JAARGANG 54 / DECEMBER 2011

12

H&W

Huisarts en Wetenschap

2011

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

ONDERZOEK

Inzet POH ggz bij chronisch slaapmiddelengebruik

ONDERZOEK

Patiëntervaringen met palliatievezorghuisartsen tijdens weekenddiensten

NHG-STANDAARD

Anticonceptie

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

12

WETENSCHAP

638 ONDERZOEK
Inzet POH ggz bij chronisch slaapmiddelengebruik
Geertje van de Ven, Marianne Meulepas, Wim Gorgels, Ingrid Verbeek, Miranda Laurant

646 Patiëntervaringen met palliatievezorghuisartsen tijdens weekenddiensten
Paul Giesen, Carel Veldhoven, Nienke Vlaar, Marion Borghuis, Jan Koetsenruijter, Sabine Verheggen

650 BESCHOUWING
ADHD in de eerste lijn
Sylvia van Manen, Martin Beeres, Marian Oud, Lieke Hassink-Franke

652 NHG-STANDAARD
Anticonceptie
Anke Brand, Anita Bruinsma, Kitty van Groeningen, Sandra Kalmijn, Ineke Kardolus, Monique Peerden, Rob Smeenk, Suzy de Swart, Miranda Kurver, Lex Goudswaard

KLINISCHE PRAKTIJK

678 NASCHOLING
Winden laten
Paul van Dijk

681 HUISARTSENZORG IN CIJFERS
Indicatoren: meten ze zorg of registratie?
Jozé Braspenning, Birgit Jansen, Lianne Wennekes

684 IMPORT
Recidiverende BLWI: geen adenotomie
Janneke Belo

685 Intensieve behandeling bij DM2
Bas Houweling, Hans van Hateren

686 CATS
Ibuprofen remt werking acetylsalicylzuur
Femke Gijzen, Arie Knuistingh Neven

687 PEARLS
PDE4-remmers niet interessant bij COPD
Patrick Poels

635 JOURNAAL
682, 688 COLUMNS
683 KENNISTOETS
689 BOEKBESPREKING
691 INGEZONDEN

45 HET NHG

Nooit meer slapen

Het is alweer december. Traditioneel een maand van lijstjes maken, terugblikken op het jaar dat voorbij is en voorzichtig vooruitkijken naar het jaar dat eraan komt. In deze donkere decembermaand heeft de mens van nature de neiging zich terug te trekken en langer te slapen, maar de moderne mens gaat juist feesten om deze donkere periode door te komen. En dat leidt paradoxaal genoeg tot slaapgebrek. Een tekort aan slaap wordt meestal als een probleem ervaren, het lichaam regelt tijdens de slaap immers allerlei functies.

Slaapproblemen

Uit het openingsartikel van Van de Ven et al. blijkt dat één op de drie volwassen Nederlanders een probleem heeft met slapen. Eerder dit jaar meldde *Medisch Contact* zelfs dat het om één op de vier Nederlanders gaat. Volgens het NIVEL is het nog erger en zou deze diagnose in de huisartsenpraktijk bij registratie in de ICPC-P of -Z zelfs een tweede plaats innemen. Wonderlijk, want dit gegeven zou ik vanuit de spreekkamer niet direct onderschrijven. Dit heeft mogelijk te maken met de grote aantallen herhaalrecepten voor slaapmiddelen in de periode van de NIVEL-registratie. Het rapport is uit 2006 en dat geldt dus ook voor de gegevens uit dit openeningsartikel.

Slaap op afroep

Inmiddels is de situatie enigszins veranderd. Sinds januari 2009 worden slaapmiddelen niet meer vergoed, maar het aantal mensen met slaapklachten blijft stijgen. Patiënten worden natuurlijk ook steeds mondiger en veeleisender. Namen zij vroeger genoegen met het tellen van schaapjes, een glas warme melk of slaapmedicatie, tegenwoordig willen patiënten dat het probleem direct wordt opgelost, liefst met de nieuwste methoden. De tweede lijn springt daar slim op in door slaappoli's op te zetten, ofschoon een behandeling daar veel kostbaarder is dan het voorschrijven van slaappillen. Dit scharen we dan maar onder de beperkingen van ons gezondheidszorgbeleid.

Prikkels

Ondertussen neemt de kennis over ons slapen steeds verder toe. Er schijnen al meer dan 80 verschillende slaapstoornissen te bestaan. Ik denk dat een belangrijke oorzaak van slaapproblemen ligt in het overweldigend aanbod aan prikkels die we elke dag krijgen. We komen niet meer tot rust. Gunnen we onszelf wel voldoende tijd om te slapen? En ligt ons slaapdomein wel in een prikkelarme omgeving, zoals de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen bepleit?

Mensen met een slaapprobleem moeten een duidelijke keuze voor het slapen maken, een keuze die zich uit in gedrag. Het is opmerkelijk dat Van de Ven et al. vaststellen dat vooral mannen bereid zijn het slaapprobleem op een andere manier aan te pakken dan door alleen passief slaapmiddelen te slikken, in dit geval door cognitieve gedragstherapie. Bij vrouwen die langdurig slaapmiddelen gebruiken is die gewoonte veel moeilijker te doorbreken. Dit lijkt een tegenstelling: mannen zijn blijkbaar bereid om hun slaapprobleem bespreekbaar te maken, terwijl vrouwen hun probleem liever doorslikken.

Wilma Spinnewijn

Cranberry's tegen blaasontsteking

Antibiotica voorkomen een blaasontsteking beter dan cranberry's, maar leiden tot meer resistentie.

De helft van de vrouwen maakt minstens één keer gedurende haar leven een urineweginfectie door, en ongeveer een kwart houdt klachten na een infectie. Vrouwen met recidiverende blaasontstekingen krijgen dikwijls een onderhoudsdosering met een antibioticum om de frequentie van blaasontstekingen te verminderen. Vaak wordt ook het dagelijks nemen van cranberry's (sap of tabletten) genoemd als alternatief, hoewel hard bewijs voor de werkzaamheid hiervan nog ontbreekt.

In een dubbelblinde, dubbel dummy, *noninferiority* trial werden 221 premenopauzale vrouwen met recidiverende klachten van blaasontsteking gerandomiseerd in een groep die trimethoprim-sulfamethoxazol (TMP-SMX 1 maal daags 480 mg + 1 x placebo) kreeg, en een groep die cranberrycapsules (2 maal daags 500 mg) kreeg. Na een jaar was het gemiddeld aantal patiënten dat minstens 1 symptomatische blaasontsteking kreeg hoger in de cranberrygroep dan in de TMP-SMX-groep (78,2% versus 71,1%; p = 0,03). Ook de tijd tot de eerste symptomatische blaasontsteking was in de cranberrygroep korter dan in de TMP-SMX-groep (4 versus 8 maanden). De TMP-SMX-groep had na 1 maand wel een hoger percentage E-coli bacteriën met resistentie tegen TMP-SMX (86,3% versus 23,7%). Beide middelen werden even goed verdragen.

Dit onderzoek laat zien dat profylaxe met een antibioticum effectiever is dan cranberry's om blaasontstekingen te voorkomen. Antibioticum leidt echter tot meer resistentie. Het eerste keus profylacticum in Nederland (nitrofurantoïne 50-100 mg of trimethoprim 100 mg) verschilt van de in het onderzoek gebruikte medicatie. Voor nitrofurantoïne is de resistentie van E-coli over het algemeen lager dan voor trimethoprim. De conclusie is dat een antibiotisch profylacticum de voorkeur blijft houden, maar dat in sommige gevallen cranberrycapsules een goed alternatief kunnen zijn. ■

Just Eekhof

Beerepoot MA, et al. Cranberries vs Antibiotics to Prevent Urinary Tract Infections: A Randomized Double-blind Noninferiority Trial in Premenopausal Women. Arch Intern Med 2011;171(14):1270-8.

Dementie bij diabetes type 2 onvermijdelijk

Het is bekend dat mensen met type 2 diabetes (DM2) een tweemaal verhoogd risico hebben op dementie. Utrechtse onderzoekers konden geen relatie vinden tussen risicofactoren en dementie. Preventie is vooralsnog dus niet mogelijk.

Beeldvormend onderzoek toont relatief meer uitgesproken afwijkingen van het brein bij mensen met DM2. In de algemene bevolking zijn hypertensie, hypercholesterolemie en obesitas risicofactoren voor dementie, maar de relatie tussen de klassieke risicofactoren en dementie is bij DM2 minder helder. Intrinsieke diabeteskenmerken zoals hyperinsulinemie en hyperglykemie zouden wel eens een belangrijke rol kunnen spelen bij achteruitgang van cognitie, los van de cardiovasculaire risicofactoren.

