en de interventie samen kostten 24 arbeidsuren [**tabel 2**]. We vergeleken de gekozen aanpak met een alternatieve, kortere strategie – die we niet hebben uitgevoerd – waarbij de huisarts of praktijkmedewerker wel de inclusieprocedure zou hebben gedaan en de brief hebben verzonden, maar daarna een afwachtende houding zou hebben aangenomen. Zo'n verkorte strategie zou slechts 8,5 uur hebben gekost, maar zou wel vier patiënten (13%) minder hebben opgeleverd die stopten of minderden.

Tabel 2 **Tijdsbeslag en resultaten van de actieve interventie zoals die is uitgevoerd, vergeleken met een kortere, afwachtende variant**

	Actieve strategie	Afwachtende strategie
Tijdsinvestering		
inclusie	4 uur	4 uur
consulten	20 uur	4,5 uur
totaal	24 uur	8,5 uur
Bereikte reductie, n		
volledig gestopt	6	5
> 50% reductie	8	5
niet gestopt	16	20

LEERPUNTEN

Het is zeer gewenst dat het gebruik van maagzuurremmers wordt teruggedrongen.[5,8,9] In onze huisartsenpraktijk is dat haalbaar gebleken met een pragmatische aanpak. Die hebben we hier beschreven – weliswaar op kleine schaal maar voorzover wij weten voor het eerst. Ons succespercentage was hoger dan dat van het rationalisatieprogramma,[8] maar lager dan dat van de twee eerdergenoemde onderzoeken.[6,7] Misschien waren onze deelnemers minder gemotiveerd doordat ons aanbod geen gratis gastroscopie of medicatie bevatte,[6,7] maar een HP-test die ten laste kwam van het eigen risico. Mogelijk zou het aantal patiënten dat de test deed – en daarna minderde of stopte – groter zijn geweest als we de HP-test hadden aangeboden tijdens het eerste consult en niet in de brief.

Met psychische klachten lukt het minder goed te stoppen

Tot op heden zijn er geen factoren gevonden die voorspellen of het een patiënt zal lukken te stoppen.[10] Wel zagen we dat het patiënten met psychische klachten minder goed lukte, dus psychologische nood kan een rol spelen.[11] Wellicht kan in groter verband gekeken worden in hoeverre leeftijd en psychische klachten voorspellende factoren zijn die kunnen dien als toetsingscriteria voor een effectieve interventie. Onze populatie was relatief jong, maar in de literatuur lijken de mogelijkheden om te minderen met maagzuurremmers niet afhankelijk van leeftijd,[6,7] dus het valt te overwegen de leeftijdsgrens te verhogen naar 80 jaar.

Ons bescheiden implementatieonderzoek laat zien dat het goed mogelijk is patiënten bewust te maken van de potentiële gevaren van langdurig PPI-gebruik en een deel van hen ertoe te brengen te minderen of zelfs te stoppen. Wij denken dat de verkorte strategie goed uitvoerbaar is in de dagelijkse praktijk. ■

LITERATUUR

1 Gipdatabank. Diemen: Zorginstituut Nederland; zj. www.gipdatabank.nl, geraadpleegd 10 juli 2017.
2 Van Herwaarden N, Bos JM, Veldman B, Kramers C. Protonpompremmers: niet zo veilig als ze lijken. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D487.
3 Imhann F, Bonder MJ, Vich Vila A, Fu J, Mujagic Z, Vork L, et al. Proton pump inhibitors affect the gut microbiome. Gut 2016;65:740-8.

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

Drie eyeopeners bij rode ogen

Herziening NHG-Standaard Het rode oog

Egbert de Jongh, Gerda van der Weele

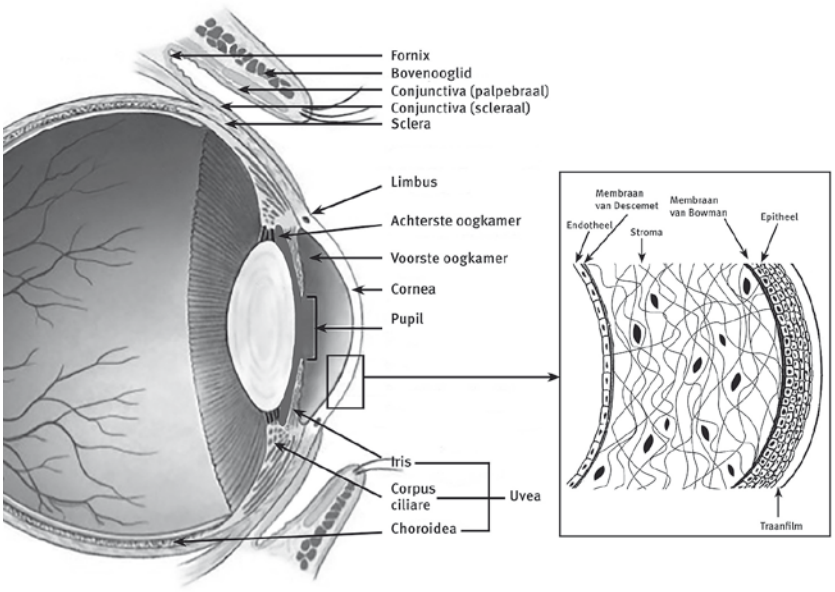
Er zijn veel verschillende oogaandoeningen die gepaard (kunnen) gaan met een rood oog, variërend van onschuldig tot visusbedreigend. De negentien belangrijkste en meest voorkomende worden beschreven in de herziene standaard, ingedeeld naar traumatische en niet-traumatische aandoeningen. De nieuwe naam van de standaard, Rood oog en oogtrauma, sluit hier beter bij aan. Welke inzichten zijn veranderd in de herziene standaard?

Belangrijkste wijzigingen

- De gewijzigde naam van de standaard sluit beter aan bij de veranderde indeling die traumatische oogaandoeningen onderscheidt van andere oorzaken van een rood oog.
- Het standaard hanteert niet meer het onderscheid tussen een bacteriële en een virale conjunctivitis. Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek is dit onderscheid onvoldoende betrouwbaar.
- De huisarts kan een typische dendritische HSV-keratitis zelf behandelen.
- Het ooglidhygiëne-advies bij blefaritis is aangepast; het start nu met verwarming van de ooglidranden.

Kernboodschappen

- Bij niet-traumatische oorzaken van een rood oog zijn de aanwezigheid van alarmsymptomen en het type roodheid (conjunctivale versus sclerale roodheid) richtinggevend voor de diagnoses. Droge ogen en ooglidaandoeningen gaan niet altijd gepaard met een rood oog en worden apart beschreven.
- Pijn, visusverandering, fotofobie, misselijkheid en braken zijn alarmsymptomen; wees dan alert op visusbedreigende aandoeningen.
- Zowel een bacteriële als een virale conjunctivitis geneest zonder antibiotica doorgaans vanzelf.
- Een antibioticum bij een infectieuze conjunctivitis door een banale verwekker is niet geïndiceerd, tenzij de patiënt tot een risicogroep (reeds bekende oogaandoeningen of immuungecompromitteerde patiënten) behoort of soms als de conjunctivitis langer dan twee weken duurt.
- Ooglidhygiëne bij een blefaritis bestaat uit drie stappen: verwarmen van de oogleden, massage van de ooglidrand gevolgd door poetsen van de ooglidrand.



De anatomie van het oog.

ANTIBIOTICUM OF INDIFFERENT MIDDEL BIJ BACTERIËLE CONJUNCTIVITIS?

Het onderscheid tussen een bacteriële en virale conjunctivitis is op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek niet betrouwbaar te maken. Dit onderscheid is doorgaans onbelangrijk, omdat het geen behandelingsconsequenties heeft. Een infectieuze conjunctivitis door een banale verwekker geneest niet sneller met een lokaal antibioticum dan bij gebruik van een placebozalf of -druppel, zelfs niet als achteraf bleek dat er een bacterie werd gekweekt. De ernst van een infectieuze conjunctivitis in Nederland kan dus worden vergeleken met die van een neusontsteking, waarbij meestal binnen één tot twee weken spontaan genezing optreedt. Aanvullende redenen om geen antibiotica te geven zijn de extra oogirritatie die bij 10% van de patiënten optreedt, de kans op het ontwikkelen van allergie en de toename van antibioticumresistentie.

In de onderzoeken naar het effect van een lokaal antibioticum zijn patiënten met oogziekten en immuuncompromitterende aandoeningen uitgesloten. Omdat wordt aangenomen dat zij meer risico op complicaties lopen, luidt het advies om hun wel een lokaal antibioticum voor te schrijven.

Er zijn lichte aanwijzingen dat een indifferent middel de klachten kan verzachten. Dit is voorstelbaar vanwege de smerende of irrigerende werking. Ook omdat bijwerkingen niet te verwachten zijn, adviseert de werkgroep om een indifferente druppel of gel te overwegen. Die kan zorgen voor een vermindering van de klachten en mogelijk bijdragen aan vermindering van onnodig antibioticumgebruik.

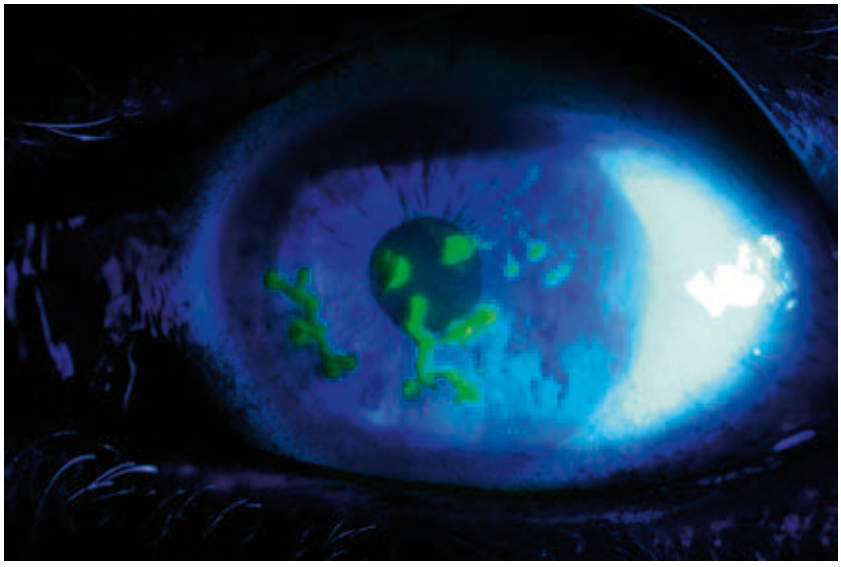
KERATITIS DENDRITICA NIET MEER AUTOMATISCH NAAR OOGARTS

Keratitis dendritica wordt veroorzaakt door het herpes-simplexvirus. Bij kleuring met fluoresceïne is vaak een karakteristiek boom- of varenachtig beeld

NHG-werkgroep Rood oog en oogtrauma. NHG-Standaard Rood oog en oogtrauma (tweede herziening).

De werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Bolsius E, De Jongh E, Larsen I, Rietveld R, Tellegen E, Van der Weele GM, Wouda P.

zichtbaar in de oppervlakkige, dunne epitheellaag van de cornea. Vanwege de goede herkenbaarheid en de te verwachten goede genezing met aciclovirzalf kan de huisarts een eerste dendritische keratitis bij een patiënt met een ongestoorde visus zelf behandelen. Belangrijk is dat de huisarts alert is op aantasting van de onder de epitheellaag gelegen dikkere stromalaag. Stromale aantasting is te herkennen aan troebele of witte verandering van de cornea. Om dit vast te stellen is het nodig om nadat de dendriet is ontdekt de cornea nogmaals te onderzoeken met loep en zijdelings én opvallend licht. Verwijsindicaties zijn zichtbare stromale aantasting, visusvermindering, een recidief en het dragen van contactlenzen. In de standaard komen de instructies bij het gebruik van aciclovirzalf en het frequente controlebeleid aan bod.



Keratitis dendritica.

VERWARM OOGLEDEN VOOR REINIGING BIJ BLEFARITIS

Bij blefaritis disfunctioneert het meibomkliertje. Dit kliertje produceert vet ('talg') dat verdamping van de traanfilm tegengaat. Bij patiënten met blefaritis ligt het smeltpunt van dit vet hoger, zodat de kliertjes verstopt raken en droge ogen ontstaan. Soms produceren de kliertjes te veel talg, die aan de oogharen kleeft, zuur wordt en irriteert of een voedingsbodem voor bacteriën vormt.

De basisbehandeling bestaat uit ooglidhygiëne. Daarbij instrueren oogartsen om de oogleden te verwarmen voordat zij gereinigd worden. Hun ervaring is dat de blefaritis daarmee vaak onder controle komt en dat verwijzing voorkomen had kunnen worden als de patiënt daarover in de eerste lijn was geïnstrueerd.

Hoewel het bewijs voor het effect van warmteapplicatie beperkt is, wordt dit in de standaard wel aanbevolen, omdat er een plausibel werkingsmechanisme is en de adviezen in de eerste en tweede lijn dan overeenkomen.

Adequate ooglidhygiëne vergt een goede instructie en enige moeite: maak vochtige kompressen zó warm dat de huid het net aankan, maar niet verbrandt en laat ze overal goed aansluiten tegen het ooglid. Gebruik na twee minuten nieuw opgewarmde kompressen gedurende nogmaals twee minuten. Masseer vervolgens de gehele ooglidrand in verticale richting met de vingertoppen of een wattenstaafje, zodat het vet naar buiten gaat. Poets daarna de ooglidranden in horizontale richting met wattenstokjes die bevochtigd zijn (eventueel met een oplossing van een klein beetje babyshampoo in lauw water) totdat alle huidschilfers zijn verdwenen. ■

De volledige versie van de herziene NHG-Standaard Rood oog en oogtrauma is te raadplegen op de website van het NHG (www.nhg.org) en als bijlage bijgesloten bij dit nummer.

Herziening Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist

Carinke Buiting-van der Zon, Bardo Strijdhorst

Vlotte adequate informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist verlangt uniformiteit en helderheid over ieders verwachtingen. Daarom hebben zij nieuwe afspraken gemaakt. In de herziene communicatierichtlijn voor huisarts en specialist (HASP) staan afspraken tussen de beroepsverenigingen over tijdigheid, overdracht, verantwoordelijkheid en vaste informatiemomenten. De berichten hebben een vaste structuur, zodat de informatie eenduidig in de medische dossiers kan worden verwerkt. Nu moeten wij artsen deze richtlijn nog goed gaan gebruiken. Het HIS en de ziekenhuisinformatiesystemen moeten deze afspraken ondersteunen.

In 2000 verscheen de Richtlijn HASP voor het eerst, geïnspireerd op een aantal regionale standaarden. In 2007 gaf ZorgDomein het gebruiksgemak bij huisartsen een boost door het HASP-verwijsbericht in de verwijsapplicatie in te bouwen. Een kritisch rapport van de IGZ in 2015 was de aanjager om de koppen bij elkaar te steken en de communicatie nog eens goed onder de loep te nemen. Aangezien al meer dan 95% van de verwijzingen door de huisarts voldeed aan de oorspronkelijk HASP-richtlijn is er gekozen voor een herziening. Specialisten gebruikten nog bijna zonder uitzondering de standaard van hun eigen vakgroep of zelfs een persoonlijke standaard. Vanaf 2018 gaan alle medisch specialisten de Richtlijn HASP invoeren. Het effect daarvan moet zijn dat hiaten in beschikbaarheid van informatie tot een minimum worden beperkt.

GEZAMENLIJKE GEDRAGSCODE

Nieuw is de gedragscode die de belangrijkste afspraken samenvat.

- *Tijdigheid*: een ontslagbericht uit de kliniek volgt direct op het ontslag van de patiënt of gaat daaraan zelfs vooraf. Ook bij alle overige HASP-berichten geldt een harde eis van tijdigheid die is gekoppeld aan wat nodig is voor continuïteit van de zorg.
- *Vast sjabloon*: de berichtverzender focust zich op de *kern* van het bericht. Die geeft de essentiële informatie van de overdracht op dit moment. De andere twee delen van het bericht zijn de *envelop* (met rubrieken voor logistiek en administratie) en *dossiersamenvatting* (met een relevante selectie uit het medisch dossier van de berichtverzender).
- *Overdragen van (een deel van) de verantwoordelijkheid*: met het bericht wordt ook expliciet een deel van de verantwoordelijkheid voor zorg aan de patiënt overgedragen aan de collega.
- *Vaste rubrieken*: de ontvanger moet erop kunnen vertrouwen dat vaste informatie op vaste plekken staat.
- *Vaste momenten om een bericht te overwegen*: de ontvanger moet erop kunnen vertrouwen op bepaalde momenten te worden geïnformeerd. Nieuw daarin is het aangeven van tussentijdse momenten waarop de arts, omwille van de continuïteit van de zorg, een update moet overwegen.

TUSSENTIJDSE UPDATES

Het komt voor dat een patiënt is verwezen en de huisarts nieuwe informatie heeft voor de behandelend medisch specialist. Voorbeelden: een tweede aandoening of een belangrijke wijziging bij het thuisfront. Het komt ook voor dat de medisch specialist die een patiënt onder controle heeft op de polikliniek, of heeft opgenomen in de kliniek, nieuwe informatie heeft die voor de huisarts van belang is voor de integrale zorg, zoals een gestelde diagnose of een onverwachte opname op de intensive care. Daarvoor bestond nog geen oplossing. Huisartsen en medisch specialisten hebben nu samen een lijstje opgesteld waarin die wederzijdse behoefte in zijn algemeenheid is vastgelegd. Het advies is echter wel om enigszins terughoudend te zijn: standaard nietszeggende berichtjes zijn juist weer niet gewenst.

De HASP gaat ervan uit dat de hoofdbehandelaar zijn medehulpverleners zelf actief informeert met een update/tussentijdsbericht, daarbij optimaal geholpen door zijn informatiesysteem.

Geen bericht betekent dan: er is geen relevante nieuwe informatie bekend.

WINST VOOR DE HUISARTS

De grootste winst is de tijdigheid van het ontslagbericht (dezelfde dag), met een heldere formulering voor de huisarts over wat een collega heeft afgesproken en wat deze mogelijk van de huisarts verlangt in het verdere beleid. Een ander belangrijk verbeterpunt is de uniforme lay-out van het bericht: de kern van het bericht staat bovenaan.

Huisartsen kunnen overigens niet helemaal op hun lauweren rusten: het bericht naar de medisch specialist kan nog worden aangescherpt en verbeterd. Specialisten gaven aan bij een groot deel van de verwijzingen erg te moeten zoeken naar wat de eigenlijke vraag van de huisarts is. Het vergt beslist aandacht om tot een goede, heldere vraag-/probleemstelling te komen. Wellicht helpen voorbeelden uit de richtlijn en goede dossiervulling hierbij, zodat de huisarts het eerste stokje meteen goed kan aangeven.

IMPLEMENTATIE

Het publiceren van de gezamenlijke richtlijn en de gedragscode is een flinke stap in de goede richting.

Het NHG en de FMS hebben zich uitgesproken om de voortgang van de implementatie actief te bevorderen. Het bewaken van naleving is weliswaar het hoofddoel, maar we werken ook voorzichtig aan een lat waarmee regio's, ziekenhuizen en artsen kunnen kijken waar zij staan en waar zij nog punten kunnen verbeteren. Een mooi ondersteunend product van NHG en FMS is de HASP-viewer: daarin zitten niet alleen de formats voor elk berichtmoment (verwijs-, update- of ontslagbericht), maar ook formats voor specifieke bijzonderheden die bij een specialisme zijn afgesproken en een aantal praktijkvoorbeelden van berichten en rubrieken.

Het streven is de richtlijn inclusief gedragscode in drie jaar grotendeels te effectueren. ■

LITERATUUR

De volledige richtlijn en viewer staan op www.nhg.org/ict.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: C. Buiting-van der Zon, wetenschappelijk medewerker; B. Strijdhorst, huisarts • Correspondentie: c.buiting@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

NHG-FMS-kerngroep Revisie HASP 2017. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (HASP) 2017.

Otto Quartero, Maartje Bartelink

Stapsgewijze aanpak bij fecale incontinentie

INLEIDING

Het onvrijwillig verlies van ontlasting, van incidentele lekkage tot en met een volledige portie ontlasting, valt allemaal onder de diagnose fecale incontinentie. Naast 'fecale incontinentie' (FI) gebruikt men ook de term 'anale incontinentie'. Patiënten die geen goede controle hebben over flatus, zonder verlies van darminhoud vallen ook onder deze laatste, wat wijdere definitie. Wij beperken ons in dit artikel tot het begrip 'fecale incontinentie'.