Onderzoekers van de Utrechtse *Diabetic Encephalopathy Study* keken naar de relatie tussen vasculaire en metabole risicofactoren en versnelde cognitieve achteruitgang bij mensen met DM2. Met vier jaar tussentijd werd twee maal een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek gedaan bij 68 type 2 diabetespatiënten en 38 gematchte controles, bij aanvang gemiddeld 65 jaar oud. Met MRI-scans werden relevante hersenvolumina berekend (hoe meer witte stof en ventrikelvolume, hoe dementer). De deelnemers werden gestatust en cardiovasculaire risicofactoren werden vastgelegd. De procedure bij aanvang en na vier jaar was identiek.

Een kwart (17/68) van de deelnemers met DM2 had een versnelde cognitieve achteruitgang bij herhaald neuropsychologisch onderzoek, vergeleken met de andere 51 mensen met DM2 en met de controlegroep. Hun cognitieve achteruitgang hield gedurende de vier jaar gelijke tred met de volumevermindering van hun brein zichtbaar op de MRI. Bij deze 17 mensen met DM2 bleek geen enkele risicofactor geassocieerd te zijn met hun versnelde cognitieve achteruitgang. BMI, systolische bloeddruk, lipiden en cardiovasculaire comorbiditeit voorspellen geen dementie. Ook glykemie en duur van diabetes hebben geen relatie met cognitie.

Misschien was vier jaar te kort of was de schade al opgetreden voor aanvang van het onderzoek. Mogelijk spelen genetische factoren of ontsteking een rol in het dementeringsrisico van mensen met DM2, maar de auteurs hadden hiervoor geen materiaal verzameld.

Vooralsnog kunnen we het verhoogde gevaar van dementie bij mensen met DM2 niet afwenden, niet met leefstijlverbetering en niet met medicatie. ■

Ymte Groeneveld

Reijmer YD, et al. Accelerated cognitive decline in patients with type 2 diabetes: MRI correlates and risk factors. Diabetes Metab Res Rev 2011;27:195-202. Doi: 10.1002/dmrr.1163.

World Wide Weight Watchers

Een multicentre onderzoek in Australië, Duitsland en Engeland laat zien dat verwijzing vanuit de eerste lijn naar een commercieel gewichtreductieprogramma een zinvolle en kosteneffectieve manier lijkt om grote groepen patiënten af te laten vallen.

Zwaarlijvigheid is een wereldwijd probleem. In 2009 had bijna de helft van de Nederlandse volwassenen overgewicht dan wel obesitas. Zij dragen bij aan stijgende prevalentie van diabetes, ischemische hartziekten en andere gewichtgerelateerde aandoeningen. Onderzoekers selecteerden 772 volwassenen met een BMI tussen 27 en 35 kg/m^2 en tenminste 1 additionele risicofactor voor gewichtgerelateerde ziekten uit Australië, Duitsland en Engeland. Na randomisatie werden 377 patiënten verwezen naar een commerciële aanbieder van een gewichtreductieprogramma (in dit geval Weight Watchers) en 395 patiënten ondergingen de voor elk land gebruikelijke geprotocolleerde begeleiding om af te vallen in hun eigen huisartsenpraktijk. Deelnemers aan het Weight Watchers-programma werden verzocht aan andere deelnemers en trainers geen melding te maken van hun participatie in het onderzoek. De primaire uitkomstmaat was het gemeten gewichtsverlies over een periode van 12 maanden.

Na analyse bleken de patiënten in het Weight Watchers-programma tweemaal zoveel te zijn afgevallen als de patiënten in de andere groep, respectievelijk -5,06 kg (SE 0,31) versus -2,25 kg (SE 0,21). Tevens verbeterden de middelomtrek, vetmassa, glucosewaarden en lipidespectrum significant meer in de Weight Watchers-groep. Er werden geen verschillen in uitkomsten gevonden tussen de 3 deelnemende landen. Een mogelijke verklaring voor deze uitkomst is dat de participanten in de Weight Watchers-groep frequentere contacten hadden en profiteerden van het peer supportelement van een groepsbehandeling.

Dit onderzoek geeft aan dat er commerciële programma's bestaan die (kosten)effectief, op grote schaal en in verschillende landen toepasbaar zijn. In Nederland, waar de vergoeding voor de diëtist grotendeels wegvalt, zou dit een alternatief kunnen zijn. Doel van deze programma's zou dan echter niet alleen het afvallen moeten zijn, maar ook zaken als het aanleren van gezond eetgedrag en voldoende beweging. ■

Johan Schinkelshoek

Jebb SA, et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. Lancet 2011. Doi: 10:1016/S0140-6736(11)61344-5.

Chocolade voorkomt CVA

Een hoge chocoladeconsumptie verlaagt de kans op cardiometabole aandoeningen en CVA. Toch is dit geen vrijbrief voor het onbelemmerd nuttigen van deze lekkernij.

De positieve medicinale effecten van chocolade waren al bekend bij de Maya en Azteken. Door hun ontstekingsremmende werking hebben de flavonoïden in cacao waarschijnlijk een beschermend effect op bloedvaten en bindweefsel. Dit onderzoek, dat vrijwel uitsluitend door dames werd uitgevoerd, beschrijft voor het eerst een systematische review over de effecten van chocolade en een meta-analyse op het ontwikkelen van cardiometabole aandoeningen, CVA, hartfalen in combinatie met sekse en type chocolade. De onderzoekers zochten in diverse zoekmachines vanaf 1950 tot 2010. Alleen gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken, case control-, cohort- en cross-sectionele onderzoeken kwamen in aanmerking. Na selectie bleven slechts 7 onderzoeken over, waarvan 1 transversaal onderzoek uit de Verenigde Staten en 6 cohortonderzoeken uit Europa. Geen van de onderzoeken was gerandomiseerd. Er blijkt een verband tussen hoge chocoladeconsumptie en een verlaging van het risico op cardiometabole aandoeningen. Het risico op cardiometabole aandoeningen nam af met 37% (RR 0,63; 95%-BI 0,44-0,90) en het risico op CVA met 29% (RR 0,71; 95%-BI 0,52-0,98). Een verband met hartfalen werd niet gevonden (RR 0,95; 95%-BI 0,61-1,48), dat komt misschien omdat hartfalen vooral een eindstadium is van vele cardiovasculaire aandoeningen. Ongelimiteerd chocolade eten is echter geen oplossing. De in de winkel verkrijgbare chocolade bevat vaak veel vetten en suikers. Hoge inname leidt dan tot gewichtstoename, wat weer een risico vormt voor diabetes, hypertensie, et cetera. Maar voor de chocoladeletters van deze maand hebben we nu een goed excuus. ■

Foto: Shutterstock/Marcel Mooij

Wilma Spinnewijn

Buitrago-Lopez A, et al. Chocolate consumption and cardiometabolic disorders: systemic review and meta-analysis. BMJ 2011;343:d4488. Doi: 10.1136.

Stoppen met roken met je mobieltje

Moderne communicatietechnologie biedt ook nieuwe therapeutische mogelijkheden aan dokters.

Engelse onderzoekers verdeelden in de txt2stop-trial 5800 rokers met stopplannen over een interventiegroep die werd voorzien van motiverende sms-berichten en een controlegroep die teksten toegezonden kreeg met een neutralere inhoud. Voorbeelden van motiverende berichten uit de fase voorafgaande aan de stopdag waren 'bedenk alvast enkele strategieën om het jezelf gemakkelijker te maken tijdens moeilijke momenten' en 'waarom zou je niet een lijst maken van jouw redenen om met roken te stoppen die je als inspiratiebron kunt gebruiken'. Daags na de stopdag kreeg de interventiegroep de mededeling: 'Snel resultaat, de koolmonoxide heeft je lichaam verlaten.' Op momenten waarop gesnakt werd naar een sigaret, konden leden van de interventiegroep het bericht *crave* naar de organisatoren sturen, waarop werd geantwoord dat dergelijke momenten doorgaans maar vijf minuten duren, met het advies even afleiding te zoeken door te nippen aan een glaasje fris. De controlegroep kreeg eveneens sms-berichten, maar die vermeldden alleen dat de onderzoekers blij waren dat ze meededen aan het onderzoek. Gedurende de onderzoeksperiode stond het de deelnemers vrij om op andere manieren hulp voor het stoppen met roken te zoeken, waar degenen uit interventiegroep en controlegroep even frequent gebruik van maakten.

Na 6 maanden meldde 10,7% van interventiegroep en 4,9% van de controlegroep ($p < 0{,}0001$) nog steeds met het roken gestopt te zijn, hetgeen biochemisch werd geverifieerd. Al met al is de mobieltjesmethode een waardevolle aanwinst voor het therapeutisch arsenaal van artsen. Wordt het niet zo langzamerhand tijd dat het NHG een *app* ontwikkelt om deze methode binnen het bereik te brengen van iedere Nederlandse huisartsenpraktijk? ■

Tjerk Wiersma

Free C, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomized trial. Lancet 2011;378:49-55.