Van fecale urge-incontinentie is sprake wanneer de patient zoveel aandrang ervaart dat hij het toilet niet op tijd bereikt; van fecale *passieve* incontinentie spreken we wanneer de patiënt ontlasting verliest zonder dat hij dit direct merkt. Niet zelden is sprake van een gemengd type fecale incontinentie. Wanneer de patiënt in wisselende mate wat fecaal vocht verliest spreekt men wel van accidentele darmlekkage.[1-3] [**Tabel 1**] geeft een etiologische indeling.

Het onderwerp krijgt in de literatuur niet veel aandacht, en wellicht in de dagelijkse praktijk ook niet. Afhankelijk van de mate van ontlasting verlies leidt het tot schaamte en sociale isolatie, en komen patiënten pas na lange tijd bij hun dokter om het probleem te bespreken.[2]

Huisartsen hebben geen richtlijn voor het beleid bij FI en weten vaak niet goed raad met diagnostiek en behandeling. Het doel van dit nascholingsartikel is om het beleid bij fecale incontinentie wetenschappelijk te onderbouwen. We baseren ons op recente publicaties die we via PubMed hebben gevonden. Omdat de onderzoeken vrijwel zonder uitzondering gericht zijn op de tweede- en derdelijns geneeskunde, geven wij onze eigen klinische interpretatie van het beschikbare bewijs voor de eerste lijn.

Samenvatting

Quartero AO, Bartelink ME. Stapsgewijze aanpak bij fecale incontinentie. Huisarts Wet 2017;60(12):651-4.

Onvrijwillig verlies van ontlasting (fecale incontinentie, FI) is een onderbelicht probleem, dat groot effect heeft op de kwaliteit van leven. Onder ouderen in Nederland loopt de prevalentie op tot 16%. De etiologie van FI is heel divers. Waar mogelijk moet de oorzaak worden opgespoord en behandeld; inflammatoire darmziekte en maligniteiten zijn soms de oorzaak van FI, en fecale impactie komt vaak in verpleeg- en verzorgingshuizen voor. Aanvullend onderzoek in de eerste lijn kan bestaan uit coloscopie of een CT-scan van het abdomen. Voor de behandeling van FI kan bekkenbodemtherapie van nut zijn, maar zeker ook psylliumvezels en diarreestoppers, zoals loperamide. Houd bij verwijzing naar de tweede lijn rekening met de vitaliteit van de patiënt. In de tweede lijn kan uitgebreide diagnostiek plaatsvinden (anale echografie, anorectale manometrie, dynamische MRI en bekkenbodem-emg) en zijn veel vormen van therapie mogelijk (onder andere lauwwaterspoeling, chirurgisch ingrijpen).

Tabel 1 Oorzaken van fecale incontinentie

Mechanisme	Etiologie
Sfincterproblematiek	Lokaal traumatisch: ■ obstetrisch ■ sfincterchirurgie (onder andere hemorroïden, fistels) Ruggenmerglaesies Atraumatisch: ■ diabetes mellitus ■ neurodegeneratieve aandoeningen (multipele sclerose, ziekte van Parkinson)
Verminderde opslagcapaciteit rectum	Proctitis (ulcerosa, inflammatoire darmziekte, radiatie) Rectumoperaties (low anterior resectie) Poliepen, ruimte-innemende processen
Veranderde rectale sensibiliteit	Afgenomen: ■ diabetes mellitus ■ multipele sclerose ■ dementie ■ obstetrisch ■ chronische obstipatie ■ ruggenmerglaesies Toegenomen: ■ prikkelbaredarmsyndroom ■ proctitis, inflammatoire darmziekte
Veranderd volume/consistentie feces	Prikkelbaredarmsyndroom Postcholecystectomie Inflammatoire darmziekte Fecale impactie/overloopdiarree

EPIDEMIOLOGIE

In Nederland heeft Teunissen in 2000 het voorkomen van FI geïnventariseerd. Zij vond een prevalentie van 0,75-2,2% onder volwassenen, met een toename tot 9% onder 65-plussers. In verpleeghuizen neemt de prevalentie toe tot ruim 16%; internationaal zien we in verpleeghuizen percentages tot 50%.[4] Een Nederlands onderzoek onder vrouwen en een recente systematische review bevestigen deze bevindingen. Er lijkt geen

De kern

- Fecale incontinentie komt voor bij een op de zes ouderen.
- Wanneer u behoefte hebt aan aanvullende diagnostiek kunt u kiezen voor coloscopie of een CT-scan van het abdomen.
- Afhankelijk van de oorzaak is in de eerste lijn het gebruik van diarreestoppers zoals loperamide aan te raden. Zolang de patient mobiel is en nog in staat is om te leren, is bekkenbodemtherapie altijd een optie.
- In de tweede en derde lijn is uitgebreide diagnostiek mogelijk. Van veel therapeutische opties is het langetermijneffect beperkt of niet onderzocht.

Huisartspraktijk Diepenveen, Diepenveen: dr. A.O. Quartero, huisarts. Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL), Deventer ziekenhuis, Deventer: M.E. Bartelink, MDL-arts • Correspondentie: o.quartero@hcdo.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

verschil te bestaan tussen mannen en vrouwen, wel neemt de prevalentie toe met de leeftijd.[5,6] Urine-incontinentie en chronische diarree verhogen de kans op FI.[7]

ANATOMIE EN FYSIOLOGIE

De volgende anatomische structuren zijn van belang voor de controle over de ontlasting: de interne rectale sfincter, de externe rectale sfincter en de musculus puborectalis [**figuur 1**].[2] De interne sfincter in het verlengde van het rectum bestaat uit glad spierweefsel; de externe sfincter bestaat uit dwarsgestreept spierweefsel en maakt onderdeel uit van de bekkenbodem. De m. puborectalis maakt ook onderdeel uit van de bekkenbodem en loopt met een lus achterom het rectum terug naar zijn origo aan het os pubis. Bij een normaal continentiemechanisme ontspant de interne sfincter op vulling van het rectum vanuit het colon, waardoor het gevoel van aandrang ontstaat. Tijdens defecatie verstrijkt de anorectale hoek en wordt de abdominale druk ondersteund door te persen. Hierdoor treedt descensus op van de bekkenbodem, is er contractie van het rectum en remming van de externe sfincter, en worden de feces geëvacueerd. Door het bewust aanspannen van de externe sfincter en de m. puborectalis kan men dit proces tegenhouden en de ontlasting tot het gewenste moment ophouden.

PATHOFYSIOLOGIE

Verschillende factoren kunnen het normale defecatieproces verstoren [**tabel 1**]. Mechanische, inflammatoire en infectieuze darmstoornissen beïnvloeden de hoeveelheid en consistentie van de ontlasting en de opslagcapaciteit van het colon. Daarnaast kunnen hypo- en hypersensibiliteit van het rectum bij endocriene (diabetes mellitus), inflammatoire (inflammatoire darmziekte) en neurologische aandoeningen (dementie, multipele sclerose, spinale laesies) tot FI leiden.

Op grond van de symptomatologie kunnen we een indeling maken in urge, passieve en gemengde FI. Dit is slechts een hulpmiddel om de oorzaak van FI te achterhalen, vooralsnog zijn er te weinig argumenten om therapeutische maatregelen te baseren op deze indeling.

Patiënten met *urge*-FI hebben een verminderde opslagcapaciteit van het rectum (bijvoorbeeld door vroegere bestraling of behandeling van aambeien), al of niet met hypersensitiviteit van het rectum. Daarnaast is er een afgenomen knijpkracht (*squeeze*) en knijpduur (*squeeze duration*) van de externe sfincter.

Bij patiënten met *passieve* FI is primair sprake van een lage rustspanning van de interne sfincter. Hyposensibiliteit versterkt dit probleem, bijvoorbeeld bij diabetes mellitus, dementie, de ziekte van Parkinson of aandoeningen van het ruggenmerg (traumatisch of degeneratief).

Achterhaal eerst de behandelbare oorzaak en neem deze weg

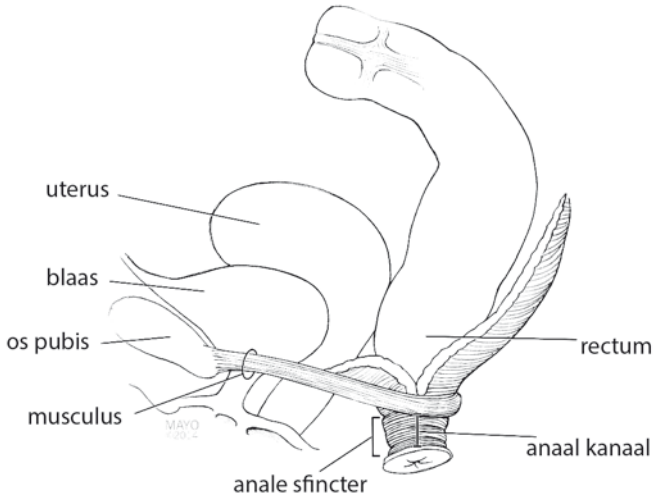
Bij jongere vrouwen is er zeker een sterk verband tussen obstetrische trauma's en FI. Bij FI die doorgaans op latere leeftijd optreedt blijft dit onderwerp van discussie.[2]

Bovengenoemde pathofysiologische processen sluiten elkaar niet uit, vaak zal sprake zijn van *gemengde* FI.

Accidentele anale lekkage (*soiling*) is waarschijnlijk een milde vorm van bovengenoemde processen, maar kan ook een gevolg zijn van beperkte perianale pathologie, zoals hemorroiden of fistels.

Speciale aandacht is nodig voor het veelvuldig voorkomende probleem van *overloopdiarree*. Hierbij is de primaire oorzaak fecale impactie (door verminderde mobiliteit, hogere leeftijd, verminderde mentale functie, hyposensitiviteit van het rectum, inadequate inname van vocht en vezels). Dit leidt via distensie van het rectum tot permanente inhibitie van de interne sfincter; dunne ontlasting die langs de impactie vloeit kan hierdoor niet goed worden opgehouden.[8] Volgens een schatting wordt diarree in het verzorgingshuis in meer dan 50% van de gevallen veroorzaakt door fecale impactie, met een grote kans op FI.[9] Chronische diarree hangt ook samen met status na cholecystectomie; galzure zouten zouden verantwoordelijk zijn voor chronische irritatie van de darm.[10]

Figuur 1 Anatomie van het continentiemechanisme



ANAMNESE, LICHAMELIJK EN AANVULLEND ONDERZOEK

Huisartsgeneeskundige diagnostiek bij FI is er in de eerste plaats op gericht de ziektelast te bepalen en behandelbare aandoeningen op te sporen. Patiënten komen vaak pas na lang aarzelen met hun incontinentieklachten bij hun huisarts, waarschijnlijk vanuit een gevoel van schaamte. Voor onderzoeksdoeleinden zijn verschillende scoringslijsten ontwikkeld. In de dagelijkse huisartsenpraktijk zijn deze lijsten door hun uitgebreidheid niet goed hanteerbaar, maar een ontlastingsdagboek kan helpen het probleem in kaart te bren-

gen. Soort en frequentie van lekkage zijn gemeenschappelijke factoren in alle vragenlijsten, terwijl ook de hoeveelheid ontlasting die verloren wordt zeer relevant is voor de ernst.[2] Van belang zijn de volgende *anamnestische* gegevens:

- de medische voorgeschiedenis (operaties, bestraling, obstetrische trauma's);
- de frequentie van FI;
- urge-klachten of passief ontlastingsverlies;
- de hoeveelheid accidenteel verloren ontlasting;
- de consistentie van de verloren ontlasting;
- door de patiënt genomen maatregelen;
- invloed op het sociaal functioneren.

Bij *lichamelijk onderzoek* is het rectaal toucher informatief. Alvorens de onderzoekende vinger in de anus te brengen kunt u de sensibiliteit van het perianale gebied onderzoeken door de patiënt te vragen of hij de vinger goed voelt. Aanwezigheid van de anale reflex bevestigt adequaat functioneren van de n. pudendus. Bij introductie van de vinger in het anale kanaal geeft de weerstand tegen de vinger informatie over de rustdruk van de interne sfincter. Wanneer u de patiënt vraagt om te knijpen, kunt u de kracht van de externe sfincter testen. Bovendien zal bij een goed functionerende m. puborectalis een voorwaartse en naar boven gerichte beweging van het rectum te voelen zijn. Dit gaat het beste indien u de vinger naar achteren toe richt.[3] Ruime hoeveelheid vaste ontlasting in de rectale ampul wijst op fecale impactie.[11]

Bekkenbodemtherapie, psylliumvezels en diarreestoppers zijn behandelingsopties bij fecale incontinentie

Aanvullend onderzoek: voor zover de condities in [**tabel 1**] nog niet bekend zijn kunt u uiteraard diagnostiek overwegen, maar uw beleid zal hierdoor niet vaak veranderen. Diagnostisch onderzoek naar inflammatoire darmziekte zal wel nuttig zijn wanneer urge-klachten door proctitis ulcerosa worden veroorzaakt. Hiervoor kunt u een calprotectinebepaling met een zeer hoge negatief voorspellende waarde voor inflammatoire darmziekte verrichten.[12] Colorectale maligniteiten gaan zelden gepaard met FI; bij twijfel kunt u zeker een coloscopie verrichten. Bij onduidelijkheid over fecale impactie kunt u overwegen een radiologisch buikoverzicht te laten maken of – indien beschikbaar voor de eerste lijn – een CT-scan van het abdomen. Dit laatste onderzoek zal voor veel oudere (arbitrair > 70) en slecht mobiele patiënten meer aanvullende informatie geven dan een simpel buikoverzicht, terwijl de belasting acceptabel is.[13]

Foto: Shutterstock

De prevalentie van fecale incontinentie bij ouderen in Nederland is 16%.

BELEID

De volgende factoren bepalen uw interventies: de ervaren ziektelast, de aanwezigheid van een behandelbare onderliggende aandoening, en de mobiliteit en het leervermogen van de patiënt. Op grond van de beschikbare literatuur en onze eigen ervaring stellen we het volgende stappenplan voor:

- *Stap 0*: behandel zo mogelijk de oorzaak van de FI (of laat deze behandelen), waarna de klachten verdwijnen (fecale impactie, inflammatoire darmziekte, rectumpoliep).
- *Stap 1*: als fecale impactie is uitgesloten, is *loperamide* een logische behandeling.[10] Loperamide verhoogt de spanning van de interne sfincter[2] Het algemene advies zou moeten zijn loperamide alleen te gebruiken bij 'uitstapjes', teneinde obstipatie te voorkomen.
- Er zijn geen onderzoeken gedaan die aantonen dat psylliumvezel met weinig water tot verbetering van FI leidt, maar het betreft een simpele goedkope interventie die naar

de persoonlijke ervaring van de auteurs effectief kan zijn. Door de medicatie in te nemen met de helft van de geadviseerde hoeveelheid water wordt de ontlasting enigszins ingedikt, zonder obstipatie uit te lokken. Het is niet aan te raden deze procedure met macrogol uit te voeren.

- Algemene maatregelen zijn: barrièremiddelen (zinkoxide, calamine), fungicidecrèmes, incontinentiemateriaal, geurcontrole; hiertoe zijn speciaal ingerichte luiers beschikbaar waarover de lokale apotheek kan adviseren. De apotheek beschikt ook over startersetjes met anaal tampons, waarmee de patiënt kan experimenteren. Aanpassing van de voeding, eventueel in samenspraak met een diëtiste, kan ook bijdragen.[2]
- Als sprake is van verminderde opslagcapaciteit, bijvoorbeeld na bestraling of operatie, dan is een dieet met weinig vezels aan te raden. Loperamide, eventueel gecombineerd met periodiek laxeren, is ook hierbij een effectieve ondersteunende therapie.[2]
- Bij vermoeden van postcholecystectomiediarree is een proefbehandeling met colestyramine aangewezen (4 maal daags 4 gram, eventueel ophogen naar 24 gram per dag).[10]
- FI door overloopdiarree bij fecale impactie: naast orale laxantia zijn ook klysma's en/of bisacodyl-zetpillen nodig, waarna onderhoudstherapie noodzakelijk is om recidief te voorkomen. Niet zelden zal periodieke controle met een rectaal toucher en rectale therapie nodig zijn, bijvoorbeeld tweemaal per week een (fosfaat)klysma.[8,14]
- *Stap 2*: indien de conditie (verpleeg- en verzorgingshuispatiënt) en het leervermogen (dementiesyndroom) het toelaten is bekkenbodemtherapie voor de meeste vormen van FI de aangewezen behandeling. Het effect van deze behandeling is slecht tot matig onderzocht, maar ze is goedkoop en universeel beschikbaar, en kent geen potentieel ernstige bijwerkingen.[1,15,16] Uitzonderingen zijn therapieresistente proctitis of een uitbehandelde maligniteit, waarbij bekkenbodemtherapie niet zinnig is.
- *Stap 3a*: een gespecialiseerd verpleegkundige kan de patiënt rectale irrigatie met lauwwarm kraanwater via een ballonkatheter aanleren, waarna de patiënt deze zelf thuis enkele malen per week kan toepassen. Een leeg colon zorgt voor fecale continentie.[14] Doorgaans zet u deze behandeling pas in na specialistische consultatie.
- *Stap 3b*: verwijzing naar een maag-darm-leverarts. Behalve een coloscopie om maligniteiten, inflammatoire darmziekte of functieverstorende poliepen (rectum) op te sporen, kan de MDL-arts overgaan tot anorectale functietests: anorectale manometrie, anale echografie, defecogram, emg en MRI. Bij gebleken traumatische sfincterinsufficiëntie is soms chirurgische interventie te overwegen (sfincterplastiek, of zelfs colostoma), waartoe de MDL-arts zal overleggen met een proctologisch chirurg.[10]
- Bij relatief jonge vrouwen met een obstetrisch trauma moet u een operatieve correctie overwegen (diverse vormen van sfincterplastiek, injecteerbare en implanteerbare hulpmiddelen), ofschoon de langetermijnresultaten daarvan tegenvallen.[10] Bekkenbodemtherapie en loperamide zijn bij deze groep zeker nuttig.[2]
- Veel systemische en neurologische aandoeningen kunnen FI veroorzaken door een perifere (autonome) neuropathie, zoals diabetes mellitus, de ziekte van Parkinson, multipele sclerose of CVA. Bij deze patiënten is sinds een aantal jaren sacrale zenuwstimulatie (SZS) een mogelijk nuttige aanvullende therapie. Met behulp van tijdelijke, en later permanente implanteerbare elektroden wordt op niveau S3 stimulatie van de autonome plexus toegepast. Een recente Cochrane-review is gematigd positief over het effect van SZS bij FI.[17] Veelbelovend, want minder belastend, maar tot op heden onvoldoende bewezen is het alternatief van percutane tibiale zenuwstimulatie.[3]
- In zeldzame gevallen is een colostoma een ultieme oplossing voor refractaire FI.[10]

CONCLUSIE

FI is een belastende aandoening die schaamte oproept en een zeer diverse etiologie kent. Huisartsen zien waarschijnlijk slechts het topje van de ijsberg.

Het is belangrijk de behandeling regelmatig te evalueren en bij te stellen

Het niveau van bewijs voor veel beleidsbeslissingen op gebied van diagnostiek en therapie bij FI ontstijgt zelden de mening van deskundigen, zeker waar het de huisartsgeneeskunde betreft. Naast algemene adviezen kunnen medicamenteuze, niet-invasieve en invasieve behandelingen gericht op specifieke etiologische factoren helpen om de klachten en de kwaliteit van leven bij FI te verbeteren.

Aanvullende diagnostiek zoals een coloscopie of een CT-scan van het abdomen kunt u zelf of in overleg met de MDL-arts laten verrichten, al naar gelang de conditie van de patiënt.

Wij bevelen een stapsgewijze aanpak aan, waarbij in de huisartsenpraktijk na het achterhalen en wegnemen van behandelbare oorzaken plaats is voor loperamide, psylliumvezels en bekkenbodemtherapie. Frequente evaluatie en bijstelling van de behandeling is nodig. Wij bevelen verwijzing naar de MDL-arts aan bij aanhoudende symptomen, indien de vitaliteit van de patiënt dit toelaat. ■

LITERATUUR

1 Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. Lancet 2004;264:621-32.
2 Bharucha AE, Dunivan G, Goode PD, Lucacz ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute for Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDKD). Am J Gastroenterol 2015;110:127-36.
3 Wald A. Update on the management of fecal incontinence for the gastroenterologist. Gastroenterol Hepatol 2016;12:155-64.