Foto: Shutterstock/Michaelpuche

Excideer ruim en diep

Huisartsen beperken zich bij het excideren van onschuldig lijkende gepigmenteerde plekjes vooral tot de romp en de extremiteiten. Dat gebeurt meer bij vrouwen dan bij mannen. Toch blijken die niet-verdachte plekjes nogal eens onverwacht een melanoom te bevatten.

In het onderzoek van Van Diest et al. werden melanoompreparaten geëxcideerd door huisartsen vergeleken met melanoompreparaten die door academische dermatologen waren geëxcideerd. De preparaten uit de huisartsenpraktijk bleken vooral melanomen van het nodulaire type te bevatten met een ingroei tot in het bovenste deel van de onderhuid (Clark level III). Een nodulair melanoom groeit dieper en heeft in het algemeen een slechtere prognose. Dit type melanoom werd door de huisartsen in het onderzoek vaak ingestuurd als zijnde naevi (47%) en fibromen (11,8%), met een nauwe en ondiepe marge. Het is jammer dat ze niet als zodanig door huisartsen werden herkend omdat verwijdering zelden radicaal was. Let wel: het gaat hier om een onderzoek dat plaatsvond vóór de introductie van de dermatoscoop (1995-2006), dat om onduidelijke redenen pas recent is gepubliceerd (juli 2011). Het was ook niet helder of de 'plekjes' werden verwijderd om cosmetische redenen of vanwege een niet-pluisgevoel. De vraag of de dermatoscoop verandering in de diagnostiek heeft gebracht blijft staan. Evenals het feit dat we vaak toch te ondiep en te voorzichtig 'plekjes' excideren. ■

Wilma Spinnewijn

Van Diest PJ, et al. J Clin Exp Dermatol Res 2011;2:125. Doi: 10.4172/2155-9554.1000125

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).

Geertje van de Ven, Marianne Meulepas, Wim Gorgels, Ingrid Verbeek, Miranda Laurant

Inzet POH ggz bij chronisch slaapmiddelengebruik

Samenvatting

Van de Ven G, Meulepas M, Gorgels W, Verbeek I, Laurant MGH. Inzet POH ggz bij chronisch slaapmiddelengebruik. Huisarts Wet 2011;54(12):638-45.

Doel Ongeveer 2% van de Nederlanders gebruikt langdurig slaapmedicatie. Met de komst van de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH ggz) lijkt cognitieve gedragstherapie (CGT) in de huisartsenpraktijken mogelijk te worden. CGT bij insomnie moet disfunctionele gedachten ombuigen die de slaapstoornissen in stand houden, met als gevolg verbetering van de slaapkwaliteit en een vermindering van het slaapmiddelengebruik. Bij patiënten die chronisch slaapmiddelen gebruiken, hebben wij onderzocht wat het effect is van door de POH ggz gegeven CGT op zelfgerapporteerd slaapmiddelengebruik en slaapstoornissen gerelateerde symptomen.

Methode Dit onderzoek was een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial (cRCT), waaraan 809 patiënten en 9 POH ggz uit 9 huisartsenpraktijken deelnamen. De praktijken uit de interventiegroep ontvingen een procedurebespreking, terwijl de POH ggz scholing kreeg in CGT bij slaapstoornissen, waarbij zij gebruik konden maken van een telefonische helpdesk. Praktijken uit de controlegroep leverden de gebruikelijke zorg. Om het effect van de interventie te meten, namen we de patiënten voorafgaand aan de interventie en circa drie maanden nadien een schriftelijke vragenlijst af.

Resultaten De interventiegroep verbeterde significant op de volgende gebieden: slaapkwaliteit, disfunctionele gedachten en houdingen ten opzichte van de slaap en zelfgerapporteerd medicatiegebruik. Eenennegentig patiënten wilden gebruikmaken van begeleiding en 75 patiënten kregen uiteindelijk begeleiding. Wanneer we alleen de begeleide groep patiënten vergeleken met de controlegroep, waren deze effecten nog sterker.

Conclusie Dit kleinschalige onderzoek toont aan dat behandeling van slaapstoornissen door de POH ggz resulteert in een reductie in het gebruik van slaapmedicatie, een verbetering van de slaapkwaliteit en een vermindering van disfunctionele gedachten en houdingen ten aanzien van slaap. We bevelen implementatie van CGT door getrainde POH ggz aan, waarbij men de effecten op de lange termijn door middel van begeleidend onderzoek zou moeten vaststellen.

INLEIDING

Slaapstoornissen komen in Nederland veel voor. Een op de drie volwassen Nederlanders heeft problemen met slaap.[1,2] Na depressie vormen slaapstoornissen de tweede psychische of sociale diagnose in de huisartsenpraktijk.[3] Wanneer de slapeloosheid langer dan drie weken bestaat en de patiënt aangeeft dat hij ten minste tweemaal per week slecht slaapt, spreekt men van langdurige slapeloosheid. Naar schatting gebruikt 2% van de Nederlandse bevolking langdurig benzodiazepines, voorgeschreven als slaapmiddel.[1]

Naast medicamenteuze behandeling zou men ook psychologische methoden kunnen inzetten. Cognitieve gedragstherapie (CGT) en zelfhulpmethoden blijken kosteneffectieve behandelingen te zijn voor slaapstoornissen.[4,5] CGT helpt patiënten met slaapproblemen om slechte slaapgewoonten te veranderen in gewoonten die een goede slaap bevorderen. CGT omvat gemiddeld zes wekelijkse individuele gesprekken en richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid door middel van vijf pijlers: psycho-educatie, zelfwaarneming, het doorbreken van verkeerd aangeleerde slaapgewoonten, ontspanning en het aanpakken van niet-helpende gedachten over slaap [**figuur 1**]. Hoewel de huisartsenpraktijk bij uitstek de plaats is om deze methoden in te zetten, gebeurt dat in de praktijk nog nauwelijks.[6,7] Obstakels hierbij zijn de beperkte tijd van de huisarts en het ontbreken van de specifieke vaardigheden die nodig zijn voor het uitvoeren van CGT. Met de komst van de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH ggz) is het mogelijk om deze psychologische behandelmethoden wel in te zetten. Patiënten kunnen een individuele begeleiding krijgen van de POH ggz, met als doel verandering in het slaapgedrag, waardoor ze kunnen stoppen of minderen met slaapmiddelen.

We hebben onderzocht wat de effecten zijn van de CGT die wordt uitgevoerd door een getrainde POH ggz op zelfgerapporteerd slaapmiddelengebruik en op aan slaapstoornissen gerelateerde symptomen. We geven antwoord op de volgende vragen:

Wat is bekend?

- Een op de drie volwassen Nederlanders heeft problemen met slapen; ongeveer 2% van alle Nederlanders gebruikt langdurig slaapmedicatie.
- Cognitieve behandelmethoden blijken effectief bij de behandeling van slaapstoornissen.
- Huisartsen zetten cognitieve behandelmethoden niet of nauwelijks in bij slaapstoornissen.

Wat is nieuw?

- Praktijkondersteuners ggz kunnen een training krijgen om patiënten met slaapstoornissen in de huisartsenpraktijk te behandelen met kortdurende cognitieve gedragstherapie.
- Cognitieve gedragstherapie door praktijkondersteuners resulteert in een verbeterde slaapkwaliteit, minder disfunctionele gedachten en houdingen ten opzichte van de slaap, en een reductie in het medicatiegebruik.

UMC St Radboud, afdeling Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Huispost IQ 114, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: G. van de Ven, junior onderzoeker; dr. M.G.H. Laurant, senior onderzoeker. Meetpunt Kwaliteit, Eindhoven: dr. M. Meulepas, manager en senior onderzoeker. UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: dr. W. Gorgels, huisarts en onderzoeker. Centrum voor slaapgeneeskunde Kempenhaeghe, Heeze: dr. I. Verbeek, slaapdeskundige • Correspondentie: G.vandeVen@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is gefinancierd door ROBUUST, regionale ondersteuningsstructuur Zuid-Nederland. De Medisch Ethische Commissie Nijmegen heeft het onderzoek goedgekeurd (14-04-2009, dossiernummer 2009/089).

Figuur 1 **Kernpunten van de inhoud van CGT bij slaapproblemen**

- Psycho-educatie: de patiënt krijgt algemene informatie over slaap, het ontstaan van slapeloosheid en de vicieuze cirkel van slecht slapen.
- Zelfwaarneming: de patiënt houdt dagelijks een slaapdagboek bij, waarin hij verschillende zaken noteert: het subjectieve tijdstip van naar bed gaan, het tijdstip van inslapen, het aantal keer en de duur van het 's nachts wakker liggen, de totale slaaptijd, het tijdstip van ontwaken, het tijdstip van opstaan en het gebruik van middelen (alcohol, cafeïne en medicatie).
- Doorbreken van verkeerd aangeleerde slaapgewoonten: slaaprestrictie (tijdelijk een stuk korter op bed liggen) en stimuluscontrole (bed bewaren voor de slaap en even opstaan als de slaap niet komt).
- Ontspanning: inplannen van rustmomenten overdag, en van ademhalings- en ontspanningsoefeningen.
- Aanpakken van niet-helpende gedachten over slaap: een piekermoment voor het slapen, houding ten aanzien van en gedachten over de slaap bekijken.

- Wat is het bereik van de interventie?
- Wat is het effect van het al dan niet inzetten van de POH ggz op aan slaapgerelateerde symptomen en zelfgerapporteerd medicatiegebruik in vergelijking met de gebruikelijke zorg?
- Psycho-educatie: de patiënt krijgt algemene informatie over slaap, het ontstaan van slapeloosheid en de vicieuze cirkel van slecht slapen.
- Zelfwaarneming: de patiënt houdt dagelijks een slaapdagboek bij, waarin hij verschillende zaken noteert: het subjectieve tijdstip van naar bed gaan, het tijdstip van inslapen, het aantal keer en de duur van het 's nachts wakker liggen, de totale slaaptijd, het tijdstip van ontwaken, het tijdstip van opstaan en het gebruik van middelen (alcohol, cafeïne en medicatie).

METHODE

Onderzoeksopzet en -populatie

In september 2009 startten we in Eindhoven en omgeving een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial (cRCT), waaraan 809 patiënten en 9 POH ggz uit 9 huisartsenpraktijken deelnamen. De praktijken hebben we begin 2009 geworven. Hierbij hebben we gebruikgemaakt van bestaande contacten, wervingsbrieven en de landelijke POH ggz nieuwsbrief. In totaal hebben we 31 praktijken met een POH ggz in dienst actief benaderd en hebben 9 praktijken zich voor deelname aangemeld. Redenen om niet deel te nemen varieerden van logistieke problemen, zoals reorganisatie, tot gebrek aan affiniteit met het onderwerp. De praktijken zijn via loting gerandomiseerd in de interventie- of controlegroep. Omdat alleen de POH ggz uit de interventiepraktijken een training volgden, waren de deelnemende praktijken niet blind voor de groep waarin ze zaten.

In alle deelnemende praktijken hebben we de chronische slaapmiddelengebruikers geïdentificeerd met behulp van het huisartseninformatiesysteem. We beschouwden een patiënt als chronische gebruiker als hij in ten minste twee van de vier afgelopen kwartalen een voorschrift had ontvangen van benzodiazepinehypnotica (ATC-code: N05CD, N05CF of N03AE01).[7] Daarnaast moest de huisarts ten minste een van deze voorschriften in de laatste twee kwartalen hebben voorgeschreven. Per praktijk stelden we een ruime patiëntenlijst (spreiding 21-347) samen, die we voorlegden aan de huisarts. De huisarts kon patiënten naar eigen inzicht uitsluiten, waarbij we de volgende criteria als richtlijn hebben aangeboden:[9]

- De patiënt krijgt in de tweede lijn een behandeling voor psychische klachten.
- Er is sprake van drugs- of alcoholproblematiek.
- Er is sprake van een psychotische stoornis.
- De patiënt heeft epilepsie.
- De patiënt beheerst de Nederlandse taal onvoldoende.
- Overige redenen van de huisarts.

Geëxcludeerde patiënten hebben we niet benaderd voor begeleiding door de POH ggz en het begeleidende onderzoek. Patiënten uit de controlepraktijken ontvingen alleen een brief van de huisarts met de uitnodiging een vragenlijst over hun slaapgedrag in te vullen. Patiënten uit de interventiegroep

Abstract

Van de Ven G, Meulepas M, Gorgels W, Verbeek I, Laurant MGH. Mental health practitioner nurses for chronic sleep medication use Huisarts Wet 2011;54(12):638-45.

BACKGROUND Sleep disorders are very common in the Netherlands: about 33% of the population experience sleeping problems and about 2% are long-term users of sleep medications. The introduction of mental health practitioner nurses to general practice makes cognitive-behavioural therapy (CBT) a possible treatment for these problems. The aim of CBT in patients with insomnia is to alter their dysfunctional beliefs about sleep, beliefs that sustain sleeping problems, in order to achieve a better quality of sleep and a reduced use of sleep medications. The aim of this study was to evaluate the effect of CBT given by mental health practitioner nurses in general practice on patient-reported use of sleep medications and sleep-related symptoms in patients with long term use of sleep medications.

METHODS This cluster randomized controlled trial involved 809 patients and nine mental health practitioner nurses from nine general practices. General practices from the intervention group received instruction about the procedure and the mental health practitioner nurses received instruction in CBT for sleep disorders; they could also make use of a telephone helpdesk. General practices from the control group provided their usual care for these patients. To evaluate the effect of the intervention, the patients were asked to complete a written questionnaire before and about 3 months after the intervention.

RESULTS The patients in the intervention group showed a significant improvement in sleep quality, dysfunctional thoughts and attitudes about sleep, and self-reported medication use. This improvement was stronger when the 75 of 91 randomized patients who actually received the intervention were compared with patients in the control group.

CONCLUSION This small study showed that the treatment of sleep disorders by trained mental health practitioner nurses reduces the use of sleep medications, improves the quality of sleep, and reduces dysfunctional thoughts and attitudes about sleep. We recommend the use of CBT given by trained mental health practitioner nurses and the investigation of its long-term effects in a controlled trial.

Foto: Shutterstock/L Saloni

kregen door middel van een door de huisarts ondertekende brief ook begeleiding door de POH ggz aangeboden. Ook wanneer de patiënten besloten geen gebruik te maken van de aangeboden begeleiding, kregen zij het verzoek de vragenlijst in te vullen. Metingen vonden plaats voorafgaand aan de eventuele begeleiding (nulmeting) en drie maanden daarna (nameting). Patiënten die daadwerkelijk gebruik hadden gemaakt van de begeleiding kregen de nametingvragenlijst drie maanden na hun eerste begeleidingsbijeenkomst toegestuurd (circa drie tot vier maanden na de voormeting).

Interventie

De POH ggz uit de interventiegroep volgden een vier uur durende workshop over CGT bij slaapstoornissen bij het Centrum voor slaapgeneeskunde Kempenhaeghe. Een van ons (IV) gaf deze training omdat ze een expert is op het gebied van de behandeling van slaapstoornissen. Ze maakte hierbij gebruik van het zelfhulpboek *Slapeloosheid*.[10] CGT moet ervoor zorgen dat de patiënt beter gaat slapen en beter met problemen leert omgaan (*coping*), en dat de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven toenemen. CGT bestaat uit wekelijkse individuele gesprekken, gemiddeld zes gesprekken van 30 minuten. Deze gesprekken richten zich op psycho-educatie, zelfwaarneming, het doorbreken van verkeerd aangeleerde slaapgewoonten, ontspanning en het aanpakken van niet-helpende gedachten over slaap (zie **figuur 1**). Daarnaast krijgen patiënten eventueel begeleiding bij de afbouw van slaapmedicatie. Na één en drie maanden volgt een follow-upgesprek.

We (MM en GvdV) hebben de interventiepraktijken voor aanvang van de onderzoeksperiode bezocht voor een procedurebespreking. Hierbij waren de POH ggz en ten minste één huisarts aanwezig. Tijdens deze bijeenkomst hebben we afspraken gemaakt over de route van door- en terugverwijzing van patiënten met slaapstoornissen en de logistiek van het onderzoek. Ook patiënten die zich voor het eerst op het spreekuur met slaapstoornissen meldden, kon de huisarts doorverwijzen naar de POH ggz. Na de training en de procedurebespreking kon de POH ggz starten met de begeleiding van aangemelde patiënten. De workshop en procedurebespreking vonden in september en oktober 2009 plaats. Gedurende de interventieperiode (oktober 2009 tot mei 2010) konden de geschoolde POH ggz gebruikmaken van een helpdesk, die we vanuit Kempenhaeghe aanboden. Ze konden telefonisch of via e-mail vragen stellen over de toepassing van CGT bij patiënten in het algemeen en/of bij specifieke individuele casuïstiek.

Praktijken in de controlegroep leverden hun gebruikelijke zorg bij patiënten met slaapstoornissen. De inhoud van gebruikelijke zorg verschilde per praktijk, maar de POH ggz speelden in de controlepraktijken geen rol bij patiënten met slaapstoornissen. Ook kregen ze geen scholing en vond er geen procedurebespreking plaats.