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

Simone Vuik-Verheij, Patrick Bindels, Arianne Verhagen

Is ouderenmishandeling onderdeel van uw differentiële diagnose?

INLEIDING

Maatschappelijk gezien is er veel aandacht voor de aanpak van huiselijk geweld. Kindermishandeling is geregeld in het nieuws, maar de afgelopen jaren komt ook ouderenmishandeling steeds vaker ter sprake. In het geval van ouderenmishandeling ondervindt een oudere die in een afhankelijke positie verkeert schade door toedoen van een persoon in de relationele sfeer. Willekeurig of crimineel gedrag (bijvoorbeeld straatroof of een overval in huis) tegen ouderen valt buiten de definitie. Men maakt onderscheid tussen opzettelijke mishandeling en ontspoorde mantelzorg.[1,2] Bij opzettelijke mishandeling weten plegers goed wat ze doen. Zij handelen om er financieel beter van te worden, uit desinteresse of uit wraak. Bij ontspoorde zorg weten plegers zich vaak geen raad meer met de situatie waarin ze zich bevinden en spelen overbelasting en machteloosheid een grote rol.[2]

Mishandeling heeft een grote, directe impact, maar slachtoffers van ouderenmishandeling hebben ook een twee tot drie keer groter overlijdensrisico dan op basis van chronische ziekten mag worden verwacht.[3] De kans op opname op de spoedeisende hulp, hospitalisatie of opname in een verpleegtehuis neemt in vergelijkbare mate toe.[4-7] Ten slotte kampen deze slachtoffers vaker met negatieve gevoelens en emoties,[6] naast gezondheidsproblemen als buikpijn, urge-incontinentie, en slaap- en eetproblemen.[1]

Helaas ontbreekt het vooralsnog aan representatieve incidentie- en/of prevalentiecijfers van ouderenmishandeling in Nederland. Uit gegevens van de World Health Organization (WHO) blijkt ongeveer één op de zes (het nieuwste cijfer na herziening van de factsheet uit 2014 in juni 2017) ouderen iedere maand slachtoffer te zijn van een vorm van ouderenmishandeling.[8] Huisartsen moeten dus met regelmaat een oudere patiënt zien bij wie sprake is van een vorm van mishandeling. Met het toenemend aantal ouderen in de huisartsenpraktijk zal deze kans alleen maar groter worden. Bewustwording van het voorkomen en het opvangen van signalen van ouderenmishandeling zijn van groot belang om deze kwetsbare groep hulp te kunnen bieden – net als het vroegtijdig herkennen

Casus A

Een 72-jarige man komt de afgelopen twee jaar af en toe bij zijn huisarts vanwege depressieve klachten. De huisarts weet niet dat de woningbouwvereniging inmiddels bij deze patiënt betrokken is geraakt vanwege een huurachterstand. Medewerkers maken zich zorgen omtrent de zelfzorg (onder andere met betrekking tot de financiën). Een inwonende kleinzoon en zijn vriendin houden de bemoeienis van de woningbouwvereniging af. Zij blijken niet ingeschreven te staan op het adres van hun opa. Nadat een deurwaarder vanwege andere schulden bij de woningbouwvereniging is langs geweest, doen medewerkers een melding bij Veilig Thuis (VT). Er volgen gesprekken met de patiënt, een vriend en een wijkagent. Naar blijkt heeft de kleinzoon aanvankelijk wel voor zijn opa gezorgd, maar doet hij dat nu niet meer. Hij blijkt grote bedragen geld van zijn opa's rekening over te boeken naar zijn eigen rekening. Ook heeft hij herhaaldelijk de handtekening van zijn opa vervalst en een nieuwe pinpas onderschept. De patiënt wil het liefst dat zijn kleinkinderen uit huis gaan zonder verdere politiebemoeienis of aangifte. VT neemt ook contact op met de huisarts voor overleg. Na bemiddeling van VT vertrekken de kleinkinderen 'vrijwillig' en komt er een regeling rond de financiële bewindvoering en begeleiding/verzorging aan huis. VT verzoekt de huisarts om onderzoek te doen naar de geestesgesteldheid van de patiënt.

Samenvatting

Vuik-Verheij S, Bindels PJE, Verhagen AP. Is ouderenmishandeling onderdeel van uw differentiële diagnose? Huisarts Wet 2017;60(12):655-9.

Elke huisarts ziet, al dan niet bewust, slachtoffers van ouderenmishandeling. Ouderenmishandeling is een complex probleem, dat vaak moeilijk te herkennen is. Herkennen is van groot belang omdat mishandeling grote gevolgen voor het slachtoffer heeft. Er zijn vijf verschillende vormen van oudermishandeling: psychisch geweld, financiële uitbuiting, fysieke mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik. Signalen van ouderenmishandeling kunnen lijken op aanwijzingen voor somatische of psychische aandoeningen. In dit artikel beschrijven we signalen die u alert kunnen maken en die u kunt gebruiken in uw overweging om ouderenmishandeling in de differentiële diagnose op te nemen. Bij een vermoeden van ouderenmishandeling dient u de verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te volgen en kunt u advies vragen en/of een melding doen bij Veilig Thuis. Deze organisatie kan in overleg met u de regie overnemen, de situatie inventariseren en, samen met u, een multidisciplinair plan opstellen.

De kern

- Er zijn vijf verschillende vormen van ouderenmishandeling: psychisch geweld, financiële uitbuiting, fysieke mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.
- Kennis over signalen en risicofactoren van ouderenmishandeling helpt bij het herkennen ervan.
- Volg bij een vermoeden van ouderenmishandeling in de huiselijke sfeer de meldcode huiselijk geweld. Doe zo nodig een melding bij Veilig Thuis.
- Wanneer u vermoedt dat er sprake is van ouderenmishandeling binnen een zorginstelling, dan volgt u de Leidraad Veilige Zorgrelatie. Hierbij geldt een meldplicht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Ouderenmishandeling behoeft een multidisciplinaire aanpak, waarbij Veilig Thuis de regie kan nemen, in samenwerking met u als huisarts.

Afdeling huisartsgeneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam: S. Vuik-Verheij, huisarts in opleiding; prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. A.P. Verhagen, klinisch epidemioloog • Correspondentie: simoneverheij@outlook.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus B
Een 78-jarige vrouw wordt in vijf maanden tijd drie keer opgenomen op de afdeling geriatrie van een ziekenhuis. De derde opname volgde nadat haar partner haar had afgezet bij de spoedeisende hulp en zelf was vertrokken. Haar partner is fulltime mantelzorger. Er volgt overleg met de huisarts. Deze uit daarbij zorgen over de medische problematiek die te complex is geworden voor de thuissituatie en eigenlijk ook voor de huisarts alleen. De voorgeschiedenis van de patiënte vermeldt uitgebreide, invaliderende somatische aandoeningen en forse cognitieve stoornissen met gedragsproblematiek. De laatste jaren gaat de patiënte zowel lichamelijk als cognitief verder achteruit. De afgelopen periode heeft de huisarts meermaals aangedrongen op overplaatsing naar een verpleeghuis vanwege inadequate (mantel)zorg thuis. De partner weigerde echter telkens om mee te werken aan uitbreiding van de zorg voor de patiënte. In overleg met de huisarts is ten slotte in het ziekenhuis een gerechtelijke procedure gestart om de partner te kunnen omzeilen en de patiënte in een verpleeghuis te kunnen plaatsen. Nadat een voorlopige machtiging is afgegeven, is de patiënte op een psychogeriatrische afdeling geplaatst, waar zij de zorg ontvangt die bij haar multipele problematiek noodzakelijk is.

en registreren ervan in de huisartsenpraktijk. Dit artikel wil handvatten bieden voor het herkennen en melden van ouderenmishandeling. Daarnaast willen wij inzicht geven in wat u na een melding kunt verwachten.

BESCHOUWING

In casus A is sprake van opzettelijke mishandeling door de kleinzoon. De huisarts zag deze patiënt wel vanwege chronische depressieve klachten, maar dacht zelf niet aan ouderenmishandeling als mogelijke oorzaak. In casus B is sprake van overbelasting van de echtgenoot, wat tot ontspoorde mantelzorg heeft geleid. De huisarts signaleerde de problemen (al zag hij deze niet als ouderenmishandeling), maar kon niets bereiken bij de partner. Wellicht ook voor u een herkenbare situatie. De casussen illustreren hoe moeilijk het is om ouderenmishandeling te herkennen.

Vormen van ouderenmishandeling

Ouderenmishandeling is een complex probleem, dat vijf vormen omvat: fysieke mishandeling, psychische mishandeling, financiële uitbuiting, verwaarlozing en seksueel misbruik. De verschillende vormen van mishandeling kunnen naast elkaar voorkomen. Het meest zien we de combinatie van psychisch geweld met financieel misbruik en fysiek geweld. Verwaarlozing en seksueel misbruik worden het minst geregistreerd.[1]

Onder fysieke mishandeling vallen alle vormen van geweld die lichamelijk letsel veroorzaken. Psychische mishandeling is het herhaaldelijk uitschelden, kleineren, beledigen of structureel negeren en uitsluiten van de oudere. Ook schending van privacy en bewegingsvrijheid vallen hieronder. Bij financiële uitbuiting, zoals in casus A, is sprake van diefstal of onbevoegd gebruik van pinpas/creditcard, veranderen van het testament, ongewenste bemoeienis met geldzaken en verduisteren van geld of goederen. Verwaarlozing kan zowel fysiek zijn in de zin van onthouden van voeding, lichamelijke verzorging of medische zorg, als psychisch in de zin van geen aandacht geven aan de oudere (zie casus B). Bij seksueel misbruik vinden ongewenste seksuele handelingen met of in het bijzijn van de oudere plaats.[1,2]

Het voorkomen van oudermishandeling

Ouderenmishandeling is vaak moeilijk te herkennen, mede omdat het geleidelijk ontstaat. Daarbij komt dat ouderenmishandeling een brede definitie kent, waaronder heel lichte tot heel zware vormen van mishandeling vallen. Onder ouderenmishandeling verstaan we in Nederland: 'Het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid'.[1,2] De definitie is gebaseerd op die van de WHO. In de praktijk blijft het echter moeilijk te bepalen of er sprake is van ouderenmishandeling en of er een grens is overschreden.

Movisie (het landelijke kennisinstituut voor de aanpak van sociale vraagstukken) verzamelt jaarlijks in samenwerking met het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling meldingen van situaties waarbij ouderen slachtoffer zijn van mishandeling in de huiselijke kring. Jaarlijks stijgt het aantal meldingen; in 2010, 2012 en 2014 zijn respectievelijk 855, 1027 en 2360 meldingen en adviesvragen geregistreerd. Ruim de helft van de meldingen is afkomstig van professionals.[9]

Een standaardoplossing voor ouderenmishandeling is er niet

Het aantal geregistreerde gevallen van ouderenmishandeling lijkt een onderschatting van het daadwerkelijke voorkomen.[1] De overheid is onlangs een epidemiologisch onderzoek gestart. Daarnaast zijn er de afgelopen jaren diverse campagnes geweest, onder andere op televisie, en zijn wettelijke maatregelen getroffen om ouderenmishandeling meer onder de aandacht te brengen.[10,11] Het bewustzijn van ouderenmishandeling onder professionals, maar ook onder ouderen zelf, is langzaam aan het toenemen. Mogelijk is dit een verklaring voor de stijging van het aantal meldingen.

Herkennen van signalen en gevolgen

Algemene signalen van ouderenmishandeling zijn een uitgestelde hulpvraag, een angstige oudere, een oudere met gelijktijdig verse en oudere verwondingen, een symmetrische verdeling van verwondingen en een oudere die in de buurt wil blijven van vertrouwde personen.[1] Met uitzondering van de signalen die op lichamelijke mishandeling wijzen zijn er helaas geen signalen bekend die zeer verdacht zijn voor andere vormen van ouderenmishandeling. Wel heeft onderzoek aangetoond dat fysiek mishandelde ouderen vaker hemato-

men > 5 cm hebben en dat deze vaker gelokaliseerd zijn in het gezicht, het laterale aspect van de rechter arm en de rug- en bilregio, vergeleken met niet-mishandelde ouderen.[12] Tevens is bekend dat aangezichts- en kaakverwondingen op ouderenmishandeling kunnen wijzen, zeker als de patiënt langer dan één dag na het ontstaan van de verwonding bij de arts komt. Vuistslagen of slaan met huishoudelijke voorwerpen zijn de meest voorkomende verwondingsmechanismen.[7] Aan de andere kant kunnen de signalen van ouderenmishandeling erg lijken op aanwijzingen voor een somatische of psychische ziekte of kunnen ze passen bij normale fysiologische verouderingsprocessen.[7,13] Denk bijvoorbeeld aan angst en apathie. [**Tabel 1**] bevat een overzicht van signalen uitgesplitst per vorm van mishandeling. De beschreven signalen moeten u alert maken en zijn niet bedoeld als diagnosticum.

Verschillende factoren kunnen het risico op ouderenmishandeling vergroten. Vaak gaat het om een combinatie van intrapersoonlijke, interpersoonlijke en omgevingsfactoren.[1] Bij de oudere zelf kan het bijvoorbeeld gaan om toenemende afhankelijkheid van zorg, een gedeelde leefomgeving buiten een eventuele partner om (meestal oudere kinderen), eenzaamheid en/of sociaal isolement. Over het algemeen lopen vrouwen en ouderen met een lager inkomen een groter risico slachtoffer te worden van ouderenmishandeling. Behoudens dementie zijn er geen andere aandoeningen waarbij een groter risico op ouderenmishandeling is aangetoond. Vooral functionele beperkingen en een afname van lichamelijke gezondheid vergroten het risico. Bij ouderenmishandeling kunnen allerlei plegers betrokken zijn. Een klein sociaal steunsysteem, werkloosheid, financiële problemen en stress zouden de kans vergroten. Wederzijdse afhankelijkheid speelt eveneens een rol, waarbij de pleger zich overbelast voelt.[1,2,6,14]

In zowel casus A als B waren de huisartsen zich er niet bewust van dat er sprake was van ouderenmishandeling. De genoemde signalen en risicofactoren kunnen de huisarts helpen bij het herkennen van ouderenmishandeling (*casefinding*). Screening op oudermishandeling in de huisartsenpraktijk lijkt vooralsnog niet haalbaar. De signalen en risicofactoren zijn daarvoor te weinig specifiek en de definitie van ouderenmishandeling te breed.

De verplichte meldcode en Veilig Thuis

Wanneer u ouderenmishandeling in de differentiële diagnose hebt opgenomen, moet u vijf stappen uit de verplichte meldcode doorlopen.[2,10] Daarbij is de volgorde niet dwingend en ook is het mogelijk de stappen te herhalen. Tijdens het volgen van het stappenplan is het bij elke stap mogelijk (anoniem) te overleggen met het Steunpunt Huiselijk Geweld, tegenwoordig VT genoemd.

Tabel 2 **Samenvatting stappenplan verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling**

Stappen	Actiepunt
1	Breng de situatie in kaart: bevindingen, netwerk, betrokken hulpverleners.
2	Overleg met derden (bijvoorbeeld collega-huisarts, betrokken paramedici uit de nulde lijn, de specialist ouderengeneeskunde).
3	Spreek met de betrokkene(n): open, eerlijk en zonder te oordelen. Neem de tijd en denk aan de veiligheid van betrokkene(n).
4	Overweeg de mogelijkheid van huiselijk geweld.
5	Bedenk of u zelf hulp wilt organiseren of melding wilt doen bij Veilig Thuis.

Veilig Thuis kan in overleg de regie overnemen, de situatie inventariseren en een multidisciplinair plan opstellen

[**Tabel 2**] bevat een samenvatting van de vijf stappen. Wij hopen dat dit artikel u ondersteuning heeft geboden bij stap 1. Wij veronderstellen dat de meldcode reeds bij de lezers van dit blad bekend is vanuit de aanpak van kindermishandeling. Daarom richten wij ons in deze paragraaf vooral op stap 5 uit de meldcode. Bij deze laatste stap beslist u wat u gaat doen: zelf hulp organiseren of een melding doen bij VT (of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in geval van mishandeling door een zorgprofessional). Bedenk goed wat uw grenzen zijn wanneer u zelf hulp organiseert en blijf te allen tijde betrokken bij de oudere om de situatie te vervolgen.

Na een eerste contact met VT vindt triage plaats. Het contact kan in een adviesstadium blijven of uitmonden in een melding. Na een melding maakt VT een netwerkanalyse. Hiervoor is het wenselijk dat u als huisarts de melding ken-

Tabel 1 **Signalen die kunnen wijzen op het bestaan van ouderenmishandeling[6]**

Vorm van ouderenmishandeling	Signalen
Psychisch geweld	Dreigementen, beledigingen, bevelen en/of intimidatie in uw bijzijn, uitgestelde hulpvraag vanuit de oudere, sociaal isoleren, stemmings- en angstklachten
Fysiek geweld	Hematomen, schrammen, brandwonden, laceraties, snij- of steekwonden, zwellingen, fracturen, pijn, depressie, delier
Financiële uitbuiting	Gewijzigd uitgavenpatroon, lege koelkast, onvermogen medische zorg, huur of voedsel te betalen, achteruitgang in voorheen goed gecontroleerde chronische ziekte, depressie, angst, ontslaan van voorheen gewaardeerde hulp
Verwaarlozing	Decubitus, ondervoeding, dehydratie, slechte hygiëne, delier, inadequate medicatie-inname, ontbreken van liefde, aandacht en ondersteuning
Seksueel misbruik	Recidiverende urineweginfecties, verwondingen in het anogenitale gebied, verwondingen abdomen, nieuw verkregen seksueel overdraagbare aandoeningen (vooral wanneer verkregen in zorginstelling)

Foto: Shutterstock

Vroege signalering en een multidisciplinaire aanpak zijn bij ouderenmishandeling van groot belang.

baar maakt bij de oudere en indien mogelijk de vermoedelijke pleger. Hierna volgt een risicoschatting. In een crisissituatie kan met spoed actie volgen, zoals aangifte bij de politie, een verzoek tot tijdelijk huisverbod of het inzetten van spoedzorg (variërend van thuiszorg tot crisisopname) wanneer er sprake is van ontspoorde mantelzorg. In sommige gevallen, zoals bij casus A, kan een rechterlijke machtiging noodzakelijk zijn. Na een melding neemt VT in principe de regie/coördinatie op zich. In onderling overleg kunt u ervoor kiezen de regie zelf in handen te houden. Hoe dan ook blijft u betrokken bij de casus.

Bij ouderenmishandeling zijn er minder wettelijke mogelijkheden dan bij kindermishandeling

Naast u als huisarts is er een uitgebreid netwerk (variërend van nulde tot tweede lijn) dat betrokken is of betrokken kan worden bij de aanpak van ouderenmishandeling. Het gaat dan onder andere om de familie, de gemeente (Wet maatschappelijke ondersteuning), sociale wijkteams, de ouderenadviseur, de POH-ouderen, de burgemeester bij onveilige situaties en/of de politie.

Casus A illustreert de effectiviteit van samenwerking van maatschappelijke partijen op meerdere niveaus: uiteindelijk zijn de woningbouwvereniging, de deurwaarder, Veilig Thuis en de huisarts bij de interventie ingezet. In casus B wordt duidelijk dat je het als huisarts niet altijd alleen af kan. Wellicht had de huisarts eerder hulp in kunnen roepen om een multidisciplinair plan van aanpak te maken en tot de partner door te dringen. Dan had een mildere oplossing als vrijwillige opname misschien tot de mogelijkheden behoord, in plaats van opname via een voorlopige machtiging.

Er is zeker geen standaardoplossing voor ouderenmishandeling. Wanneer het gaat om ouderen zijn er minder wettelijke mogelijkheden dan bij kindermishandeling het geval is. Daarnaast is er het vrijwillige kader waarin de oudere en de pleger zich bevinden. Schaamte bij de oudere of de wens om de pleger te beschermen kunnen een belangrijke rol spelen. Daarbij verkeren ouderen vaak in een afhankelijke positie, waardoor ze bang kunnen zijn voor de gevolgen wanneer zij hun mond opendoen. Ouderen zien het zelf ook pas als mishandeling als er duidelijk zichtbare schade is en de pleger bewust heeft gehandeld. Dit alles zorgt ervoor dat het niet altijd eenvoudig is om een oplossing te vinden. Soms is er zelfs geen oplossing mogelijk als de oudere en/of de pleger niet wil dat de situatie verandert (en er onvoldoende grond is voor een rechterlijke machtiging), waardoor een schrijnende situatie kan blijven voortbestaan.