Uitkomstmaten

Aan de hand van een aantal stoornisgerelateerde uitkomsten en zelfgerapporteerd medicatiegebruik bepaalden we het effect van de CGT door de getrainde POH ggz en vergeleken dat met de gebruikelijke zorg. We namen de Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (spreiding 0-21) af om de slaapkwaliteit te meten.[11] Naast een aantal vragen over het slaapgedrag bevat deze vragenlijst vragen over de slaapkwaliteit, die men scoort met behulp van een vierpuntsschaal. Hoe lager de score, hoe beter de slaapkwaliteit. Om de ernst van de slapeloosheid te meten maakten we gebruik van de Insomnia Severity Index (ISI) (spreiding 0-28).[12] De ernst van de slapeloosheid en de invloed ervan op het dagelijks functioneren scoorden we op een vijfpunts-likertschaal ('niet' tot 'zeer ernstig'). Hierbij geldt hoe hoger de score, hoe ernstiger de slapeloosheid. Ook namen we de Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS-16) (spreiding 0-64) af.[13] Deze vragenlijst meet de houding en gedachten met betrekking tot de slaap met behulp van zestien stellingen op een vijfpuntsschaal ('mee eens' tot 'mee oneens'). Hoe meer disfunctionele gedachten, hoe hoger de score.

Power-berekening

Voor het berekenen van de grootte van de onderzoeksgroep is de totaalscore op de PSQI[11] als primaire uitkomstmaat gehanteerd. Morgan en collega's toonden aan dat de CGT resulteerde in een gemiddelde verbetering van 2,8 op de totaalscore van de PSQI.[14] In de controlegroep (*usual care*) verslechterde de slaapkwaliteit met gemiddeld 0,9 punten op de totaalscore. Uitgaande van alfa 0,01, power 0,80 en een intraclass-correlatiecoëfficiënt van 0,10 met een gemiddelde verschilscore van 3,7 (sd 3,3) waren 40 patiënten per groep nodig. Omdat we bovendien wilden compenseren voor 25% uitval waren minimaal 100 patiënten nodig (50 per groep).

Analyse

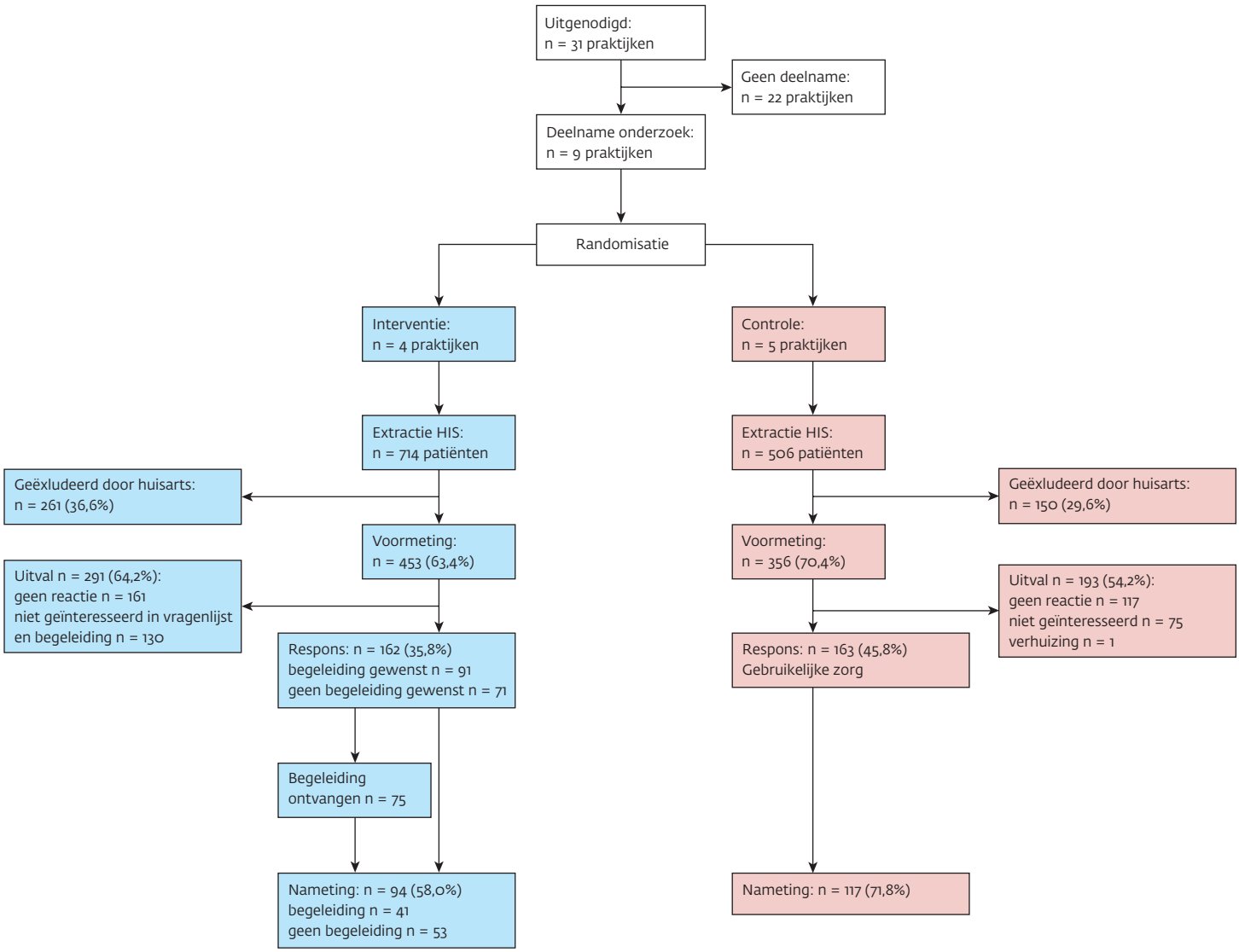
Allereerst hebben we beschrijvende statistiek gebruikt om de gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de voormetingvragenlijst weer te geven. Om verandering in slaapgerelateerde uitkomsten vast te stellen, maakten we gebruik van een multilevel-analyse voor continue data, waarbij we twee niveaus hebben meegenomen: de huisartsenpraktijk en de patiënt. Hieraan voorafgaand hebben we aan de hand van bestaande handleidingen van de vragenlijsten de totaalscores op de vragenlijsten en de somscores op de verschillende subschalen berekend. We hebben een subschaal- of totaalscore in de analyse meegenomen wanneer de patiënt hiervan ten minste de helft plus één vragen had ingevuld. De analyses hebben we uitgevoerd per protocol, waarbij we de interventiegroep met de controlegroep hebben vergeleken. Tevens hebben we een subgroepanalyse uitgevoerd van patiënten die CGT kregen, waarbij we alleen de uitkomsten van patiënten die daadwerkelijk begeleiding van de POH ggz hebben ontvangen, met de controlegroep hebben vergeleken. Vanwege het grote aantal uitgevoerde toetsen beschouwden we een $p < 0{,}01$ als statistisch significante drempel.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek is gestart met negen POH ggz werkzaam in negen praktijken. In een van de praktijken waren twee POH ggz werkzaam en één POH ggz was in twee praktijken werkzaam. Gedurende het onderzoek zijn twee POH ggz uit de interventiegroep uit dienst gegaan. Van hen is er één vervangen.

Figuur 2 Diagram met het overzicht van de doorstroom van patiënten in de verschillende fasen van het onderzoek



Tabel 1 Kenmerken van de praktijken, POH ggz en patiënten bij de voormeting

Praktijkniveau (n = 9)	Interventie (n = 4)	Controle (n = 5)
Type praktijk:		
■ eenmanspraktijk	1	1
■ maatschap	1	1
■ HOED	1	1
■ groepspraktijk	1	2
Aantal huisartsen in de praktijk (gem.)	4,0 (sd 2,6)	2,8 (sd 1,9)
Aantal POH ggz in praktijk (gem.)	1,3 (sd 0,5)	1,0 (sd 0,0)
POH ggz (n = 9)	Interventie (n = 5)	Controle (n = 4)
Leeftijd (gemiddeld)	43,50 (sd 12,50)*	41,50 (sd 20,51)†
Jaren werkzaam in functie (gem.)	4,99 (sd 4,25)*	1,75 (sd 0,35)†
Jaren werkzaam in praktijk (gem.)	1,13 (sd 0,63)*	1,75 (sd 0,35)†
Patiëntniveau (n = 325)	Interventie (n = 162)	Controle (n = 163)
Leeftijd	63,7 jaar‡ (sd 12,32)	69,8 jaar‡ (sd 11,86)
Geslacht (% man)	34,4%	28,8%
Woonsituatie:		
■ alleenwonend	28,2%	28,5%
■ met partner	53,2%	56,3%
■ met partner en kinderen	14,1%	11,4%
■ anders	4,5%	3,8%
Hoogst genoten opleiding:		
■ basisschool	20,3%	23,2%
■ middelbare school	22,2%	23,2%
■ lager beroepsonderwijs	17,6%	18,7%
■ middelbaar beroepsonderwijs	21,6%	20,6%
■ hoger beroepsonderwijs	3,3%	3,9%
■ wetenschappelijke opleiding	5,2%	6,2%

* Gebaseerd op gegevens van 4 POH ggz
† Gebaseerd op gegevens van 2 POH ggz
‡ Significant $p < 0,05$ tussen de groepen

We hebben in totaal 1220 patiënten als chronische gebruiker geïdentificeerd [**figuur 2**]. Hiervan heeft de huisarts er 411 geëxcludeerd, met als meest voorkomende reden dat de patiënt in de tweede lijn een behandeling kreeg. Achthonderdnegen patiënten ontvingen een brief met een vragenlijst, van wie de huisarts er 453 begeleiding aanbood.

[**Tabel 1**] toont de kenmerken van de deelnemende praktijken, POH ggz en patiënten bij de voormeting. De patiënten in de controlegroep bleken ouder dan patiënten in de interventiegroep. Op de overige kenmerken waren er geen verschillen tussen de groepen.

In [**tabel 2**] staan de verschillen tussen de patiënten uit de interventiegroep die hadden aangegeven gebruik te willen maken van de begeleiding en patiënten die geen begeleiding wensten. Mannen waren vaker bereid gebruik te maken van de begeleiding dan vrouwen. Ook de woonsituatie verschilde voor zover het geen alleenstaanden betrof: patiënten die begeleiding wensten, woonden relatief vaker in gezinsverband en minder vaak met alleen een partner. Ook op slaapgerelateerde klachten zagen we significante verschillen. Patiënten die begeleiding wensten, ervoeren ernstigere klachten in vergelijking met patiënten die van begeleiding afzagen.

Deelname aan de interventie

Van de 91 patiënten die gebruik wilden maken van de begeleiding, zijn in totaal 75 patiënten door 5 POH ggz begeleid (gemiddeld 15 per POH ggz; sd 8,22). Er zijn 185 consulten geweest (gemiddeld 37 per POH ggz; sd 20,55). In plaats van de vooraf ingeschatte 6 consulten per patiënt, hadden de patiënten gemiddeld 2,47 (sd 1,10) consulten. Zeven patiënten waren ten tijde van de nameting nog onder behandeling bij de POH ggz.

Uitkomsten

In [**tabel 3**] staan de effecten van de CGT op basis van de multilevel-analyse op een aantal stoornisgerelateerde uitkomsten. Op de totaalscore van de PSQI zien we een significant verschil in effect van 1,26 ten gunste van de interventiegroep. Een somscore van 11 of hoger op de PSQI betekent dat de patiënt een chronisch slaapprobleem ervaart. In de interventiegroep zien we een toename van 12,2% van de patiënten die lager dan 11 scoren, en dus geen chronisch slaapprobleem meer ervaren. In de controlegroep is deze toename 6,8%. In de interventiegroep zien we een toename van 10,3% van de patiënten die in de categorie 'goede slaper' vallen (somscore PSQI ≤ 6), ten opzichte van een toename van 4,1% in de controlegroep.

Ook op de DBAS-16 komt bij patiënten uit de interventiegroep een significant grotere afname van een disfunctionele houding en gedachten ten opzichte van de slaap naar voren. Vooral de subschalen 'medicatiegebruik', 'ervaren consequenties van de slapeloosheid' en 'piekeren/hopeloosheid over de slapeloosheid' laten een groot verschil zien in het voordeel van de interventiegroep.

Uit de subgroepanalyse van patiënten die CGT kregen blijkt dat het effect is versterkt [**tabel 4**]. Deze groep patiënten ervaart naast de bovengenoemde effecten ook minder slaapverstoorders, zoals hoesten of nachtmerries (subschaal 5 van de PSQI). Patiënten in de controlegroep laten op deze subschaal een toename zien van 0,12, terwijl de patiënten die begeleiding hebben ontvangen een afname van slaapverstoorders vertonen van 0,18 ($p \leq 0,001$). Ook zien we bij de begeleide patiënten een verminderde ernst van slapeloosheid (somscore ISI) vergeleken met de controlegroep. De controlegroep scoort hierop een afname van 0,12, terwijl de patiënten die begeleiding hebben gehad een afname van 2,92 laten zien ($p \leq 0,055$).

BESCHOUWING

We vonden significante verschillen ten gunste van de interventiegroep op slaapkwaliteit, disfunctionele gedachten en houdingen ten opzichte van de slaap, en zelfgerapporteerd medicatiegebruik. Hoewel het percentage patiënten met een chronische slaapstoornis in beide groepen afnam, was dit circa twee keer zo groot in de interventiegroep als in de controlegroep. Ook is het aantal 'goede slapers' in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep meer toegenomen. De effecten waren sterker in de groep die feitelijk begeleiding heeft ontvangen. Ook zagen we in deze groep minder slaapverstoorders en nam ook de ernst van de slapeloosheid af.

Tabel 2 **Verschillen tussen patiënten die wel en geen begeleiding wensten (interventiegroep)**

	Interventiegroep wel begeleiding gewenst (n = 91)	Interventiegroep geen begeleiding gewenst (n = 71)
Leeftijd	63,2 jaar (sd 12,41)	64,3 (sd 12,26)
Geslacht (% man)	41,1%*	25,7%*
Woonsituatie:		
■ alleenwonend	28,7%	27,5%
■ met partner	47,1%	60,9%
■ met partner en kinderen	18,4%	8,7%
■ anders	5,7%	2,9%
Hoogst genoten opleiding:		
■ basisschool	21,8%	18,2%
■ middelbare school	19,5%	25,8%
■ lager beroepsonderwijs	18,4%	16,7%
■ middelbaar beroepsonderwijs	25,3%	16,7%
■ hoger beroepsonderwijs	9,2%	10,6%
■ wetenschappelijke opleiding	1,1%	6,1%
■ anders	4,6%	6,1%
PSQI: Hoe zou u uw slaapkwaliteit in de afgelopen maand beoordelen? (spreiding: 0-3)	1,81 (sd 0,70)†	1,41 (sd 0,75)†
PSQI: Hoe vaak nam u de afgelopen maand medicijnen in als hulp bij het slapen (al dan niet door een arts voorgeschreven)? (spreiding: 0-3)	2,49 (sd 0,77)†	2,02 (sd 1,14)†
ISI: Moeite met doorslapen (spreiding: 0-4)	2,50 (sd 1,11)†	1,79 (1,35)†
ISI: Hoe tevreden/ontevreden bent u met uw huidige slaapritme? (spreiding: 0-4)	2,90 (sd 0,94)†	2,21 (1,12)†
ISI: In welke mate vindt u dat uw slaapprobleem invloed heeft op uw dagelijks functioneren? (spreiding: 0-4)	1,91 (sd 1,10)†	1,30 (1,29)†
ISI: Hoe ongerust/van streek bent u over uw huidige slaapprobleem? (spreiding: 0-4)	1,73 (sd 1,03)†	1,06 (sd 1,12)†
DBAS-16: Ik ben bang dat ik de controle over mijn slaap heb verloren (spreiding: 0-4)	1,15 (sd 1,19)†	1,95 (sd 1,55)†
DBAS-16: Als ik overdag moe ben of geen energie heb, komt dat omdat ik de vorige nacht niet goed geslapen heb. (spreiding: 0-4)	1,22 (sd 1,26)†	1,85 (sd 1,35)†

* Significant p < 0,05 tussen de groepen
† Significant p < 0,01 tussen de groepen

Tabel 3 **Effecten op slaapgerelateerde uitkomsten (PSQI, ISI en DBAS-16), per protocol analyse**