Kortom, de aanpak van ouderenmishandeling vraagt om een gezamenlijke inzet van betrokken personen en instanties in de breedste zin van het woord. Het blijft maatwerk. Afhankelijk van de specifieke casus en de mogelijkheden in de wijk en/of huisartsenpraktijk kan de interventie variëren. Het gaat erom dat we ons ervan bewust zijn dat het kan gebeuren en dat we er naar handelen als het gebeurt.

CONCLUSIE

Helaas is er nog weinig wetenschappelijke onderbouwing van de epidemiologie en het beleid bij ouderenmishandeling in Nederland. De beschreven signalen in dit artikel zijn vooral bedoeld om u alert te maken en om te gebruiken wanneer u overweegt om ouderenmishandeling in de differentiële diagnose op te nemen. Vanwege de verschillende vormen die ouderenmishandeling kan aannemen, vaak ook in combinatie, is er geen standaardoplossing. (Vroege) signalering is van groot belang, evenals een multidisciplinaire aanpak. Ook voor een wetenschappelijke onderbouwing van de aanpak van ouderenmishandeling is het van groot belang dat huisartsen het herkennen en melden. Wij hopen dat u zich door dit artikel meer bewust bent geworden van de mogelijkheid dat er sprake is van ouderenmishandeling, zodat de zorg en registratie in de toekomst zullen verbeteren. ■

Wij danken Peter Kooreman, medewerker van Veilig Thuis, voor het gesprek over ouderenmishandeling en het aanleveren van een geanonimiseerde casus. Ook danken wij dr. F.U.S. Mattace Raso, sectorhoofd geriatrie van het Erasmus MC, voor het aanleveren van een geanonimiseerde casus.

LITERATUUR

1 Plaisier I, De Klerk M (redactie). Ouderenmishandeling in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2015.
2 Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling. Factsheet I: Algemene informatie. Utrecht: Movisie, 2016.
3 Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. JAMA 1998;280:428-32.

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

Ferdinand Schreuder

Individualisering

In de afgelopen vijftien jaar zijn er 80% meer huisartsen in Nederland gekomen, 50% meer specialisten, 2250 fte praktijkondersteuners, huisartsenposten met chauffeurs en triagisten. Huisartsen zijn 20% meer in deeltijd gaan werken. De bevolking is 15% gegroeid, maar niet ongezonder geworden: we leven zelfs drie jaar langer dan vijftien jaar geleden. Dus het blijft verbazen dat we het steeds maar zo druk blijven houden. Mogelijk zit daar een psychologische kant aan bij de dokters, misschien zijn de verwachtingen van patiënten hoger. Bureaucratisering en uitbreiding van kennis spelen zeker een rol, maar waar ik hier op wil wijzen is de almaar toenemende individualisering. We spreken elkaar steeds weer op eigen verantwoordelijkheid aan en geven ons beleid vorm naar het beeld van de zelfredzame burger. Ondertussen kalft het vertrouwen in de staat als hoeder van ons belang steeds verder af. Preventie van ziekte en het oplossen van problemen is niet meer iets collectiefs maar iets individueels geworden. Iets wat in de spreekkamer bij een hulpverlener bereikt moet worden. Het idiote dweilen met de kraan open van onze stoppen-met-roken-programma's is daar maar een voorbeeld van.
De miljarden euro's en vele manuren die aan CVRM besteed worden zouden collectief ingezet waarschijnlijk veel meer zoden aan de dijk zetten. Obesitas bleek in een Frans dorp door collectieve aanpak goed terug te dringen, maar wij hebben het druk met dikke-kinderen-programma's en maagverkleiningsoperaties. Levensproblemen, die vroeger in familie of de peer-group werden opgelost of verzacht komen nu voor het bureau van hulpverleners. Toename van eenzaamheid is een enorm vliegwiel voor het hele zorgcircus.
Wij dokters gaan die individualisering niet oplossen: dat is meer iets voor het collectief! ■

Wilma van Hoek-Ottenkamp

KLINISCHE LES

Koolhydraatarme voeding bij diabetes mellitus type 2

INLEIDING

Koolhydraatbeperking als therapie voor diabetes mellitus type 2 (DM2) kent een bewogen geschiedenis. Voor de komst van insuline en orale medicatie was koolhydraatbeperking de enige therapie. Beperken van koolhydraten in de voeding heeft een positieve invloed op de hoogte van de postprandiale glucosespiegel.[1-3] Koolhydraatbeperking kan men in verschillende mate en op uiteenlopende manieren toepassen. Een koolhydraatarm (KH-arm) dieet bevat zeer weinig koolhydraten (50 gr/dag) en is de meest strenge vorm. Door de aandacht in de media voor KH-arme voeding stellen patiënten met DM2 op het spreekuur geregeld vragen over deze manier van afvallen en/of behandeling van DM2. Het is daarom van belang dat huisartsen op de hoogte zijn van de bewijskracht, de voor- en nadelen en de risico's van KH-arme voeding.

In deze klinische les bespreek ik de invloed van een KH-arm dieet op het gewicht en de glykemische instelling van patiënten met DM2 aan de hand van een casus.

PATHOFYSIOLOGIE

Mensen met DM2 consumeren gemiddeld 45 energieprocent (en%) uit koolhydraten.[4] Bij een *KH-beperkt dieet* bestaat minder dan 40 en% uit KH. In de literatuur vinden we diëten met verschillende percentages KH-beperking. Feinman et al. hebben een indeling van de verschillende KH-beperkte diëten gemaakt [**tabel 1**].[5] Bij een *KH-arm dieet* wordt het lichaam ketogeen: na aanspreken van de eigen glycogeenvoorraad schakelt het lichaam over op gluconeogenese.[6] Ketogenese is een normaal, onschadelijk fysiologisch proces. Wanneer in KH-arme voeding voldoende eiwit en vet zitten, wordt spierafbraak voorkomen.[7] Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat een patiënt met DM2 met een KH-arm dieet effectief kan afvallen.[8-10] Dit gewichtsverlies wordt door verschillende mechanismen veroorzaakt. Eiwitten en vetten geven een hogere

Casus

Een 68-jarige Nederlandse vrouw heeft sinds 1994 DM2. Toen waren haar gewicht 132 kg en lengte 165 cm (BMI 48,5 kg/m²). Sinds 2006 gebruikt zij insuline. Ondanks intensieve begeleiding lukt het haar niet om af te vallen. In februari 2015 volgt zij onder begeleiding van de diëtiste gedurende twee weken een KH-arm dieet (50 gr KH/dag). Zij vervangt brood, zetmeel, pasta en rijst door zuivel, eiwit en groente. De patiënte gebruikt op dat moment 88 eenheden (EH) langwerkend insuline en 54 EH snelwerkend insuline, en heeft een HbA1c van 67 mmol/mol bij een gewicht van 129 kg (BMI 47,4 kg/m²), een systolische bloeddruk van 160 mmHg en een LDL-cholesterol van 2,5 mmol/l. Gedurende het KH-arme dieet wordt de langwerkende insuline gehalveerd (44 EH) en heeft zij geen kortwerkend insuline nodig. Na 13 dagen dieet is zij 7,1 kg afgevallen (gewicht 122 kg, BMI 45 kg/m²). Ze heeft als bijwerking hoofdpijn gerapporteerd. Ze blijft KH-beperkt eten (90-100 gr KH/dag). Begin mei start ze opnieuw met een periode KH-arm dieet. Na deze tweede periode is haar gewicht 115 kg (BMI 42,2 kg/m²). De systolische bloeddruk is gedaald naar 124 mmHg, het HbA1C is gelijk gebleven (70 mmol/mol). Tijdens deze periode had zij last van buikpijn en obstipatie, die verdwenen na ophogen van KH.

Ruim anderhalf jaar na de start van de eerste periode met een KH-arm dieet gebruikt de patiënte nog 34% minder insuline: 66 EH langwerkend insuline en 28 EH kortwerkende insuline. Tevens heeft ze aanhoudend 7% gewichtsverlies bereikt (120 versus 129 kg, BMI 44,1 versus 47,4 kg/m²). De systolische bloeddruk is met 6% gedaald (150 versus 160 mm Hg). Het HbA1c is gelijk gebleven (66 versus 67 mmol/mol), het LDL-cholesterol is met 28% gedaald (1,8 versus 2,5 mmol/l).

Samenvattend: de patiënte volgde tweemaal, gedurende twee weken, een KH-arm dieet, gevolgd door KH-beperkte voeding. Anderhalf jaar daarna is haar gewicht nog 7% onder het aanvangsgewicht, haar bloeddruk 6% lager, het HbA1c onveranderd, het LDL-cholesterol met 28% gedaald en haar insulinebehoefte met 34% afgenomen.

Samenvatting

Van Hoek-Ottenkamp WG. Koolhydraatarme voeding bij diabetes mellitus type 2. Huisarts Wet 2017;60(12):660-2.

Een patiënte, met langdurig diabetes mellitus type 2 en fors overgewicht, valt af met een koolhydraatarm dieet. Zij volgt tweemaal een periode een koolhydraatarm (KH-arm) dieet, afgewisseld met koolhydraatbeperkte (KH-beperkte) voeding. Een jaar na de laatste periode KH-arm dieet heeft zij een gewichtsreductie van 7% behouden, een gelijke glykemische instelling met 34% minder eenheden insuline, een lagere systolische bloeddruk en een lager LDL-cholesterol. Ook in de literatuur vinden we goede resultaten van een KH-arm dieet op gewicht, glykemische instelling, insulineresistentie en lipidenspectrum. Bij een KH-arm dieet wordt de eetlust minder, waardoor het makkelijker vol te houden is. Langdurig KH-arm eten geeft een risico op vitaminen- en vezeltekorten. Een afwisseling van een korte periode KH-arm dieet met KH-beperkte voeding lijkt het een goede manier om een gemotiveerde patiënt met diabetes mellitus type 2 te behandelen.

De kern

- Een koolhydraatarm (KH-arm) dieet bevat 20-50 gr koolhydraten per dag.
- Een KH-arm dieet leidt tot – fysiologische – ketogenese.
- Een KH-arm dieet leidt tot snel significant gewichtsverlies bij mensen met overgewicht en diabetes mellitus type 2 (DM2).
- Een KH-arm dieet kan de glykemische instelling verbeteren, de insulineresistentie verlagen en het lipidenspectrum verbeteren bij patiënten met DM2.
- Een KH-arm dieet gedurende korte periodes afwisselen met peridoden met KH-beperkte voeding lijkt goed vol te houden.
- Bij korte periodes KH-arm eten is er een geringe kans op tekorten en/of bijwerkingen.

Huisartsenpraktijk Het Anker, Maassluis: W.G. van Hoek-Ottenkamp, kaderhuisarts diabetes • Correspondentie: wilmavanhoek@versatel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Shutterstock

Mensen met overgewicht en diabetes type 2 vallen met een koolhydraatarm dieet significant af.

Tabel 1 **Indeling van koolhydraatbeperkte voeding**

Omschrijving	Hoeveelheid koolhydraten (1 gr KH is 4 kcal)[21]	
	gr/dag	en%
KH-arm (ketogeen)	20-50	≤ 10
Laag-KH	< 130	< 26
Gematigd-KH	130-230	26-45
Hoog-KH	> 230	> 45

verzadigingsgraad en de gevormde ketonen leiden tot een verminderde eetlust. Hierdoor zal de totale energie-inname dalen.[7,11,12] Er zijn daarnaast aanwijzingen dat KH-arme voeding de glykemische instelling en de insulineresistentie verbetert.[13,14] Hierdoor neemt het lichaamspercentage vet af.[7,15] Vooral in de eerste drie tot zes maanden van een KH-arm dieet is het gewichtsverlies significant meer dan in vergelijking met andere diëten.[7]

Een KH-arm dieet heeft ook een gunstig effect op het lipidenprofiel: de triglyceriden en het totaal cholesterol dalen, het HDL-cholesterol stijgt. Er zijn aanwijzingen dat een KH-arm dieet de partikelgrootte van het LDL-cholesterol vergroot, wat gunstig is voor het cardiovasculaire risico.[7]

Bij KH-arme voeding is er een risico op een tekort aan vitamine C en polyfenolen door een tekort aan fruit.[13] Een tekort aan vezels kan leiden tot obstipatie. Het hogere percentage eiwit blijkt geen schade te geven aan de nieren.[16] Het hogere vetpercentage leidt niet tot negatieve effecten op het plasmalipidenprofiel.[17]

BESCHOUWING

Veel onderzoek met KH-beperkte diëten bij DM2 is gedaan met een klein aantal patiënten en een korte follow-upperiode, zodat alleen conclusies voor de korte termijn mogelijk zijn. Daarnaast maakt men gebruik van verschillende percentages KH-beperkte diëten, waardoor het lastig is de onderzoeken te vergelijken en conclusies te trekken.

Bij een koolhydraatarm dieet dalen de triglyceriden en het totaal cholesterol, terwijl het HDL-cholesterol stijgt

Binnen een aantal systematische overzichten van onderzoeken met KH-beperkte diëten laten de onderzoeken met KH-arme voeding bij mensen met DM2 goede resultaten zien wat betreft gewichtsreductie, glykemische instelling, lipidenspectrum en insulineresistentie.[7,18,19] Ook zonder gewichtsverlies is er een gunstig effect op de glucoseregulatie en kan

KH-arme voeding leiden tot het verminderen of stoppen van orale medicatie en/of insuline.[5]

In de beschreven casus zien we een patiënte met DM2 die tweemaal een korte periode een KH-arm dieet volgt. Zij heeft een jaar later, naast een gewichtsverlies van 7%, een gelijke glykemische instelling met een daling van de insulinebehoefte van 34% en een daling van het LDL-cholesterol. We zien in deze casus geen verbetering van de glykemische instelling, mogelijk door te grote voorzichtigheid bij het ophogen van de insuline of de korte dieetperiodes.

Met afwisselend koolhydraatarm en koolhydraatbeperkt eten is het dieet voor patiënten goed vol te houden

In de literatuur varieert de duur van KH-arme diëten van enkele weken tot maximaal één jaar. Hoe langer de duur, hoe groter de kans dat patiënten het dieet niet naleven. Onderzoek toont aan dat langdurig significant gewichtsverlies (van 10%) mogelijk is – gedurende een jaar – bij afwisseling van een korte periode van een KH-arm dieet (gedurende twee weken) met normocalorisch mediterrane voeding. Dit betrof personen met overgewicht, geen patiënten met DM2.[20]

CONCLUSIE

Een KH-arm dieet kan onderdeel zijn van de behandeling van patiënten met DM2. Een KH-arm dieet geeft over het algemeen gewichtsverlies, een verhoogde insulinegevoeligheid en een betere glykemische instelling, en leidt veelal tot een verbetering van het cardiovasculaire risico.[4,5]

Wanneer een KH-arm dieet beperkt wordt tot een aantal weken en afgewisseld wordt met een KH-beperkt dieet – normocalorisch – lijkt dit goed vol te houden voor de patiënt en worden de mogelijke nadelige effecten van het dieet geminimaliseerd. Voordelen kunnen zijn dat de patiënt meer greep krijgt op zijn ziekte en positief gestimuleerd wordt om de betere leefstijl voort te zetten. ■

LITERATUUR

1 Jullens J (Ndf). NDF Voedingsrichtlijn diabetes 2015. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2015.
2 Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. Diabetes Care 2013;36:3821-42.
3 Augustin LSA, Kendall CWC, Jenkins DJA, Willett WC, Astrup A. Glycemic index, glycemic load and glycemic response: an international scientific consensus summit from the International Carbohydrate Quality Consortium (ICQC). Nutr Metab Cardiovasc Dis 2015;25:795-815.

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

Nico van Duijn

Longontsteking is verhalen vertellen

Longontsteking of bronchitis. Wat is beter: gelijk antibiotica of eerst aanzien of dat nodig is? Natuurlijk is er een enkeling die bij eerste contact al zo ziek is dat hij direct naar het ziekenhuis is gestuurd (0,4%). Het blijkt bij de rest dat je met direct antibiotica geven slechter af bent: 0,9% uiteindelijk opname of overlijden. Even aanzien, controleren en zo nodig later antibiotica of zelfs helemaal geen antibiotica is het beste: 0,4% uitkomst met narigheid.

Geneeskunde is eerst kiezen tussen vlot handelen of niet. Daarna weloverwogen het beloop aanzien als het beeld niet duidelijk is, wat vaak zo is. Het gaat om beslissen tussen alsnog wat doen of niets te doen. En actief controleren natuurlijk, met 'donderdag bellen hoe het gaat, ook als het goed gaat'. Of gewoon huisbezoek bij de zieke. De dokter heeft de regie, ook bij afwachten. Afwachten is actief handelen. Dokters die dit niet goed uitleggen krijgen het verwijt dat ze ten onrechte afwachtten waarna het toch nodig bleek wat te doen. Dit zeggen de mensen bij wie pas na een paar dagen antibiotica zijn voorgeschreven. De rest zegt niets, want de dokter had gelijk. En die paar mensen die alsnog naar het ziekenhuis zijn verwezen zeggen: "Zie je wel, die dokter bagatelliseerde het eerst, maar mijn ongerustheid bleek volledig terecht. Hij heeft het gemist." De overige 99,6% zegt niets. Want als het goed gaat mopper je niet. Legt de dokter het tevoren goed uit waarom hij iets doet of niet doet, dan is het altijd een goede dokter. Een goede dokter is dus niet een dokter die achteraf bezien goed gehandeld heeft, maar een dokter die tevoren goed uitlegt.

Geneeskunde is verhalen vertellen, tevoren betekenis geven. Kunde, het handelen zelf, is gewoon techniek wat iedereen kan leren. Goede verhalen vertellen is de kunst. ■

Bart Groen, Ellen Schoorel, Verena Lambermont, Jochen Cals

Beweging en voeding op recept bij sarcopenie

Samenvatting

Groen BB, Schoorel E, Lambermont VA, Cals JW. Beweging en voeding op recept: sarcopenie en de huisarts. Huisarts Wet 2017;60(12):663-5.

Sarcopenie door ziekte of immobilisatie kan optreden bij jong en oud, maar vanaf het 50e levensjaar is het ook een langzaam progressief fysiologisch proces. Dit verlies van spiermassa leidt uiteindelijk tot een verhoogd valrisico, frequente ziekenhuisopnames, geringere kwaliteit van leven, comorbiditeit en mortaliteit. Met de Zes-Minuten Looptest en de handknijpkrachtmeter beschikt de huisarts over twee relatief eenvoudige instrumenten om een dreigende sarcopenie bij oudere patiënten te signaleren. Voldoende eiwitinname, intensief bewegen en krachttraining zijn belangrijke maatregelen om onnodige achteruitgang tegen te gaan.

Mevrouw Brombacher

Mevrouw Brombacher is 78 jaar en woont in een verzorgingshuis. Ze was tot kortgeleden zelfredzaam. Haar medische voorgeschiedenis vermeldt atriumfibrilleren en lichte COPD. Na een val, waarbij zij haar linker bovenarm brak, gaat haar mobiliteit snel achteruit. Mevrouw is weinig gemotiveerd om te revalideren en zit voornamelijk in haar stoel. Zij laat haar huisarts weten dat ze geen behoefte heeft aan vreemde mensen om haar heen en ze weigert uitbreiding van de professionele zorg. Het valt de thuiszorg op dat haar voedselinname steeds minder wordt. Interventies met een diëtist geven niet het gewenste resultaat en in een periode van zes maanden daalt haar lichaamsgewicht van 55 naar 41 kg, bij een lengte van 1,61 m. Door de algehele verzwakking gaat haar sta- en loopfunctie snel verder achteruit en is er sprake van recidiverend vallen. Op een avond breekt mevrouw Brombacher haar rechter pols bij een val. Ze wordt opgenomen in het ziekenhuis voor behandeling van de fractuur en adequate pijnstilling, en omdat er uitdrogingsverschijnselen zijn. Uiteindelijk overlijdt zij tijdens de opname aan de gevolgen van laatstgenoemde. U vraagt zich af of u als huisarts deze negatieve spiraal had kunnen voorkomen door eerder in te grijpen.

Sarcopenie, verlies van spiermassa, heeft grote invloed op de vitaliteit en op het vermogen gezond oud te worden.[1] Sarcopenie treft vooral ouderen, maar komt ook voor bij jongeren die ziek of geïmmobiliseerd zijn. Voor huisartsen is sarcopenie een relatief nieuw en onderbelicht probleem. De LESA Ondervoeding (2010) adviseert huisartsen te letten op krachtverlies bij de patiënt, maar geeft geen concrete aanwijzingen voor diagnostiek en behandeling.[2] Of de morbiditeit en mortaliteit van sarcopenie afnemen door proactief beleid van de huisarts is niet bekend, maar wel kunnen lichamelijke, geestelijke en sociale problemen worden voorkomen.[3-9] In deze klinische les bespreken we daarom het belang van voeding en beweging bij patiënten met sarcopenie.

BESCHOUWING

Klinische verschijnselen en gevolgen

Sarcopenie kan optreden door ondervoeding, ziekte en inactiviteit, maar vanaf het 50e levensjaar is het spierverlies ook een fysiologisch proces, waardoor mannen en vrouwen per jaar 1 à 2% spiermassa verliezen.[10,11] Dat proces verloopt sneller tijdens perioden van ziekte en inactiviteit: het grootste verlies van spiermassa treedt – bij jong en oud – op tijdens de eerste dagen van zo'n periode.

Doordat de balans, de loopsnelheid en de stabiele stand minder worden, krijgt het functieverlies uiteindelijk merkbare gevolgen voor de ADL en de mobiliteit (loopsnelheid, opstaan uit een stoel, traplopen).[12] Patiënten vallen vaker en worden vaker opgenomen, de zorgkosten nemen toe en de kwaliteit van leven neemt af.[13] Metabole processen raken verstoord en het risico op stofwisselingsziekten zoals type 2-diabetes en osteoporose neemt toe, evenals de kans op toxische effecten van geneesmiddelen.[14,15] Sarcopenie is een onafhankelijke risicofactor op overlijden binnen vijf jaar.

Signalering en diagnostiek

Sarcopenie is een combinatie van veranderingen in lichaamssamenstelling, spierkracht en functioneren. In de tweede lijn en in onderzoeksverband kan men de lichaamssamenstelling bepalen met MRI of CT, en de spiermassa met bio-impedantiemetingen, 'dual-energy X-ray'-absorptiometrie (DEXA) of echografie van grote spiergroepen zoals de m. vastus lateralis.[10] Voor de eerste lijn is er geen gouden standaard; gewicht en BMI zijn onbruikbare criteria aangezien het gewicht vaak gelijk blijft als de spiermassa afneemt. Hoe kun je als huisarts een vermoeden van sarcopenie dan toch onderbouwen?

In 2010 is sarcopenie gedefinieerd als een geriatrisch syn-

De kern

- Langzaam verlies van spiermassa vanaf het 50e levensjaar is een fysiologisch proces, dat bij ziekte of immobiliteit plotseling kan verergeren en dan leidt tot sarcopenie.
- De diagnose 'sarcopenie' is voorbehouden aan de tweede lijn, maar de huisarts beschikt over voldoende middelen om een dreigende sarcopenie tijdig te signaleren en te bestrijden.
- De Zes-Minuten Looptest, de handknijpkrachtmeter en zo nodig de SARC-F vragenlijst zijn bruikbare eerstelijns instrumenten om een vermoeden van sarcopenie te onderbouwen.
- Behoud van spiermassa is mogelijk door dagelijks ten minste 1,2 g eiwit per kg lichaamsgewicht in te nemen, bij voorkeur in combinatie met intensieve fysieke activiteit.

Universiteit Maastricht, CAPHRI, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: B.B.L. Groen, E. Schoorel, V.A.C. Lambermont, allen huisarts in opleiding; dr. J.W.L. Cals, huisarts en universitair docent. • Correspondentie: B.Groen@student.maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 Criteria voor sarcopenie in de huisartsenpraktijk

Criterium		Test	Referentie
1	Lage spiermassa	handknijpkracht	< 37 kg (mannen) < 21 kg (vrouwen)
		echografie m. vastus lateralis (zelden in de eerste lijn verricht)	aanwezigheid van atrofie
2	Spierkracht	handknijpkracht	< 37 kg (mannen) < 21 kg (vrouwen)
		maximale uitademingsdruk (zelden in de eerste lijn verricht)	< 7,1 kPa (mannen) < 6 kPa (vrouwen)
3	Inspanningstolerantie	Zes-Minuten Looptest	< 82% van voorspeld*
		vijfmaal Sit-To-Stand Test[12]	> 13 sec (≤ 90 jaar) > 16 sec (> 90 jaar)
		Timed Up-And-Go Test[17]	> 13,5 sec

Er is sprake van sarcopenie als de patiënt voldoet aan criterium 1 en ook aan criterium 2 of criterium 3.[10]

* Voorspelde wandelafstand in meters = 218 + (5,14 × lengte [cm] − 5,32 × leeftijd [jaren]) − (1,80 × gewicht [kg]) + (51,31 × geslacht [1 = man, 0 = vrouw]).[16,30]

droom, met de volgende kenmerken: 1) lage spiermassa; 2) verminderde spierkracht; 3) lage inspanningstolerantie. Criterium 1 moet altijd van toepassing zijn, in combinatie criterium 2 óf criterium 3 [**tabel 1**].[10] Spierkracht kan worden geobjectiveerd aan de hand van bijvoorbeeld handknijpkracht of maximale uitademingsdruk, inspanningstolerantie met de Zes-Minuten Looptest, de Timed Up-And-Go Test of de Sit-To-Stand Test.

Het grootste spierverlies treedt op tijdens de eerste dagen van inactiviteit

De in [**tabel 1**] genoemde tests kunnen in de huisartsenpraktijk worden uitgevoerd door de huisarts, fysiotherapeut of praktijkondersteuner, zijn goedkoop en goede reproduceerbaar. Omdat het niet wenselijk is elke patiënt bij een vermoeden van lage spiermassa te verwijzen voor beeldvormend onderzoek, kan als beslisregel gelden dat nader onderzoek en eventueel behandeling nodig zijn bij een loopsnelheid lager dan 0,8 m/sec (< 288 m op de Zes-Minuten Looptest) of een lage handknijpkracht. Aangetoond is dat een lage handknijpkracht en plotselinge afname van de handknijpkracht met meer dan 5% binnen een jaar voorspellende waarde hebben voor sarcopenie, fysieke afhankelijkheid en mortaliteit bij ouderen.[18,19]

Huisartsen, fysiotherapeuten en praktijkondersteuners zouden de Zes-Minuten Looptest en de handknijpkrachtmeter tijdens het spreekuur bij ouderen vaker moeten gebruiken om kwetsbaarheid op het spoor te komen. Ze zouden ook de SARC-F kunnen gebruiken, een eenvoudige vragenlijst met vijf items [**online tabel 2**].[20,21] Een score ≥ 4 wijst op sarcopenie.

Voeding

Eiwitrijke voeding en intensief bewegen zijn de belangrijkste elementen ter bestrijding van sarcopenie.[3,11,22-24] Bij sarcopenie door gedwongen inactiviteit kan fysiotherapie worden ingezet; bij sarcopenie ten gevolge van ouderdom of in combinatie met chronische aandoeningen is het verstandig een diëtist in te schakelen. Voor het opbouwen van spierweefsel is het belangrijk dat iedere maaltijd voldoende eiwitten bevat en juist bij ouderen schiet de eiwitinname vaak tekort.[24] Om onnodig spierverlies te voorkomen moeten ouderen dagelijks ten minste 1,2 g eiwit per kg lichaamsgewicht consumeren, bij een gewicht van gemiddeld 60-65 kg is dat rond de 75 g per dag.[25] Dat staat gelijk aan 15 glazen halfvolle melk, anderhalve kilo groenten of drie biefstukken. Die hoeveelheden halen de meeste mensen gewoonlijk niet en zeker niet bij ziekte, wanneer de eiwitbehoefte juist groter is. Omdat gebleken is dat de eiwitinname bij ouderen bijna altijd tekortschiet,[26] mag de huisarts ouderen volgens ons altijd adviseren om de consumptie van eiwitrijke producten proberen te verdubbelen. Met name eiwitrijke producten in de ochtend en laat in de avond zijn een waardevolle aanvulling; denk aan peulvruchten, noten, vlees op het brood en dubbele porties zuivel. [**Online tabel 3**] geeft een overzicht van de eiwitgehaltes van gangbare voedingsmiddelen. Tevens bestaan er eenvoudige smartphone apps die de eiwitinname berekenen en waarschuwen wanneer deze ontoereikend blijkt.

De risico's van zware belasting op hogere leeftijd worden vaak overdreven

Bewegen

De NHG-Zorgmodule Leefstijl Bewegen adviseert ouderen vijf tot zeven dagen per week dagelijks dertig minuten matig intensief te bewegen om voldoende spiermassa te behouden.[27] Maar krachttraining is in principe effectiever, zeker wanneer men rond de training eiwitrijke voeding inneemt.[28] Korte, intensieve belasting geeft een sterkere anabole prikkel dan duurtraining: minimaal driemaal per week begeleid trainen resulteert in toename van spiermassa, neurologische

Eén van de belangrijkste maatregelen tegen sarcopenie is meer bewegen.

adaptatie en verbeterde coördinatie.[29] Vaak mijden ouderen al te zware inspanningen, uit angst voor de gezondheidsrisico's, maar men kan beter niet te terughoudend te zijn met de intensiteit van de trainingsbelasting. Het is ook nuttig de patiënt erop te wijzen dat traplopen, boodschappen tillen en tuinieren sterke prikkels zijn voor een (tijdelijke) verhoging van de eiwitsynthese in de spieren.

CONCLUSIE

Bij jong en oud kan acuut verlies van spiermassa optreden als direct gevolg van ziekte of immobilisatie. Het langzame, progressieve verlies van spiermassa na het 50e levensjaar is veel minder opvallend, maar heeft uiteindelijk een groot effect op kwaliteit van leven, comorbiditeit en mortaliteit. De huisarts is bij uitstek in de positie om sarcopenie bij ouderen vroegtijdig te signaleren en kan met de Zes-Minuten Looptest en de handknijpkrachtmeter het spierverlies relatief eenvoudig objectiveren en volgen in de tijd. De belangrijkste maatregelen tegen sarcopenie in de eerste lijn zijn gezonde, eiwitrijke voeding en fysieke inspanning. Weliswaar is nog niet aangetoond dat deze maatregelen direct effect hebben op de morbiditeit en mortaliteit, maar toch is het goed de patiënt aan te raden dagelijks minstens 1,2 g eiwit per kg lichaamsgewicht te consumeren. Voor veel patiënten betekent dat een verdubbeling van de dagelijkse eiwitinname. Matig tot intensief bewegen in combinatie met gerichte krachttraining en eiwitconsumptie verbetert de spiermassa, spierkracht, neurologische adaptatie en coördinatie.

In onze casus verzwakte mevrouw Brombacher door een keten van gebeurtenissen uiteindelijk zozeer dat zij overleed: immobilisatie leidde tot sarcopenie en doordat een adequaat oefen- en voedingsschema ontbrak, ontstond er irreversibele schade aan de sta- en loopfunctie met als gevolg recidiverend vallen en algehele achteruitgang. Als huisarts kunt u proberen die kettingreactie vóór te zijn door patiënten met een hoog risico op sarcopenie al in een vroeg stadium begeleiding aan te bieden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut en diëtist. Het is ook belangrijk dat de patiënt inzicht krijgt in het belang van voeding en beweging, met name op latere leeftijd. ■

Dagelijkse inname van 1,2 g eiwit per kg lichaamsgewicht betekent voor de meesten een verdubbeling

LITERATUUR

1 Zantinge EM, Van der Wilk EA, Van Wiersen S, Schoemaker CG. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2011.
2 Mensink PAJS, De Bont MAT, Remijnse-Meester TA, Kattemölle-van den Berg S, Liefaard AHB, Meijers JMM, et al. LESA Ondervoeding. Huisarts Wet 2010;53:S7-10.
3 Evans WJ, Campbell WW. Sarcopenia and age-related changes in body composition and functional capacity. J Nutr. 1993;123:465-8.

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

Pim Keurlings, Marjolein van de Pol

CATS

Finasteride bij vroege mannelijke kaalheid

Alopecia androgenetica komt bij 80% van de blanke mannen voor, maar vroeg kaal worden kan leiden tot psychische klachten en significante lijdensdruk. In die gevallen is finasteride (dosering 1 mg) het meestvoorgeschreven medicament. De auteurs doorzochten de literatuur om het effect van het middel na te gaan. Hun conclusie: finasteride heeft een positief effect, maar onafhankelijk langetermijnonderzoek naar het middel ontbreekt en finasteride heeft ook nadelen.

Behandeling met finasteride heeft effect na drie tot zes maanden en na staken van het middel verdwijnt het effect weer na negen tot twaalf maanden. Bovendien kan finasteride seksuele bijwerkingen hebben (met name erectiele disfunctie) en moet de patiënt het middel zelf betalen (218 tot 543 euro per jaar).[1,2] De NHG-Behandelrichtlijn Alopecia en de informatie op Thuisarts.nl kunnen houvast bieden bij de gezamenlijke besluitvorming met uw patiënt.[3]

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

In april 2017 zochten we in PubMed, Embase en de Cochrane Library met de zoektermen (alopecia; OR androgen(et)ic alopecia OR male pattern alopecia OR male pattern baldness) AND (finasteride OR propecia) AND (treatment outcome OR hair/growth and development OR efficac*). Dit leverde 233 artikelen op. Na screening op titel en abstract selecteerden we twee systematische literatuuronderzoeken[1,4] en een nadien gepubliceerde RCT.[5] De review van Gupta et al. namen we vanwege de lage kwaliteit (AMSTAR-score 2 uit 11) niet mee in deze CAT.[4]

Mella et al. analyseerden in 2010 twaalf RCT's met in totaal 3927 mannen (gemiddelde leeftijd 37 jaar).[1] Zij beoordeelden de effectiviteit van finasteride op drie verschillende manieren, waarbij elke methode werd onderverdeeld in effectiviteit op korte termijn (< 1 jaar) en lange termijn (> 1 jaar). Bij de eerste methode, met vragenlijsten, rapporteerden finasteridegebruikers vaker verbetering van hun hoofdhaar dan placebogebruikers, zowel op korte termijn (RR 1,81; 95%-BI 1,42 tot 2,32) als op lange termijn (RR 1,71; 95%-BI 1,15 tot 2,53). Bij de tweede methode telden de onderzoekers het aantal haren op een gearceerd gebied van de schedel. Finasteride veroorzaakte op korte termijn 9,42% meer haartoename dan placebo (95%-BI 7,9 tot 10,9), op lange termijn 24,3% (95%-BI 17,92 tot 30,60). Bij de derde methode beoordeelden dermatologen foto's van de schedel aan de hand van een gestandaardiseerde zevenpuntsschaal. Ook hier scoorde finasteride beter dan placebo op korte termijn (RR 5,09; 95%-BI 2,27 tot 11,40) en lange termijn (RR 10,11; 95%-BI 4,57 tot 22,35).

Gubelin Harcha et al. publiceerden in 2014 een RCT waarin 179 mannen (gemiddelde leeftijd 38 jaar) gedurende 24 weken 1 mg finasteride gebruikten en werden vergeleken met 181 placebogebruikers.[5] Finasteride was significant effectiever, zowel bij haartelling op een gearceerd schedelgebied van 2,54 cm doorsnede (finasteride +56,5 haren; placebo -4,9 haren; $p < 0{,}001$) als bij beoordeling van schedelfoto's door dermatologen (scoreverschil 0,56; $p < 0{,}001$).

GEBREK AAN GOED ONDERZOEK

De geïncludeerde RCT's in de review zijn van beperkte kwaliteit: negen van de twaalf hebben een Jadad-score (range 0 tot 5) van 3 of lager. Bovendien is er bij alle geanalyseerde uitkomstmaten een vermoeden van publication bias, vanwege sponsoring door de farmaceutische industrie bij elf van de twaalf onderzoeken (bij het resterende onderzoek werd sponsoring niet vermeld). Ook de RCT van Gubelin Harcha et al. werd gefinancierd door de industrie.

Daarnaast is het de vraag of de significante onderzoekseffecten ook klinisch relevant zijn. Er bestaan geen normen die aangeven in hoeverre een toename van het aantal haren per oppervlakte-eenheid klinisch relevant is en bijvoorbeeld de kwaliteit van leven verbetert. Tot slot ontbreken onderzoeken met echte langetermijnresultaten: de langste follow-upduur van een RCT is vijf jaar.

Hoewel de huidige evidence een positief effect laat zien van 1 mg finasteride bij vroege mannelijke kaalheid – met een number needed to treat van 2,5 tot 5,6 – ontbreken vooralsnog industrieonafhankelijke onderzoeken met hoge methodologische kwaliteit en lange follow-upduur. ■

LITERATUUR

1 Mella JM, Perret MC, Manzotti M, Catalano HN, Guyatt G. Efficacy and safety of finasteride therapy for androgenetic alopecia: a systematic review. Arch Dermatol 2010;146:1141-50.
2 Medicijnkosten.nl, Zorginstituut Nederland. www.medicijnkosten.nl.
3 Damen Z, Verduijn MM. NHG-Behandelrichtlijn Alopecia. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2017.

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

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde en Medisch Centrum Oud-West, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, huisarts-in-opleiding; dr. M.H.J. van de Pol, huisarts-onderzoeker en kaderhuisarts ouderengeneeskunde • Correspondentie: pim.keurlings@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. Coördinatie: Marianne Dees en Victor van der Meer • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Ruud Verhees

Influenzavaccinatie voorkomt meer dan een griepje

Het is aannemelijk dat influenzavaccinatie onder 60-plussers ook complicaties van influenza, inclusief sterfte, voorkomt. Hard bewijs hiervoor ontbreekt echter. Daarom wordt nieuw onderzoek verricht naar het effect van vaccinatie.

Gerandomiseerd onderzoek onder 60-plussers toont aan dat griepvaccinatie de kans op griep met 50% kan reduceren.[1] Er is echter geen direct bewijs dat griepvaccinatie ook de kans op complicaties en sterfte binnen deze doelgroep reduceert.[2] RCT's richtten zich vooral op griepprevention en zijn te klein om betrouwbare uitspraken over sterfte direct ten gevolge van griep te kunnen doen. Aangezien een RCT naar het effect op sterfte zowel uit ethisch als methodologisch oogpunt moeilijk realiseerbaar blijkt, zijn we vooralsnog aangewezen op observationeel onderzoek. Dit toont vaak uiteenlopende resultaten die verschillend geïnterpreteerd worden. Zo zou influenzavaccinatie de kans op winteroversterfte met 50% verlagen, terwijl influenza voor 'slechts' 5 tot 10% van deze oversterfte verantwoordelijk is.[2] Deze overschatting kan optreden door selectiebias en confounding waarvoor moeilijk te corrigeren is. Tevens is de vraag of influenzavaccinatie naast het seizoensgebonden effect, ook een langduriger effect heeft. Een Nederlands onderzoek onder ouderen toonde immers dat revaccinatie het sterfterisico sterker reduceert dan een eerste griepprik.[3] Ook blijkt uit een Cochrane-review dat influenzavaccinatie mogelijk helpt om cardiovasculaire events te voorkomen.[4] Rechtstreeks bewijs dat sterfte wordt voorkomen is er echter nog niet.

Daarom analyseren wij nu de gegevens van een eerdere trial naar de effectiviteit van influenzavaccinatie, met als belangrijkste vraag: Wat is de invloed van influenzavaccinatie van ouderen op sterfte op de langere termijn? De resultaten worden begin 2018 verwacht.

Heeft influenzavaccinatie naast het seizoensgebonden effect ook een langdurig effect?

HUIDIGE SITUATIE

De NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie (2008) adviseert jaarlijkse influenzavaccinatie voor 60-plussers. Ook goede hygiëne kan verspreiding en besmetting met influenza voorkomen.

Vijf tot 10% van de Nederlanders krijgt jaarlijks griep. Ouderen en kinderen onder de vier jaar worden het meest getroffen.[5] Griep kan bij mensen met specifieke aandoeningen én bij mensen van 60 jaar en ouder ernstige gevolgen hebben. Zo overleden afgelopen jaar ongeveer 3900 mensen aan de (in) directe gevolgen van griep.[5] Van de sterfgevallen is 90% doorgaans ouder dan 60 jaar.[6] Jaarlijks krijgt 57,5% van de Nederlandse 60-plussers een griepprik.[7] ■

LITERATUUR

1 Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knottnerus JA. The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial. JAMA 1994;272:1661-5.
2 Simonsen L, Taylor RJ, Viboud C, Miller MA, Jackson LA. Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy. Lancet Infect Dis 2007;7:658-66.
3 Voordouw AC, Sturkenboom MC, Dieleman JP, Stijnen T, Smith DJ, Van der Lei J, et al. Annual revaccination against influenza and mortality risk in community-dwelling elderly persons. JAMA 2004;292:2089-95.