Uitkomstmaat	Gemiddelde voormeting controlegroep (sd) n = 163	Effect controlegroep (sd) n = 163	Gemiddelde voormeting interventiegroep (sd) n = 162	Effect interventiegroep (sd) n = 162	Verschil effect interventie en controlegroep (sd)
PSQI totaal [0-21]†	11,28 (3,66)	-0,45 (0,32)	11,58 (4,01)	-1,71 (0,35)	-1,26 (0,57)*
1. subjectieve slaapkwaliteit [0-3]†	1,52 (0,69)	-0,17 (0,06)	1,64 (0,75)	-0,19 (0.06)	-0,02 (0,09)
2. inslaapduur [0-3]†	2,05 (1,00)	+0,12 (0,10)	2,05 (1,00)	-0,14 (0,11)	-0,26 (0,15)
3. totale slaaptijd [0-3]†	1,30 (1,06)	-0,18 (0,09)	1,38 (1,09)	-0,30 (0,09)	-0,12 (0,13)
4. slaapefficiëntie [0-3]†	1,84 (1,11)	-0,17 (0,11)	1,83 (1,12)	-0,21 (0,13)	-0,05 (0,17)
5. slaapverstoorders [0-3]†	1,43 (0,55)	+0,12 (0,06)	1,51 (0,67)	-0,04 (0,06)	-0,16 (0,09)
6. slaapmedicatiegebruik [0-3]†	2,28 (1,05)	-0,09 (0,09)	2,28 (0,98)	-0,63 (0,10)	-0,54 (0,14)*
7. functioneren overdag [0-3]†	0,92 (0,74)	+0,01 (0,07)	1,00 (0,83)	-0,18 (0,08)	-0,19 (0,10)
ISI [0-28]‡	12,20 (5,57)	-0,27 (0,45)	12,91 (6,23)	-1,26 (0,48)	-1,00 (0,66)
1. inslapen [0-4]‡	1,77 (1,28)	+0,01 (0,11)	1,92 (1,33)	-0,24 (0,12)	-0,24 (0,16)
2. doorslapen [0-4]‡	2,15 (1,21)	+0,02 (0,10)	2,18 (1,27)	-0,16 (0,11)	-0,18 (0,15)
3. ontwaken [0-4]‡	1,86 (1,35)	+0,02 (0,11)	1,92 (1,38)	+0,01(0,12)	-0,01 (0,17)
4. tevredenheid [0-4]‡	2,46 (0,96)	-0,19 (0,10)	2,60 (1,07)	-0,30 (0,10)	-0,11 (0,14)
5. invloed [0-4]‡	1,62 (1,18)	-0,11 (0,10)	1,64 (1,22)	-0,20 (0,10)	-0,09 (0,14)
6. merkbaarheid [0-4]‡	1,09 (1,00)	-0,03 (0,09)	1,17 (1,15)	-0,06 (0,10)	-0,03 (0,13)
7. ongerustheid [0-4]‡	1,31 (1,19)	+0,01 (0,09)	1,43 (1,11)	-0,33 (0,10)	-0,34 (0,14)*
DBAS-16 [0-64]¶	34,74 (13,70)	+0,87 (0,87)	35,52 (12,27)	-5,21 (0,95)	-6,01 (1,29)*
1. ervaren consequenties van de slapeloosheid [0-20]¶	10,56 (5,79)	+0,13 (0,38)	10,79 (4,82)	-1,42 (0,42)	-1,54 (0,57)*
2. piekeren/hulpeloosheid over de slapeloosheid [0-24]¶	12,13 (5,71)	+0,42 (0,45)	13,06 (5,47)	-2,31 (0,49)	-2,73 (0,67)*
3. verwachtingen van de slaap [0-8]	4,56 (2,55)	+0,10 (0,20)	4,60 (2,61)	-0,27(0,22)	-0,37 (0,30)
4. medicatie [0-12]¶	7,52 (3,29)	+0,18 (0,27)	7,08 (2,95)	-1,26 (0,29)	1,44 (0,39)*

* significant bij p < 0,01; † hoe hoger de score, hoe slechter de slaapkwaliteit; ‡ hoe hoger de score, hoe ernstiger het slaapprobleem; ¶ hoe hoger de score, hoe disfunctioneler de gedachten

Tabel 4 Effecten op slaapgerelateerde uitkomsten (PSQI, ISI en DBAS-16), subgroepanalyse van patiënten die CGT kregen

Uitkomstmaat	Gemiddelde voormeting controlegroep (sd) n = 163	Effect controlegroep (sd) n = 163	Gemiddelde voormeting begeleide interventiegroep (sd) n = 75	Effect begeleide interventiegroep (sd) n = 75	Verschil effect begeleide interventiegroep en controlegroep (sd)
PSQI totaal [0-21]†	11,28 (3,66)	-0,45 (0,32)	12,20 (3,63)	-2,43 (0,51)	-1,97 (0,60)*
1. subjectieve slaapkwaliteit [0-3]†	1,52 (0,69)	-0,17 (0,06)	1,78 (0,71)	-0,36 (0,10)	-0,19 (0,11)
2. inslaapduur [0-3]†	2,05 (1,00)	+0,12 (0,10)	2,06 (0,97)	-0,14 (0,16)	-0,26 (0,18)
3. totale slaaptijd [0-3]†	1,30 (1,06)	-0,18 (0,09)	1,52 (1,11)	-0,33 (0,14)	-0,14 (0,17)
4. slaapefficiëntie [0-3]†	1,84 (1,11)	-0,17 (0,11)	1,88 (1,16)	-0,04 (0,19)	+0,13 (0,22)
5. slaapverstoorders [0-3]†	1,43 (0,55)	+0,12 (0,06)	1,56 (0,67)	-0,16 (0,09	-0,28 (0,10)*
6. slaapmedicatiegebruik [0-3]†	2,28 (1,05)	-0,09 (0,09)	2,52 (0,77)	-0,96 (0,15)	-0,88 (0,17)*
7. functioneren overdag [0-3]†	0,92 (0,74)	+0,01 (0,07)	0,99 (0,75)	-0,28 (0,11)	-0,29 (0,13)*
ISI [0-28]‡	12,20 (5,57)	-0,27 (0,45)	14,64 (5,30)	-2,45 (0,73)	-2,18 (0,85)*
1. inslapen [0-4]‡	1,77 (1,28)	+0,01 (0,11)	2,12 (1,37)	-0,40 (0,18)	-0,40 (0,21)
2. doorslapen [0-4]‡	2,15 (1,21)	+0,02 (0,10)	2,50 (1,18)	-0,39 (0,16)	-0,40 (0,19)*
3. ontwaken [0-4]‡	1,86 (1,35)	+0,02 (0,11)	2,06 (1,36)	-0,05 (0,19)	-0,08 (0,22)
4. tevredenheid [0-4]‡	2,46 (0,96)	-0,19 (0,10)	2,90 (0,93)	-0,61 (0,15)	-0,41 (0,17)*
5. invloed [0-4]‡	1,62 (1,18)	-0,11 (0,10)	1,88 (1,14)	-0,33 (0,16)	-0,22 (0,19)
6. merkbaarheid [0-4]‡	1,09 (1,00)	-0,03 (0,09)	1,39 (1,15)	-0,11 (0,15)	-0,08 (0,18)
7. ongerustheid [0-4]‡	1,31 (1,19)	+0,01 (0,09)	1,68 (1,09)	-0,48 (0,18)	-0,48 (0,18)*
DBAS-16 [0-64]¶	34,74 (13,70)	+0,87 (0,87)	36,56 (11,58)	-7,58 (0,14)	-8,47 (1,67)*
1. ervaren consequenties van de slapeloosheid [0-20]¶	10,56 (5,79)	+0,13 (0,38)	11,18 (4,41)	-1,75 (0,64)	-1,88 (0,75)*
2. piekeren/hulpeloosheid over de slapeloosheid [0-24]¶	12,13 (5,71)	+0,42 (0,45)	13,81 (5,18)	-3,18 (0,76)	-3,58 (0,90)*
3. verwachtingen van de slaap [0-8]	4,56 (2,55)	+0,10 (0,20)	4,56 (2,63)	-0,54 (0,34)	-0,64 (0,40)
4. medicatie [0-12]¶	7,52 (3,29)	+0,18 (0,27)	7,16 (2,94)	-1,88 (0,44)	-2,06 (0,51)*

* significant bij $p < 0,01$; † hoe hoger de score, hoe slechter de slaapkwaliteit; ‡ hoe hoger de score, hoe ernstiger het slaapprobleem; ¶ hoe hoger de score, hoe disfunctioneler de gedachten

Sterke-zwakteanalyse

Dit onderzoek was een cluster-RCT in de dagelijkse praktijk. Ondanks de zorgvuldig uitgevoerde onderzoeksopzet was de continuïteit van het onderzoek niet optimaal. Tijdens de duur van het onderzoek zijn twee POH ggz uit dienst gegaan, van wie er een is vervangen. De vervangende POH ggz is op basis van zelfstudie geschoold en heeft de training niet gevolgd. Het vertrek van de POH ggz die niet werd vervangen betekende ook dat er in de betreffende praktijk minder patiënten zijn begeleid dan we hadden verwacht.

Daarnaast is de follow-upperiode mogelijk te kort geweest om bepaalde effecten zichtbaar te maken. Doordat de instroom van patiënten bij de POH ggz aan de start van het onderzoek hoog was, zijn sommige patiënten op een wachtlijst voor begeleiding terechtgekomen. Deze late instroom heeft in verband met de planning van het onderzoek tot gevolg gehad dat zeven begeleide patiënten de nameting ontvingen op een moment dat de begeleiding nog niet was afgerond. Hierdoor konden we het optimale effect van de CGT mogelijk nog niet meten. Wat betreft het effect op de slaapkwaliteit zoals we dat met de PSQI hebben gemeten verschilden de patiënten bij wie begeleiding was afgerond echter nauwelijks van de patiënten die nog begeleiding ontvingen.