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

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 aan het promoveren is. Coördinatie: Nadine Rasenberg • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Maastricht: R.A.F. Verhees, huisarts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker (aiotho) • Correspondentie: ruud.verhees@maastrichtuniversity.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Huisarts Maria van den Muijsenbergh over de aanpak van gezondheidsverschillen

Sinds 1 augustus 2017 is Maria van den Muijsenbergh bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan het Radboudumc. "Ongunstige sociaaleconomische omstandigheden leiden ertoe dat de gezondheid van veel laagopgeleide mensen en migranten slechter is dan die van hoogopgeleiden. Als huisarts zeggen we bovendien voortdurend dingen vanuit ons eigen perspectief die voor hen totaal onbegrijpelijk zijn. Dat versterkt de gezondheidsverschillen. Mijn missie is daar verandering in te brengen."

Als kind droomde Maria van den Muijsenbergh van een bestaan als zuster in de missie, ze werd uiteindelijk huisarts in Nijmegen. "Ik ben katholiek en groeide op met het idee dat het belangrijk is om andere mensen te helpen. Al snel ontdekte ik dat je daarvoor niet naar een derdewereldland hoeft: in Nederland zijn er ook genoeg mensen die extra aandacht nodig hebben. Zo hebben laagopgeleide mensen en migranten meer chronische ziekten, gaan ze eerder dood en heeft onze huisartsenzorg bij hen minder resultaat, zelfs al doen we precies hetzelfde."

Het is dan ook een misvatting dat je iedereen hetzelfde moet behandelen, benadrukt Van den Muijsenbergh. "Nederland telt 2,6 miljoen laaggeletterden. Daar praten wij huisartsen veel te moeilijk tegen. Dat merk je niet omdat ze het niet durven te zeggen. Ik herken dat gevoel een beetje als ik in Frankrijk de weg vraag en het antwoord niet versta: 'Ah oui, oui... Merci beaucoup!'

Alles valt of staat dus met effectieve communicatie. Daarom moeten we onze zorg veel beter afstemmen op ieders persoonlijke situatie en achtergrond. Zo is bij anderstaligen en laaggeletterden veel meer aandacht nodig voor uitleg en de vraag of de boodschap goed is overgekomen. Die persoonsgerichte benadering helpt om gezondheidsverschillen kleiner te maken. Althans dat verwachten we."

De behandeling moet bovendien integraal zijn. Wat houdt dat in?

"Het betekent dat je integraal naar een mens kijkt, inclusief zijn sociale omstandigheden. Dat is natuurlijk niet nieuw. In de Woudschoten-conferentie van 1956 is dat al afgesproken: we kijken naar de hele mens. Je onderzoekt niet alleen waar een patiënt pijn heeft, maar ook: hoe zit zijn leven in elkaar? Van belang is te beseffen dat je dit als huisarts niet alleen kunt. Je hebt contacten nodig met het sociaal wijkteam, met maatschappelijk werk, de gemeente enzovoort. Integraal betekent hier dus ook multidisciplinair. Het idee is dat je alle benodigde professionals bij elkaar hebt in een bepaalde wijk, zodat je samen kunt nagaan: die familie heeft ondersteuning nodig bij de opvoeding, daar moet de schuldenproblematiek aangepakt en die man heeft suikerziekte, dus bij hem moeten we goed op de medicatie letten. Zo kun je een heel netwerk rond een patiënt maken."

'We moeten onze zorg veel beter afstemmen op ieders persoonlijke situatie en achtergrond'

Maria van den Muijsenbergh: "Huisartsen kunnen de zorg voor kwetsbare groepen alleen maar verbeteren als ze meer tijd krijgen."

Meer teamwerk dus voor de huisarts?

"Ja, daar draait het allemaal om. Daar zijn we als huisartsen nog steeds niet zo goed in: delen wat van belang is. Ik denk dat we allemaal roepen dat we het belangrijk vinden, maar we schrijven bijvoorbeeld veel te weinig op in onze dossiers voor collega's. Ook zoeken we

onvoldoende samenwerking met andere disciplines. Dat komt doordat we niet goed weten wat we niet weten. Iemand die een blindedarmontsteking heeft, sturen we natuurlijk naar het ziekenhuis. Er zal geen huisarts zijn die denkt: ach, weet je wat, ik haal die er zelf wel even uit.

Op het gebied van sociale problematiek ligt dat anders. Bij een patiënt die in de schulden zit kan het zomaar zijn dat een huisarts denkt: daarover kan ik toch best zelf een peptalk houden? Terwijl dat probleem net zo goed een eigen professionele benadering verdient. Als huisarts dien je dus niet alleen actief te zijn binnen je eigen gezondheidskokertje, maar je moet ook weten wat er op het sociale vlak speelt, en waarheen je kunt verwijzen."

Hoe wil je de huisarts bereiken?

"Op drie manieren: via onderzoek, het uitdragen van *best practices* en via deelname aan het maatschappelijk debat. Met onderzoek willen we nagaan hoe je als huisarts kunt bijdragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. En tegelijkertijd tevredener kunt zijn over de zorg die je levert. Een van de dingen die ik wil onderzoeken is of een sociale professional in de praktijk handig is. Vergelijkbaar met de POH voor chronisch zieken of psychische zorg, maar dan op het sociale vlak.

We hebben al de nodige aandacht gegeven aan bewezen succesvolle strategieën. Zo hebben Eldine Oosterberg en ik vorig jaar een boek gepubliceerd *(Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk*/red.), een gezamenlijke uitgave van het NHG en Pharos.

In nascholing en de basis- en huisartsenopleiding komt het onderwerp steeds meer aan bod, onder andere dankzij de samenwerking binnen de NHG-werkgroep Diversiteit & Global Health (DIGH), waarin alle huisartsenopleidingen vertegenwoordigd zijn, samen met achterstandsfondsen en organisaties van migrantenhuisartsen.

Overkoepelend is het van belang dat we alle kennis die we al hebben beter verwerken in bestaande richtlijnen, (NHG-)standaarden en kwaliteitsmeetinstrumenten. Zo houdt de praktijkaccreditatie nog nauwelijks rekening met laagopgeleiden of migranten. Zij kunnen de ingewikkelde vragenlijsten niet invullen. Dat moet beter kunnen."

'Als huisarts dien je niet alleen actief te zijn binnen je eigen gezondheidskokertje'

Wat is je boodschap aan Den Haag?

"Heb oog voor gezondheidsachterstanden en zorg dat iedereen echt bereikt wordt met te treffen maatregelen. Verder kunnen huisartsen de zorg voor kwetsbare groepen natuurlijk alleen maar verbeteren als ze meer tijd krijgen. Ik zie ontzettend veel signalen dat dit hard nodig is. Ik denk daarom dat we naar een kleinere praktijk toe moeten. Mede om die reden willen we onderzoeken wat het oplevert als je meer tijd per patiënt te besteden hebt."

En wat wil je onze lezers meegeven?

"Huisartsen, wees je ervan bewust dat je belangrijk bent, juist voor mensen met een achterstand. Zij komen in de eerste plaats naar jullie met hun problemen. Vertrouw erop dat je, als je een goede relatie hebt met je patiënt, heel veel voor hem of haar kunt betekenen. Probeer je dus echt te verdiepen in de persoonlijke achtergrond en check aan het eind van elk gesprek wat de patiënt ervan begrepen heeft. Persoonsgericht en integraal werken, dat hebben we in huis. We zijn het onderweg misschien een beetje kwijtgeraakt, maar laten we teruggaan naar onze roots: de patiënt en zijn achtergrond. Daar zijn we tenslotte voor opgeleid!" ■

Tanja Veenstra

Naast haar werk als bijzonder hoogleraar werkt Maria van den Muijsenbergh drie dagen per week bij Pharos, Expertisecentrum gezondheidsverschillen, die de leerstoel financiert. Eén dagdeel per week werkt ze nog in de Nijmeegse Praktijk Buitenzorg, voor dak- en thuislozen, die ze samen met een andere huisarts oprichtte in 2010. Ze promoveerde in 2001 op palliatieve zorg door de huisarts.

Marian Oud

Beoordelen van suïcidaliteit blijft mensenwerk

Geen enkel klinisch meetinstrument kan suïcidaal gedrag betrouwbaar voorspellen. Tests zijn niet bruikbaar om passende behandelingen te vinden, zelfs niet in een hoogrisicopopulatie, zo blijkt uit een recent, internationaal onderzoek naar suïcidepreventie. Huisartsen kunnen dat wel, het vertrouwelijke contact en doorvragen zijn hierbij de cruciale factoren.

In de Verenigde Staten vindt de zorg plaats aan de hand van risico- of ziekteclassificatie. Beleidsmakers werken er graag met gestandaardiseerde protocollen, voor bijvoorbeeld SEH's, waarmee hoogrisicopatiënten voor suïcide of zelfbeschadiging kunnen worden geïdentificeerd. Deze werkwijze staat haaks op de Britse (en ook Nederlandse) richtlijn, waarbij de inzet van zorg wordt bepaald door de noden en behoeften van de patiënt. Tegen deze achtergrond zochten Carter et al. naar een antwoord op de vraag of er überhaupt betrouwbare tests zijn om patiënten met hoog risico op suïcide en/of zelfbeschadiging op te sporen.[1] Die tests zijn er niet. Die conclusie is conform het advies van de NICE-richtlijn uit het Verenigd Koninkrijk.

DIVERSE TESTS

De auteurs deden een systematisch literatuuronderzoek met meta-analyse naar de positief voorspellende waarde van uiteenlopende tests, zoals biologische tests, psychologische schalen en psychometrische instrumenten. Zij includeerden Engelstalige artikelen van onderzoeken met longitudinale cohorten, waarbij instrumenten werden ingezet voor risicotaxatie op suïcide en/of zelfbeschadiging. Deze instrumenten hadden een afkappunt voor hoog risico. De onderzoeken moesten de resultaten (suïcide, zelfbeschadiging of allebei) van de follow-upperiode registreren.

De auteurs vonden 70 geschikte onderzoeken voor de meta-analyse: 52 onderzoeken over psychologische schalen, 17 over biologische tests, en 1 over beide. De onderzoeken over biologische tests, bijvoorbeeld de dexamethason-suppressietest, waren vaak al wat ouder. Het gros van de deelnemers werd geworven in ziekenhuizen, waar zij waren opgenomen na zelfbeschadiging of een suïcidepoging, of in psychiatrische ziekenhuizen, waar de meesten waren opgenomen met een depressie. De gemiddelde follow-upperiode was 1 jaar (spreiding < 6 maanden tot 10 jaar).

De gepoolde positief voorspellende waarde (PVW) van alle tests voor zelfbeschadiging, suïcidepoging of suïcide was 16,1% (spreiding 3,7% tot 38,9%). Uitgesplitst was de gepoolde PVW voor suïcide 5,5%, voor zelfbeschadiging 26,3% en voor zelfbeschadiging en suïcide 35,9%.

SUÏCIDEPREVENTIE

Suïcidaliteit is een serieus en beladen probleem. Gemiddeld verliest een huisarts eens per twee à drie jaar een patiënt door suïcide. De impact op de nabestaanden is groot en duurt vaak levenslang.

Hulpvragen waarin suïcidale gedachten, suïcidepogingen of zelfbeschadiging resoneren, komen in de huisartsenpraktijk veel vaker voor. Om hier achter te komen, moet de huisarts het onderwerp eerst bespreekbaar maken. Hiervoor is veel tact en invoelend vermogen nodig. Tegelijkertijd helpt juist dit vertrouwelijke contact het meest bij wanhopige mensen die geen perspectief meer zien. Het samen definiëren van het probleem en naar een oplossing zoeken, kan houvast bieden.

Bij radeloze mensen moet je niet met afstandelijke instrumenten aankomen, dat kan iedere huisarts op zijn klompen aanvoelen. Toch is er, door de huidige verzakelijking van onze geestelijke gezondheidszorg, een tendens om zoveel mogelijk gestandaardiseerde meetinstrumenten in te zetten. Nuttig te weten dat wetenschappelijk onderzoek bevestigt dat instrumenten niet geschikt zijn om er suïcidaliteit mee te voorspellen. Ook op drukke huisartsenposten en SEH's moet tijd en aandacht blijven voor de medemenselijkheid in de hulpverlening.

Bij iedere wanhopige of sombere patiënt moet de huisarts het risico op suïcide afwegen. Hiervoor is een persoonlijke en vertrouwelijke gesprekssfeer nodig, zegt de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. De huisarts maakt daarbij een inschatting van de ernst van de cognitieve en emotionele ontregeling. Dit vereist betrokkenheid, psychologische kennis en communicatieve vaardigheden.

De afgelopen tien jaar is het totale aantal zelfdodingen in Nederland toegenomen. Vooral mannen op middelbare leeftijd zijn een risicogroep, maar ook jongeren lopen risico. Het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) registreerde in 2015 en 2016 dat 48 jongeren onder de twintig jaar zichzelf om het leven hadden gebracht.

Zelfdoding voorkomen staat hoog op de agenda van de Nederlandse overheid, en de landelijke campagne van 113 SuïcidePreventie Actienetwerk (Supranet) ging dit jaar van start met als slagzin 'Stel de vraag van je leven' om het taboe op praten over suïcide te doorbreken. Naast huisartsen en geestelijke gezondheidszorg zijn gemeenten, scholen, spoorwegen, en politie hierbij betrokken. Doet u ook mee? ■

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. M.J.T.Oud, kaderhuisarts ggz en coördinator Kaderopleiding ggz • Correspondentie: m.j.t.oud@home.nl

LITERATUUR

1 Carter G, Milner A, McGill K, et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. Br J Psychiatry 2017;210:387-95.

KENNISTOETS: VRAGEN

1. **De onderzoeken van Oosterlee en Van Rhenen gaan over het terugdringen van onnodig en risicovol medicijngebruik. Waarom mogen de resultaten van beide onderzoeken niet geëxtrapoleerd worden naar de gehele populatie?**
   a. Het betreft kleinschalige onderzoeken.
   b. De onderzoekspopulaties zijn niet representatief voor de algehele populatie.
   c. De onderzoeksresultaten zijn beïnvloed door bias.

2. **Oosterlee schreef alle pilgebruiksters (ouder dan 35 jaar) uit haar HAGRO aan met de vraag of zij rookten. Tachtig vrouwen (19%) antwoordden daarop positief. Het doel van het project was de ongewenste combinatie roken en pilgebruik tot nul te reduceren. Welk deel van de rokende pilgebruiksters stopte uiteindelijk met de ongewenste combinatie?**
   a. < 1/3 deel.
   b. 1/3 deel.
   c. 2/3 deel.

3. **Na een farmacotherapeutisch overleg over het terugdringen van chronisch gebruik van protonpompremmers bekijken de aios en de huisarts de lijst met patiënten bij wie sprake is van chronisch gebruik. Bij welke groep patiënten is levenslang gebruik geïndiceerd?**
   a. (Doorgemaakte) ernstige oesofagitis.
   b. (Doorgemaakte) ulcus duodeni.
   c. (Doorgemaakte) ulcus ventriculi.

4. **De huisarts adviseert de 44-jarige heer Van der Zandt om omeprazol af te bouwen. De heer Van der Zandt startte omeprazol, omdat andere zuurremming niet hielp tegen zijn maagklachten. De huisarts wijst hem op de nadelen van langdurig omeprazolgebruik: een hogere kans op darm- en longinfecties en een verhoogd fractuurrisico. De huisarts legt uit dat uit recent onderzoek nog een ander nadelig effect van langdurig gebruik naar voren komt. Welk nadelig effect is dit?**
   a. Gestoorde glucosetolerantie.
   b. Hartritmestoornissen.
   c. Ontregeling van de schildklier.
   d. Verslechtering van de nierfunctie.

5. **Het risico op trombose is voor een gezonde vrouw laag. Gebruik van de combinatiepil verhoogt het risico op trombose twee tot drie keer. Het type progestageen in de combinatiepil bepaalt mede het tromboserisico. Het risico op trombose is bij de derdegeneratiepil bijna twee keer zo hoog als bij de tweedegeneratiepil. In welke orde van grootte ligt het risico op trombose bij pilgebruiksters gemiddeld?**
   a. 3,6 gevallen per 1000 vrouwen per jaar.
   b. 3,6 gevallen per 10.000 vrouwen per jaar.
   c. 3,6 gevallen per 100.00 vrouwen per jaar.

De volgende bronnen zijn gebruikt voor deze kennistoets:
- Van Rhenen J, Zwart S. Minderen met maagzuuremmers, kan het? Huisarts Wet 2017;60(12):645-7.
- Oosterlee H, Koolman M, Meier J. Cardiovasculair risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters. Huisarts Wet 2017;60(12):642-4.
- Numans ME, De Wit NJ, Dirven JAM, Heemstra -Borst CG, Hurenkamp GJB et al. NHG-Standaard Maagklachten (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(1):26-35.
- Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54(12): 652-76.
- Ekker MS, Wermer MJH, Riksen NP, Klijn CJM, de Leeuw FE. Herseninfarct bij jonge vrouwen. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D689.

6. **Herseninfarcten komen op bijna alle leeftijden vaker bij mannen voor. Op de leeftijd van 25-49 jaar komt het herseninfarct echter vaker bij vrouwen voor. Zwangerschap en gebruik van hormonale anticonceptie verklaren voor een deel de hogere prevalentie bij vrouwen. Welke aandoening is nog meer een verklaring voor de hogere prevalentie bij vrouwen op deze leeftijd?**
   a. Diabetes mellitus.
   b. Migraine met aura.
   c. Morbus Crohn.
   d. Multiple sclerose.

7. **In beide onderzoeken werden patiënten benaderd die 'at risk' waren voor schadelijke bijwerkingen van medicijnen. De medicijnen waren voorgeschreven door de huisarts (of de specialist) en verstrekt door de apotheek. Wat is de belangrijkste reden dat patiënten in deze keten gevaar liepen op schadelijke bijwerkingen van medicatie?**
   a. Er werd aan de patiënten geen afbouwstrategie aangeboden.
   b. Er was geen periodiek overleg tussen huisarts en apotheker.
   c. Er was geen protocol over hoe om te gaan met herhalingsreceptuur.

8. **Naar aanleiding van een farmacotherapeutisch overleg over maagmedicatie nodigt de huisarts de 58-jarige heer Homburg uit op het spreekuur. De heer Homburg gebruikt sinds tien jaar omeprazol in verband met zuurbranden. Er blijkt nooit verdere diagnostiek te zijn gedaan naar de oorzaak. Op dit moment heeft hij met medicatie geen klachten. Wat is het eerst aangewezen beleid?**
   a. Staken van omeprazol, zonodig antiacidum adviseren, controle op spreekuur.
   b. Omeprazol omzetten in H2 receptor antagonist, controle op spreekuur.
   c. Laboratoriumdiagnostiek op *Helicobacter pylori*, beleid afhankelijk van uitslag.
   d. Gastroscopie, verder beleid afhankelijk van uitslag.

De antwoorden staan op pagina 676.

Jan Mens

CATS

Injecties met autoloog plasma bij knieartrose

Patiënten met geringe of matige knieartrose krijgen soms injecties met autoloog plasma. Die behandeling is vooralsnog experimenteel, maar de resultaten lijken veelbelovend.

Sinds 2008 wordt geëxperimenteerd met het inspuiten van autoloog plasma bij artrose. De behandeling staat bekend als Autologus Conditioned Plasma (ACP). Daarbij wordt 20 ml bloed afgenomen. Door centrifugeren wordt het plasma gescheiden van de rode bloedcellen en daarna in het gewricht gespoten. Wat zegt de literatuur over de effectiviteit en de veiligheid van deze nieuwe methode bij knieartrose?

SCORES OP EEN RIJTJE

Mijn search in PubMed leverde 136 hits op. Van de relevante artikelen werden ook de referenties beoordeeld. Onderzoeken waarbij de blindering niet optimaal was, werden uitgesloten. Dat kwam verschillende keren voor, omdat er geen bloed was afgenomen in de controlegroep. In vier onderzoeken vergeleek men plasma-injecties met hyaluronzuurinjecties, maar daarvan staat het effect ter discussie en daarom werden ook deze onderzoeken uitgesloten.[1]

Uiteindelijk bleven er vier onderzoeken over (met in totaal 201 knieën). Het effect en de veiligheid van ACP werd in twee onderzoeken vergeleken met een placebo-injectie en in twee onderzoeken met een corticosteroïdinjectie.

De verschillen tussen autoloog plasma en corticosteroïden zijn kleiner dan tussen ACP en placeboo

In het eerste placebogecontroleerde onderzoek (artrosegraad 2 en 3) werden drie injecties gegeven met een week tussenruimte.[2] Na twee weken was er al een statistisch significant verschil in afname van de WOMAC-score tussen beide groepen ($p < 0{,}001$) en dat verschil werd geleidelijk groter. Na drie maanden was de WOMAC-score gedaald van 47 naar 10 in de onderzoeksgroep en van 46 naar 37 in de placebogroep. Dit bleef in grote lijnen zo tot het einde van de follow-upduur (een jaar). In een tweede placebogecontroleerd onderzoek (artrosegraad 1 tot 4) werd slechts één injectie gegeven, na afloop van een artroscopie.[3] De VAS voor pijn bij aanvang van het onderzoek werd niet vermeld, maar de auteurs vermelden wel dat er geen verschil was. Bij de meting na zes weken was de VAS voor pijn 2,5 (op schaal van 0 tot 10) in de ACP-groep en 2,6 in de controlegroep (NS); zes maanden na de interventie waren deze waarden respectievelijk 1,9 en 2,3 ($p = 0{,}008$) en na een jaar 1,0 en 1,9 ($p = 0{,}063$).

In het onderzoek waarbij een injectie met 40 mg methylprednisolon werd vergeleken met ACP bij artrosegraad 2 en 3, was de pijnafname op een VAS met ACP 45%, zowel na twee als na zes maanden en in de corticosteroïdgroep respectievelijk 16% en 7% (verschil tussen de groepen $p = 0{,}01$).[4] In het tweede corticosteroïdonderzoek bij artrosegraad 3 en 4 was de pijn in de ACP-groep na zes maanden afgenomen met 49% en in de corticosteroïdgroep met 38% (verschil tussen de groepen $p = 0{,}29$; NS).[5]

De bijwerkingen bleven beperkt tot lichte napijn bij een klein deel van de patiënten. Er was daarbij geen verschil tussen de onderzoeksgroepen en de controlegroepen.

POSITIEF EFFECT

Algemeen wordt aangenomen dat een verschil op de gebruikte meetschalen klinisch relevant is bij een afname van 20% of meer ten opzichte van de uitgangswaarde.[6] In de beide placebogecontroleerde onderzoeken werd deze score ruimschoots gehaald. Opvallend is dat het positieve effect van ACP zelfs na zes tot twaalf maanden nog meetbaar is, met name bij meerdere injecties. Eerdere onderzoeken laten zien dat corticosteroïdinjecties een gering, kortdurend maar positief effect hebben op de pijn en het functioneren bij knieartrose.[1,7] Het is dan ook niet verwonderlijk dat de verschillen tussen ACP en corticosteroïden kleiner zijn dan tussen ACP en placebo. Het verschil in resultaat tussen de twee corticosteroïdonderzoeken zou verklaard kunnen worden door het verschil in ernst van de artrose.[3,5] Aan het eerste placebogecontroleerde onderzoek kleeft de schijn van belangenverstrengeling, omdat de (enige) auteur consultant is bij het bedrijf dat de middelen levert voor het bereiden van de ACP-injecties.[2]

ACP lijkt een positief effect te hebben op de klachten bij knieartrose gedurende zes tot twaalf maanden en het lijkt erop dat driewekelijkse injecties meer effect hebben dan een enkele. Bij gevorderde artrose lijkt het effect minder sterk. Door de matige kwaliteit van de onderzoeken en het risico op bias zijn harde conclusies niet mogelijk. Bijwerkingen van betekenis worden niet vermeld. ■

LITERATUUR

1 Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Kuijpers T, Opstelten W, Van den Donk M, Weisscher PJ, et al. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten. Huisarts Wet 2016;59:62-6.

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

Erasmus MC, afdeling revalidatie, Rotterdam: dr. J.M.A. Mens, arts-onderzoeker, tevens arts voor orthopedische geneeskunde bij Gezondheidscentrum Vondellaan Leiden • Correspondentie: info@janmens.nl• Belangenverstrengeling: niets gemeld.

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

Karin Swart

Bisfosfonaten tegen osteoporose door glucocorticosteroïden

Artsen schrijven glucocorticosteroïden veel voor vanwege hun ontstekingsremmende en immunosuppressieve werking. Bij langdurig gebruik hebben ze echter ook ernstige bijwerkingen: botverlies en wervelinzakkingen. Bisfosfonaten kunnen dan uitkomst brengen, zo luidt de voorzichtige conclusie van een Cochrane-review.

Bisfosfonaten zijn de middelen van eerste keus bij patiënten met een hoog fractuurrisico. De auteurs keken naar het effect van bisfosfonaten op preventie en behandeling van osteoporose die wordt veroorzaakt door glucocorticosteroïden bij volwassenen. Hun bevindingen zijn positief: bisfosfonaten verminderen het risico op wervelfracturen. Toch is voorzichtigheid geboden, want de onderzoeksgroep was vrij klein.

POSITIEVE EFFECTEN

De auteurs van de Cochrane-review (update van de review uit 1999) includeerden 27 gerandomiseerde onderzoeken met in totaal 3075 patiënten.[1] Onderzoeken werden meegenomen als de dosering van glucocorticosteroïden 5,0 mg/dag of meer was. De auteurs vergeleken bisfosfonaten (al dan niet in combinatie met calcium of vitamine D) met placebo (al dan niet met calcium en/of vitamine D). Het relatief risico op nieuwe wervelfracturen na 12 tot 24 maanden was in de bisfosfonatengroep 0,57 (95%-BI van 0,35 tot 0,91). Het aantal patiënten dat met bisfosfonaten behandeld moet worden om bij een persoon nieuwe wervelfracturen te voorkomen, was 31. Voor de preventie van overige fracturen maakte het geen of weinig verschil of patiënten bisfosfonaten gebruikten of niet (relatief risico 0,79; 95%-BI van 0,47 tot 1,33). Bisfosfonaten hadden daarnaast een positief effect op de preventie van botverlies: in de bisfosfonatengroep stabiliseerde de botmineraaldichtheid of nam deze licht toe, in de placebogroep nam deze af. Het relatief risico op ernstige, ongewenste bijwerkingen was 0,91 (95%-BI van 0,74 tot 1,12).

De auteurs concluderen dat het gebruik van bisfosfonaten het risico op wervelfracturen vermindert. Bifosfonaten zijn dus geschikt voor de preventie en behandeling van botverlies door het gebruik van glucocorticosteroïden. De auteurs geven ook aan dat de data over de risico's mogelijk vertekend zijn en daarom voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd. Dit geldt ook voor de zelfrapportage van de niet-wervelfracturen. Bovendien geldt voor beide uitkomsten dat de totale steekproefgrootte te klein was om het gevonden klinisch relevante verschil statistisch significant te doen zijn.

NHG-STANDAARD

In 2012 is de NHG-Standaard Fractuurpreventie geactualiseerd.[2] De standaard stelt dat behandeling met bisfosfonaten geïndiceerd is bij postmenopauzale vrouwen en mannen vanaf 70 jaar die naar verwachting langdurig (langer dan 3 maanden) glucocorticosteroïden met een dosis van ≥ 7,5 mg/dag gaan gebruiken. Verder is behandeling geïndiceerd bij gebruik van glucocorticosteroïden met een dosis van ≥ 15 mg/dag, zoals bij ernstige COPD of polymyalgia rheumatica. Bij een dosis < 15 mg/dag wordt geadviseerd de botdichtheidsmeting jaarlijks te herhalen en behandeling te starten bij een T-score < -2,5.

De auteurs van de Cochrane-review bekeken ook het onderscheid dat de NHG-Standaard maakt naar geslacht en menopauzale status. Hoewel de resultaten moeten worden beschouwd als exploratief en de effecten niet statistisch significant zijn vanwege kleine aantallen, blijft de grootte van het effect van bisfosfonaten gelijk in de subgroepen (mannen, premenopauzale en postmenopauzale vrouwen). Er is verder niet gekeken naar leeftijdseffecten, maar de gemiddelde leeftijd in de onderzoeken liep van 30 tot 68 jaar. Dit suggereert dat ook patiënten jonger dan 70 jaar baat hebben bij behandeling met bisfosfonaten. Wat betreft de effecten naar dosering, bevatte de Cochrane-review slechts twee onderzoeken met een hoge dosering glucocorticosteroïden (≥ 20 mg/dag). De overige onderzoeken gingen over een dosering < 15 mg/dag. De gunstige effecten van bisfosfonaatgebruik lijken dus ook al geldig bij doseringen < 15 mg/dag. Kortom, de Cochrane-review geeft geen aanleiding om subgroepen te onderscheiden in de preventie en behandeling van osteoporose die wordt veroorzaakt door glucocorticosteroïden.

PLEIDOOI

Doen we de mannen onder de 70 jaar en de premenopauzale vrouwen die langdurig glucocorticosteroïden gebruiken (dosis van < 15 mg/dag) dan niet te kort? Volgens het huidige beleid hebben zij een indicatie voor een botdichtheidsmeting, maar de effecten van steroïden op botarchitectuur en -kwaliteit dragen mogelijk bij aan een verhoogd fractuurrisico bij een minder afwijkende botdichtheid. Aangezien ook in deze groep de preventie en behandeling met bisfosfonaten effectief blijken, zou dit pleiten voor minder terughoudendheid van bisfosfonaatgebruik bij langdurige behandeling met glucocorticosteroïden. ■

LITERATUUR

1 Allen CS, Yeung JHS, Vandermeer B, Homik J. Bisphosphonates for steroid-induced osteoporosis. Cochrane Database Syst Rev 2016;10:CD001347.
2 Elders PJM, Dinant GJ, Van Geel T, Maartens LWF, Merlijn T, Geijer R, Geraets JJXR. NHG-Standaard Fractuurpreventie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; 10;452-8.

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

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Amsterdam: dr. K. Swart, postdoc onderzoeker • Correspondentie: k.swart@vumc.nl

Referenten H&W in het zonnetje

Huisarts en Wetenschap is een peer reviewed tijdschrift en streeft naar het publiceren van kwalitatief hoogstaande artikelen. Dat kan niet zonder de hulp van een grote schare referenten. De redactie is zeer erkentelijk dat zij gebruik kan maken van de kennis en kunde van deze vakmensen. Zij zetten zich keer op keer in om de aangeboden artikelen nauwkeurig te lezen en te beoordelen. Het afgelopen jaar (november 2016 tot november 2017) waren dit onderstaande referenten. Tijd om hen in het zonnetje te zetten. Namens de H&W-redactie heel hartelijk dank!

Liesbeth Ab, Pim Assendelft, Frank Baarveld, Suzanne Bakker, Frits Bareman, Marie-Louise Bartelink, Martin Beeres, Erna Beers, Roy Beijaert, Janneke Belo, Annette Berendsen, Reinout Van Bentveld, Marjolein Berger, Kees Besse, Patrick Bindels, Nettie Blankenstein, Jeanet Blom, Joan Boeke, Wim van Beurden, Jettie Bont, Tobias Bonten, Louwrens Boomsma, Hanneke Borgdorff, Judith Bosman, Froukje Boukes, Margriet Bouma, Jozé Braspenning, Lidewij Broekhuizen, Anita Bruinsma, Jako Burgers, Alje van Dam, Jurgen Damen, Zamire Damen, Rogier Damoiseaux, Truuske de Bock, Arie de Jong, Marike de Meij, Jan Pieter de Mönnink, Niek de Wit, Marianne Dees, Janny Dekker, Angelique Dierick-van Daele, Yvonne Drewes, Nynke van Dijk, Wietze Eizenga, Petra Elders, Wendy Enthoven, Geurt Essers, Chantal Everts-Panman, Margriet Folkeringa-de Wijs, Mirjam Fransen, Bernard Frijling, Harrie Geboers, Geert-Jan Geersing, Wim van Geldrop, Paul Giesen, Marieke Gieteling, Rob Gons, Lex Goudswaard, Karin van Haaren, Herbert Habets, Lieke Hassink-Franke, Ankie Hazen, Theo Hendricks, Aart Hendriks, Sjoerd Hobma, Christiaan Hoebe, Femke Hohmann, Pieter van den Hombergh, Gerard Hornstra, Priska Israel, Liesbeth van der Jagt, Nellie Jans, Mandy Keijzer-Veen, Erwin Klein Woolthuis, Arie Knuistingh Neven, Henk Kole, Karen Konings, Marijke Kool, Henk Koopman, Anneke Kramer, Marcus Kruyswijk, Meggy van Kruijsdijk, Floris van de Laar, Marijke Labots-Vogelesang, Toine Lagro-Janssen, Joris Lemson, Peter Leusink, Els Licht, Suzanne Ligthart, Eefje Louwers, Wim Lucassen, Harm Van Marwijk, Jos van der Meer, Victor van der Meer, Job Metsemakers, Karlijn Moormann, Marjan Oortman, Pieter-Jan van Ooij, Esther Pans, Raju Peters-Veluthamaningal, Bart van Pinxteren, Hanno Pijl, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Erik van Rossum, Anneloes Rube, Franca Ruikes, Frans Rutten, Martijn Rutten, Ariëtte Sanders, Nynke Scherpbier-de Haan, Ferdinand Schreuder, Marijke Slieker-ten Hove, Willemjan Slort, Ivo Smeele, Annet Sollie, Wilma Spinnewijn, Patricia Stassen, Nicole Stevens, Alexander Stork, Doreth Teunissen, Alike van der Velden, Peter Verhaak, Theo Verheij, Wim Verstappen, Bert Vrijhoef, Edmond Walma, Miriam Warnier, Gerda van der Weele, Marjolijn Wegdam-Blans, Marian Wiegersma, Pascal Wielders, Robert Willemsen.

Ivo Smeele, hoofdredacteur

H&W Huisarts en Wetenschap

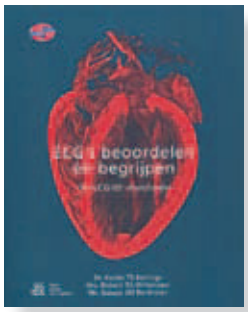
Het januarinummer van H&W verschijnt op 12 januari 2018.

ECG's BEOORDELEN ÉN BEGRIJPEN

KTS Konings, RTA Willemsen, GJM Bertholet. De ECG 10+- methode. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017. 317 pagina's (leerboek), 149 pagina's (oefenboek met casuïstiek). Prijs: € 65. ISBN 978-90-368-9.

Een aanrader voor huisartsen die ervaring hebben met ECG's en hart- en vaatziekten.

Het leerboek bestaat uit vier onderdelen: indicatie en kwaliteit van ECG-beoordeling, basale elektrocardiografie, systematische beoordeling volgens ECG 10⁺-methode en een appendix met begrippen en afkortingen. Het oefenboek bevat 31 casus: van alledag en ook zeldzamere. De hoofdstukken zijn rijk geïllustreerd, fraai vormgegeven en hebben een duidelijke uitleg. Er is plaats voor verdieping en extra stof. Ook komen de gevolgen voor de kliniek uitgebreid aan bod.



De auteurs betogen dat het ECG geen 'magisch diagnosticum' is en geven een duidelijke argumentatie voor de indicatie van het ECG in de eerste lijn: bij ritme- of geleidingsstoornissen, stabiele angina pectoris, maar niet bij sportkeuringen of bij acuut coronair syndroom.

Alle onderdelen van het ECG worden systematisch besproken. Er is aandacht voor zowel veelvoorkomende aandoeningen als voor aandoeningen die minder in de aandacht staan, zoals verlengde QT-tijd. De casus in het oefenboek komen uit de huisartsenpraktijk, SEH en HAP. De ECG's worden voorafgegaan door de klinische setting en eindigen altijd in een advies voor beleid. De auteurs schuwen de lastiger te beoordelen ECG's niet: het is smullen geblazen!

Bij dit opus magnum zijn ook enkele bedenkingen: waarom komt in de ECG 10⁺- verslaglegging het hoofdstukje 'ritme en geleiding' pas op de tiende plaats en niet, zoals gebruikelijk en overzichtelijker is, in het begin voor of na de hartfrequentie? De uitputtende checklist met de vele invulhokjes schrikt af en doet wat bureaucratisch aan. Het uitdrukken van de tijd van de verschillende ECG-onderdelen in millimeters in plaats van seconden, is verwarrend. De berekening van de elektrische hartas is ingewikkeld en niet altijd correct. En de ECG's zijn aan de kleine kant afgedrukt, zodat de afzonderlijke millimeters moeilijk te onderscheiden zijn.

Ondanks de lijvigheid is het boek voor gevorderden een aanrader en een welkome aanwinst voor de toch al schaarse ECG-literatuur voor niet-cardiologen. ■

Wim van Geldrop

Waardering: ● ● ● ●

ZO WERKT DE HUISARTSENZORG

K Wessels, K Kraaijeveld. Zo werkt de huisartsenzorg. Amsterdam: De Argumentenfabriek, 2017. 116 pagina's. Prijs: € 20,00 (boek), € 10,00 (e-boek). ISBN 978-90-823-29384.

Dit prachtig en functioneel vormgegeven boek is duidelijk en begrijpelijk. Het biedt inzicht in de Nederlandse huisartsenzorg, maar neemt geen voorschot op komende veranderingen.

Het boek is bestemd voor 'iedereen die samenwerkt met de huisarts en wil weten hoe de huisartsenzorg functioneert, en niet in de laatste plaats voor de huisartsen (in opleiding) zelf'. Het beschrijft de feiten uit het jaar 2016. De beschrijvingen zijn kort en bondig.

De auteurs beschrijven in het hoofdstuk 'de huisarts' zijn rol, onder andere als eerste aanspreekpunt, 24/7 zorgverlener en poortwachter. Verder leggen ze de werking en relevantie voor de huisarts uit van de vier stelselwetten: de zorgverzekeringswet, de wet langdurige zorg, de jeugdwet en de wet maatschappelijke ondersteuning. Het hoofdstuk 'wetten' beschrijft waarmee de huisarts rekening moet houden bij de uitoefening van het vak. De auteurs hebben de wetten ingedeeld in wetten die de organisatie en markt reguleren, wetten ten behoeve van de beroepsuitoefening en kwaliteit en wetten waarmee de huisarts in bijzondere situaties te maken

kan krijgen, zoals de wet veiligheidsregio's. In het hoofdstuk over geldstromen wordt beschreven waar het geld voor de huisartsenzorg vandaan komt, hoe het geld bij de huisartsenpraktijk terechtkomt (bijvoorbeeld via HAP en ketenzorg) en het inkomen van de zelfstandig gevestigde huisarts.

Dit boek biedt de huisarts, die vooral met patiëntenzorg bezig is, een breder beeld van de organisatie van zijn vak. Samenwerkingspartners, zoals gemeenteambtenaren, biedt het een basaal inzicht. De LHV-kleur groen staat het boek goed. Ieder onderwerp wordt in tekst en in stroomschema's weergegeven. Referenties en bronnen zijn duidelijk en goed te raadplegen. Er is een online versie. Niet altijd is duidelijk wat meer en minder belangrijk is. Wat beschreven is klopt, is duidelijk en begrijpelijk. Dat is een knappe prestatie, want de huisartsenzorg is 'soms best complex'. ■

Eddy Reynders

Waardering: ● ● ● ● ●

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1a
Van Rhenen J, Zwart S. Minderen met maagzuuremmers, kan het? Huisarts Wet 2017;60(12) :645-7.
Oosterlee H, Koolman M, Meier J. Cardiovasculaire risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters. Huisarts Wet 2017;60(12) :642-4.

2c
Oosterlee H, Koolman M, Meier J. Cardiovasculaire risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters. Huisarts Wet 2017;60(12) :642-4.

3a
Numans ME, De Wit NJ, Dirven JAM, et al. NHG-Standaard Maagklachten (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(1):26-35.

4d
Broeders E, Smelt A. Protonpompremmers slecht voor nieren. Huisarts Wet 2017;60:306.
Numans ME, De Wit NJ, Dirven JAM, et al. NHG-Standaard Maagklachten (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(1):26-35.

5b
Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54(12):652-76.

6b
Ekker MS, Wermer MJH, Riksen NP, Klijn CJM, de Leeuw FE. Herseninfarct bij jonge vrouwen. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D689.

7c
Van Rhenen J, Zwart S. Minderen met maagzuuremmers, kan het? Huisarts Wet 2017;60(12):645-7.
Oosterlee H, Koolman M, Meier J. Cardiovasculaire risico's verlagen bij pilgebruikende rooksters. Huisarts Wet 2017;60(12) :642-4.

8a
Numans ME, De Wit NJ, Dirven JAM, et al. NHG-Standaard Maagklachten (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(1):26-35.

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

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

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

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

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

Aan dit nummer werkten mee: Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie) en Margot Scheerder (beeldredactie).

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

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

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 258,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 154,80. Studenten ontvangen 50% korting.

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

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

© 2017
ISSN 0018-7070

Digitaal verbinden

Onlangs verscheen KNMG-handreiking over patiënten die gesprekken opnemen: opnemen is prima, maar graag na overleg en alleen voor privédoeleinden. Ik laat de patiënt ook wel eens een filmpje maken als ik een oefening voordoe. Bekend is dat patiënten slechts een deel van de adviezen onthouden, dus opnemen is een prima idee, net als patiënten toegang geven tot hun medische dossier. Het gebruik van digitale media is al zo gewoon in het dagelijks leven. We gebruiken in de spreekkamer echter nog geen fractie van wat er allemaal mogelijk is. Privacyregels beperken die mogelijkheden en deels is dat terecht. Ik krijg de persoonlijkste problemen van patiënten via hotmail toegestuurd en de neiging is groot om via de replytoets medische informatie te delen. Een ouderwets telefoongesprek is wel veilig, maar een skypegesprek zou dat niet zijn en bellen via internet met Voice over IP weer wel. Wie snapt dit nog?

Er zijn ook mogelijkheden van digitale media die juist voor het oprapen liggen en snel te realiseren zijn, zoals foto's en filmpjes opslaan in ons HIS. Beeldverbinding zou ons werk een stuk efficiënter kunnen maken, niet alleen met de patiënt, maar ook voor overleg met bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg van een oncologisch team. En de veilige verbinding die we via de portals met onze patiënten hebben is fijn, maar nog veel te beperkt in mogelijkheden. Die zou ook gebruikt moeten worden bij e-mailen naar de patiënt, bijvoorbeeld met een relevante link naar Thuisarts.nl. Die website is zeer geschikt voor patiënten, maar we gaan het nog geschikter maken voor gebruik tijdens het spreekuur, door spreekuurpagina's aan te maken met alle afbeeldingen, video's, en een handiger zoeksysteem voor de huisarts. Dan hoeft u zelf geen oefeningen meer op te nemen, maar vindt u de juiste video op Thuisarts.nl.

Rob Dijkstra

Invloed op richtlijnen

De NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) adviseert bij richtlijnontwikkeling over knelpunten uit de praktijk, over toepasbaarheid en haalbaarheid van standaarden, en over de onderwerpskeuze. De adviesraad bestaat uit tien praktiserende huisartsen met minimaal vijf jaar praktijkervaring plus vakinhoudelijke interesse of activiteiten. De NAS heeft weer ruimte voor nieuwe leden. Wilt u ook meehelpen aan praktisch bruikbare en goed onderbouwde huisartsgeneeskundige richtlijnen? We vergaderen circa negen keer per jaar op donderdag van 16.30 tot 19.00 uur in Utrecht.
Meer informatie: www.nhg.org/nhg-adviesraad-standaarden-nas (met vacature) en via de NAS-secretaris: Laura.deVries@nhg.org.

ALGEMENE LEDENVERGADERING
7 DECEMBER 2017 19.00 UUR SLOT ZEIST
AANSLUITEND
SYMPOSIUM HET NHG KIJKT VOORUIT
nhg nederlands huisartsen genootschap

Nieuwe e-learnings

Er zijn twee nieuwe e-learnings beschikbaar: Programma Individuele Nascholing (PIN) Artritis en PIN Rood oog en oogtrauma. Met deze e-learnings bent uw weer op de hoogte van de nieuwe richtlijnen die recentelijk over deze onderwerpen verschenen zijn.
De PIN *Artritis* behandelt de diagnostiek bij artritis en de nieuwe diagnostische beslisregel voor jichtartritis. U leert over een werkdiagnose stellen, jichtbehandeling, en werken met disease-modifying antirheumatic drugs (DMARD's) in de huisartsenpraktijk.
De PIN *Rood oog en oogtrauma* behandelt twee herzieningen uit de gelijknamige standaard: (1) het onderscheid tussen een bacteriële en een virale conjunctivitis op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek is onvoldoende betrouwbaar en wordt daarom niet meer gehanteerd en (2) de huisarts mag in bepaalde gevallen een keratitis dendritica behandelen. In deze PIN oefent u met casuïstiek over verschillende oorzaken en spoedsituaties bij een rood oog en oogtrauma en u krijgt een actueel overzicht van onderzoek en beleid bij een keratitis dendritica.
Zie www.nhg.org/winkel, Scholing, Programma Individuele Nascholing.

&NHG

Op naar een landelijke onderzoeksagenda

Tijdens de prioriteringsbijeenkomst Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde op 10 oktober in Amersfoort werken huisartsen, onderzoekers en andere stakeholders samen aan een overzicht van relevante onderzoeksvragen voor huisartsgeneeskunde, met als bron zowel de 'lacunebak' uit de NHG-standaarden als uit input van het veld. Deze landelijke agenda moet zowel onderzoekers als beleidsmakers en financiers vanaf 2018 houvast bieden.

'Als Adviesgroep Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde willen we zorgen voor een praktijkrelevante onderzoeksagenda. Die moet richtinggevend zijn, inspirerend en stimulerend,' vertelt dag- en adviesgroepvoorzitter André Knottnerus tijdens zijn inleiding. De circa tachtig aanwezigen gaan hierna uiteen in subgroepen met een vergelijkbaar aantal onderzoekers, huisartsen en andere zogeheten stakeholders. Elke groep houdt zich bezig met een of twee ICPC-hoofdstukken en moet uit een lijst met onderzoeksvragen een top 10 van de meest prangende onderzoeksvragen selecteren. De lijsten waaruit ze kiezen, zijn het resultaat van een voorprioritering door NHG-leden. Zij vulden eerder dit jaar per ICPC-hoofdstuk een online vragenlijst in (random steekproef onder 1.700 NHG-leden; n = 232).

Brede input

De subgroepen krijgen een aantal zowel maatschappelijke als onderzoeksgerelateerde criteria mee en gaan meteen enthousiast aan de slag. Er wordt druk overlegd en gediscussieerd. Onderzoeksvragen worden geschrapt, samengevoegd en opnieuw geformuleerd.

'Het mooie is dat we bij het agenderen van de onderzoeksvragen zowel gebruik hebben gemaakt van de bekende NHG-kennislacunes als van input uit de samenleving,' benadrukt Knottnerus. 'Behalve onderzoekers (alle onderzoeksafdelingen Huisartsgeneeskunde werkten mee aan deze dag en vaardigden elk minstens een persoon af, red.) en praktiserende huisartsen hebben we betrokken partijen gepolst, zoals patiëntenorganisaties, wetenschappelijke verenigingen van eerstelijns samenwerkingspartners en medisch specialisten, en onderzoeksfondsen. Je kunt nu eenmaal niet alles uit de literatuur of academische kennis halen. Neem het omgaan met een chronische aandoening: daarbij gaat het in hoge mate om patiëntenervaring en -expertise. Patiënten kunnen het best zelf zeggen waar ze op stuiten en zo wellicht blinde vlekken in zorg en onderzoek blootleggen.'

Stickeren

De volgende stap tijdens de bijeenkomst zorgt voor een op het oog chaotisch, maar in werkelijkheid nauwkeurig georkestreerd tafereel: alle aanwezigen krijgen nu de opdracht per ICPC-hoofdstuk de drie belangrijkste onderzoeksvragen te selecteren door middel van de stickermethode. Dat gaat allemaal heel vlot en grotendeels in stilte. Vooral de aanwezige huisartsen herkennen op de flip-overs de voor hen meest relevante onderzoeksvragen onmiddellijk uit de praktijk. Halverwege de bijeenkomst is er zodoende een top 10 per ICPC-hoofdstuk, het hele palet van de huisartsgeneeskunde komt zo aan bod.

Foto: Margot Scheerder, NHG

Onderzoeksvragen selecteren met stickermethode

Naast de ICPC-insteek vindt de adviesgroep het van belang om thematisch te agenderen. 'Zodat niet alleen de kleine mozaïekstukjes, maar ook het hele mozaïek in beeld komt,' licht Knottnerus toe. Daarom krijgen de aanwezigen, na een pauze met broodjes en soep, als toetje elf brede onderzoeksthema's voorgeschoteld. Denk aan: alledaagse aandoeningen; aan ouderen, kwetsbare patiënten en multimorbiditeit; aan oncologie; en aan preventie & screening en vroegdiagnostiek.

Tijdens dit plenaire deel vragen enkele deelnemers naar thema's die ze node missen, zoals palliatieve zorg en ggz. Vooral het eerste onderwerp blijkt een gedeeld gemis. Knottnerus meldt dat palliatieve-zorgvragen opgenomen zijn in bredere thema's en dat de ggz samenvalt met het hoofdstuk Psychische problemen (ICPC-hoofdstuk P). Deze onderwerpen komen dus zeker aan de orde.

Voor elk van de 11 thema's heeft de adviesgroep voorafgaande aan de bijeenkomst een top-20 voorbereid op basis van de voorprioritering. Nogmaals mag iedereen de 3 belangrijkste onderzoeksvragen stickeren, met een top 10 van onderzoeksvragen per thema als resultaat.

En nu?

'Er is erg creatief en ijverig gewerkt in een positieve sfeer, met ook belangrijke feedback voor ons als adviesgroep,' constateert Knottnerus na afloop tevreden. De adviesgroep verwerkt de uitkomsten in een rapport met daarin de belangrijke onderzoeksvraagstukken van dit moment. De bedoeling is dat het inspiratie en enthousiasme oproept om dat onderzoek daadwerkelijk mogelijk te maken, zowel inhoudelijk als financieel. Het wordt een levend document, legt Knottnerus uit, 'want dit moet natuurlijk geen eenmalige oprisping zijn. Het zou mooi zijn als we huisartsen kunnen stimuleren tot nog grotere betrokkenheid,' besluit hij. 'Want bij hen zit heel wat creativiteit als het gaat om nog onbekende vraagstellingen. Die kunnen straks mee in een volgende ronde.' [TV]

HIS-Referentiemodel herzien

Medicatie en contactpersonen handiger vastleggen

Contactpersonen vastleggen

Jaarlijks brengt het NHG met inbreng van gebruikers, de vertegenwoordigers van HIS-gebruikersverenigingen, een nieuwe versie uit van het HIS-Referentiemodel, de basis van de structuur en functionaliteit van uw HIS. Nieuw in deze versie zijn de mogelijkheid om voor advanced care planning de contactpersonen en patiëntvertegenwoordigers vast te leggen, en de uitgebreidere mogelijkheden om profylaxe en medicatiegegevens vast te leggen.

Advance care planning betekent dat huisartsen patiënten helpen nadenken over welke zorg ze wel en niet willen. Daarvoor moet de arts de wens van de patiënt over bepaalde behandelingen in acute situaties zoals reanimatie of ziekenhuisopname (behandelgrenzen) kunnen registreren. Ook moet de arts kunnen beschikken over de gegevens van vertegenwoordigers en andere belangrijke contactpersonen van de patiënt die kunnen optreden als de patiënt zelf niet meer in staat is om zijn wensen kenbaar te maken.
In het HIS-Referentiemodel van 2016 waren al de manieren beschreven om behandelgrenzen te registreren, in de nieuwe versie is nu ook uitgewerkt hoe contactpersonen en patiëntvertegenwoordigers kunnen worden vastgelegd. Dit is afgestemd met de KNMG, zodat het model aansluit bij de KNMG-adviezen over wat wilsbekwaamheid is en wie dat bepaalt, en wie er mag optreden als vertegenwoordiger.

Dragerschap BRMO

Ook de mogelijkheden om profylaxe vast te leggen zijn uitgebreid in het herziene HIS-Referentiemodel. In het referentiemodel was al de mogelijkheid beschreven om voorzorgsmaatregelen vast te leggen ter bescherming van een patiënt bij endocarditisprofylaxe bij een patiënt met een vitium cordis, en voor patiënten die immuungecompromitteerd zijn door asplenie of door medicatiegebruik. Nieuw in de herziening is de mogelijkheid om ook voor de omgeving van de patiënt, voor andere, bijvoorbeeld kwetsbare patiënten, voorzorgsmaatregelen vast te leggen bij dragerschap van een bijzonder resistent micro-organisme (BRMO).

Medicatieafspraak

Uitwisseling van medicatiegegevens levert in de praktijk regelmatig problemen op: medicatie wijzigen of staken kan vaak niet intuïtief worden vastgelegd en uitgewisseld. Bijvoorbeeld: u schrijft metformine voor bij een diabetespatiënt, en u verlaagt later de dosering omdat er bijwerkingen zijn. Omdat de patiënt nog metformine in huis heeft, is een nieuw recept niet nodig maar de apotheek weet dan niet van de wijziging in de dosering. Baxtermedicatie levert een grote hoeveelheid afleverberichten op, waardoor de huisarts relevante informatie moeilijk kan vinden. De onderliggende oorzaak van deze onduidelijkheden en de beruchte vervuiling bij herhaalrecepten is dat medisch-inhoudelijke en logistieke aspecten door elkaar heen lopen in de registratie en communicatie.

Medicatiewijziging en staken medicatie handiger vastleggen

Het NHG, de KNMP en Z-Index (leverancier van de G-Standaard, de databank met geneesmiddelen) hebben in het project 'Bouwstenen voor het medicatieproces' (zie www.nhg.org/bouwstenen en www.nictiz.nl/projecten/medicatieproces) de medisch inhoudelijk en logistieke aspecten uit elkaar getrokken. Dit project is opgevolgd door het landelijke project Medicatieproces van Nictiz.
De resultaten van het project hebben in het HIS-Referentiemodel geleid tot het opdelen van wat voorheen is beschreven als het voorschrift, in de medicatieafspraak en het verstrekkingsverzoek. Hierdoor kan de arts medicatie staken of doseringen wijzigen door een nieuwe medicatieafspraak te maken zonder daarbij een verstrekkingsverzoek te hoeven doen aan de apotheek. Andersom is het eveneens mogelijk om een verstrekkingsverzoek te doen bij een al bestaande medicatieafspraak. [MZ, RW, EB]

De NHG-werkgroep HIS-Referentiemodel bestaat uit Erica Bastiaanssen, Richard Westerhof en Maret Zonneveld.
Meer informatie: https://referentiemodel.nhg.org en Maret Zonneveld: m.zonneveld@nhg.org.

Infographic: Nictiz

Nieuwe bouwstenen medicatieproces.
Het HIS-referentiemodel beschrijft hoe de huisarts medicatieafspraken met de patiënt en het verstrekkingsverzoek aan de apotheek vastlegt

Interview met Carinke Buiting, wetenschappelijk medewerker NHG en richtlijnauteur

Baanbrekende richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-specialist

Foto: Dick Holthuis

Carinke Buiting

Al voor verschijning was er succes voor de nieuwe Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (Richtlijn HASP): de volledige participatie van de medisch specialisten. Dat is nieuw, en het is goed voor bijvoorbeeld kwetsbare ouderen. Daarbij maakt de nieuwe richtlijn het werk van zowel huisartsen als specialisten gemakkelijker en efficiënter, aldus de auteur van de richtlijn, Carinke Buiting van het NHG.

Wat is er zo bijzonder aan deze herziening?
'De Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) was volledig vertegenwoordigd bij deze derde versie. Dat is echt een ommekeer. Het veld worstelt al jaren met de informatie-uitwisseling: bij verwijzing, maar ook bij tussentijdse rapportage en bij ontslag. Het rapport *Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) uit 2015 zette alles op scherp. IGZ heeft overigens meegekeken bij de nieuwe richtlijn en zei: 'Help ons bedenken hoe we handhaven, dat kunnen jullie het beste zelf aangeven. De inspecteurs bij IGZ moesten tot nu toe zelf bedenken hoe ze de naleving van communicatierichtlijnen konden controleren, en keek bijvoorbeeld of de informatie over medicatie via verschillende overdrachten identiek was. Maar dat tot in detail nastreven is op dit moment niet het eerste doel. Nu komen we met een Gedragscode HASP, die slechts één A4'tje beslaat. De Inspectie kan nu het accent leggen op naleving van de Gedragscode, dus op de zaken in communicatie die het belangrijkste zijn voor continuïteit van de zorg.
Bij de huisartsen ging het al goed: die volgden de richtlijn uit 2008 voor zeker 95%. Dat ging vaak zonder dat zij er erg in hadden: huisartsen gebruikten al vrijwel allemaal dezelfde verwijsapplicatie en die genereerde een uniforme, duidelijke verwijsbrief volgens de richtlijn: de NHG-verwijsbrief. Specialisten daarentegen gebruiken talloze verschillende applicaties. En die 17.000 specialisten schreven sowieso verschillende soorten ontslagbrieven en tussentijdse updates voor de huisarts. Dat waren 17.000 fantastische brieven, maar voor de huisarts niet snel inzichtelijk en overzichtelijk. Daarom hebben we bij de herziening in 2016-2017 alle verschillende specialistenverenigingen mee laten kneden om één ontslagbrief te krijgen die ze allemaal goed vinden.'

Is het gelukt, één ontslagbrief?
'Ja! Overigens noemen we de brieven nu "berichten en updates" omdat veel niet meer per post gaat. Maar niet alleen die berichten zijn belangrijk, ook dat je ze op het juiste moment stuurt, de tijdigheid. Huisartsen zeggen: 'Bij ontslag moet het ontslagbericht er direct zijn. Er staan zaken in voor de follow-up richting patiënt die we moeten weten.' Daarom hebben we nu die nieuwe Gedragscode HASP. De Gedragscode schrijft precies voor wanneer je als huisarts of specialist een bericht of een update stuurt: het ontslagbericht uit de kliniek bijvoorbeeld volgt in principe op het moment van ontslag, maar uiterlijk binnen 24 uur.'
En hier zie je ook de structurele tijdswinst: tijdig informeren is niet alleen beter voor de zorg voor de patiënt, maar kost ook minder tijd van de artsen. Het kost nu eenmaal veel meer tijd om de informatie te moeten halen bij de patiënt, of om de collega te gaan bellen.

Gaat het om verantwoordelijkheden?
'Huisartsen zeggen: "Ik weet niet eens dat de patiënt ontslagen is, hoe kan ik dan verantwoordelijk zijn?" De Gedragscode is nu heel duidelijk over wie wanneer verplicht is om een bericht te sturen en wie waarvoor verantwoordelijk is. Die verantwoordelijkheden hebben in de Gedragscode een apart kadertje gekregen, bijvoorbeeld:
"bij ontslag uit de kliniek blijft de verantwoordelijkheid voor de klacht bij de geconsulteerde (medisch specialist), 'tenzij ander bericht'; voor de overige zorg gaat de verantwoordelijkheid terug naar de verwijzer (huisarts) of andere geadresseerde (verwijzer krijgt dan kopiebericht)".'

Wat is verder nieuw aan de richtlijn?
'De kern van de berichten is aangescherpt, zoals bij de rubriek 'Reden + context verwijzing'. Want vaak is de verwijsbrief wel op tijd bij de specialist, maar is het voor de specialist niet duidelijk wat de huisarts van hem verwacht. De specialist mist dan bijvoorbeeld de verwijsreden of -vraag. Als je erbij vertelt dat de duizeligheid cruciaal is voor het functioneren omdat meneer vrachtwagenchauffeur is, weet de specialist beter waarom of hoe hij moet helpen. Door de participatie van al die artsengroepen is de winst een veelvoud aan efficiëntie en gemak.' [FK]

Zie over de richtlijn ook het artikel van Carinke Buiting elders in dit blad.
Het NHG heeft een handige online HASP-viewer ontwikkeld waarin u per soort bericht alle toelichtingen per rubriek kunt aanklikken. Ook de verbijzonderingen per specialisme, zaken die in praktijk vermeldenswaard zijn gebleken, zijn hierin handig aanklikbaar. Zie www.nhg.org/ict, Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP).

Redactie NHG-Nieuws Colofon
Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma en Yvonne Vos. Met bijdragen van Erica Bastiaanssen, Fijtje Koets, Karin van der Star, Tanja Veenstra, Richard Westerhof en Maret Zonneveld. Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 39.

NHG-Nieuws is een uitgave van het NHG-bureau.

Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van Huisarts & Wetenschap: blader vier pagina's terug.