Ook is er mogelijk sprake van bias in de selectie van patiënten. Huisartsen uit de interventiegroep hebben minder patiënten voor het onderzoek aan de lijst met chronische gebruikers toegevoegd dan huisartsen uit de controlepraktijken (respectievelijk 63,4% versus 70,4%). Tevens was de uitval bij het invullen van de voormetingvragenlijst in de interventiegroep groter dan in de controlegroep (65,0% versus 54,2%). Uit de circa 25 ontvangen telefoontjes van patiënten uit de interventiegroep bleek dat het aanbieden van de begeleiding weerstand kon oproepen bij patiënten die niet wensten te stoppen met slaapmiddelen, wat een reden was om ook de vragenlijst niet in te vullen.

Daarnaast zijn we met vijf POH ggz in de interventiegroep erg afhankelijk geweest van de manier waarop de POH ggz hun functie invulden. Het aantal patiënten dat door POH ggz is begeleid en het gemiddelde aantal sessies per POH ggz verschilden sterk. In welke mate de persoonlijke attitude van de POH ggz en de wijze waarop ze de functie uitvoeren van invloed zijn geweest op de uitkomsten, konden we in dit onderzoek niet vaststellen.

Ook hebben we nieuwe patiënten die zich met slaapproblemen op het spreekuur meldden niet in het onderzoek betrokken. In de dagelijkse praktijkvoering is dit echter een groep die in aanmerking komt voor CGT door getrainde POH ggz. Bij de interpretatie van de uitkomsten moet men bedenken dat we een kleine groep patiënten beschrijven, namelijk de chronische slaapmiddelengebruikers die gemotiveerd zijn om hun slaapproblem aan te pakken. De resultaten kunnen we niet zonder meer generaliseren naar patiënten die zich voor het eerst met een slaapstoornis melden.

Het onderzoek is kleinschalig en exploratief van aard. We vinden een significante, maar geringe verschuiving in de scores op de vragenlijsten. De klinische relevantie van deze verschillen is nog onduidelijk. Het lijkt er wel op dat de POH ggz een bijdrage kan leveren bij de aanpak van slaapproblemen en het is niet ondenkbaar dat de gevonden effecten nog verder doorzetten in de tijd.

Implicaties voor de praktijk

Andere onderzoeken toonden aan dat het versturen van een stopbrief aan chronische gebruikers effectief is.[15-17] Deze interventie kost weinig tijd en inspanning, en kan men relatief eenvoudig in de huisartsenpraktijk of via de apotheek aanbieden. Aansluitend op de stopbrief kan men een begeleide dosisafbouw aanbieden. Deze begeleiding is weliswaar intensiever van aard, maar ook effectiever ten opzichte van alleen het aanbieden van een stopbrief.[18-21] Bij nieuwe patiënten met slaapstoornissen is het direct aanbieden van CGT op termijn effectiever, omdat men hiermee chronisch slaapmiddelengebruik kan voorkomen. Huisartsen zijn vanwege het tijdsaspect in het algemeen echter niet in de gelegenheid CGT aan te bieden.

Vergeleken met het benaderen van chronisch benzodiazepinegebruikers (bijvoorbeeld bij het aanvragen van een herhaalreceptuur) vormt het aanspreken van nieuwe patiënten met slaapstoornissen tijdens het spreekuur een andere strategie, die goed aansluit bij de dagelijkse praktijk. Ook tijdens dit onderzoek kon de huisarts nieuwe patiënten doorverwijzen naar de POH ggz. Van deze mogelijkheid hebben slechts twee huisartsen gebruikgemaakt. Het betrof vijf patiënten, die we niet hebben meegenomen in de analyses. In zorgprogramma's zou men deze component verder kunnen uitwerken. Het lijkt hierbij wenselijk dat huisartsen alerter worden op de signaalfunctie en patiënten goed screenen op motivatie, alvorens ze door te verwijzen naar de POH ggz.

Tot slot kunnen we op basis van de bevindingen en interviews met de POH ggz en huisartsen aanbevelen om ook de training van de POH ggz uit te breiden. Uitgebreidere training en meer en langere bijeenkomsten per patiënt versterken naar verwachting de effecten.[14, 22]

CONCLUSIE

We vinden een significante, maar geringe verschuiving in de scores op de vragenlijsten bij de begeleide patiënten wat betreft slaapgerelateerde klachten en zelfgerapporteerd medicatiegebruik. Gezien het potentieel van CGT door de POH ggz bevelen we kleinschalige implementatie aan, ondersteund door begeleidend onderzoek, waarbij men de effecten op de lange termijn (minimaal één jaar) op praktijk- en patiëntenniveau kan vaststellen. Hierbij zou men uitdrukkelijk ook nieuwe patiënten moeten meenemen. Verder is het aan te bevelen de kosteneffectiviteit van deze behandelvorm vast te stellen vergeleken met die van de stopbrief in combinatie met gedoseerde afbouw. Bij positieve effecten is verdere uitrol aan te bevelen. ■

LITERATUUR

1 Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. www.nhg.org.
2 Maassen H. Kwart Nederlanders heeft slaaptekort. Med Cont, artsennet. Nieuwsartikel 16 maart 2011. http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuwsartikel/Kwart-Nederlanders-heeft-slaaptekort.htm.
3 Nivel. Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de EL-GGZ. Utrecht: Nivel, 2006.
4 Vincent N, Lewycky S. Logging on for better sleep: RCT of the effectiveness of online treatment for insomnia. Sleep. 2009;32:807-15.
5 VWS. Factsheet afschaffen vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009. Den Haag: Ministerie van VWS, 2009.
6 Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, et al. Cognitive Behavioral Therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: A randomized controlled trial. JAMA 2009;301:2005-15.
7 Van Straten A, Cuijpers P, Smit F, Spermon M, Verbeek I. Self-help treatment for insomnia through television and book: A randomized trial. Patient Educ Couns 2009;74:29-34.
8 Brandsma F. Cognitieve gedragstherapie: win-winsituatie voor huisarts en patiënt. Huisarts Wet 2003;46:284-5.
9 Gorgels WJMJ, Oude Voshaar RC, Mol AJJ, Van de Lisdonk EH, Van Balkom AJLM, Van den Hoogen HJM, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. Drug Alcohol Depend 2005;78:49-56.
10 Gorgels W, Oude Voshaar R, Mol A, Van de Lisdonk E, Mulder J, Van den Hoogen H, et al. A benzodiazepine discontinuation programme does not increase the frequency of contacts with the family practice. Scand J Prim Health Care 2008;26:74-9.
11 Verbeek I, Klip E. Slapeloosheid. BOOM Hulpboek. Amsterdam: BOOM, 2005.
12 Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989;28:193-213.
13 Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001;2:297-307.
14 Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). Sleep 2007;30:1547-54.
15 Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomized controlled trial. Br J Gen Pract 2003;53:923-8.
16 Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. Br J Gen Pract 1994;44:5-8.
17 Gorgels W. Stoppen met benzodiazepinen. Huisarts Wet 2009;52:1-8.
18 Niessen WJ, Stewart RE, Broer J, Haaijer-Ruskamp FM. Vermindering van gebruik van benzodiazepinen door een brief van de eigen huisarts aan chronische gebruikers. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;7:356-61.
19 Oude Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, Couvée JE, Van Balkom AJ, Zitman FG. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. Ned Tijdschr Geneeskd 2001;145:1347-50.
20 Oude Voshaar RC, Krabbe PF, Gorgels WJ, Adang EM, Van Balkom AJ, Van de Lisdonk EH, et al. Tapering off benzodiazepines in long-term users: an economic evaluation. Pharmacoeconomics 2006;24:683-94.
21 Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, Van de Lisdonk EH, Mulder J, Van den Hoogen H, et al. Consequences of a benzodiazepine discontinuation programme in family practice on psychotropic medication prescription to the participants. Fam Pract 2007;24:504-10.
22 Gorgels W, Oude Voshaar R, Mol A, Van de Lisdonk E, Mulder J, Van den Hoogen H, et al. A benzodiazepine discontinuation programme does not increase the frequency of contacts with the family practice. Scand J Prim Health Care 2008;2:74-9.
23 Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Coffman CJ, Carney CE. Dose-response effects of cognitive-behavioral insomnia therapy: a randomized control trial. Sleep 2007;30:203-12.

Paul Giesen, Carel Veldhoven, Nienke Vlaar, Marion Borghuis, Jan Koetsenruijter, Sabine Verheggen

Patiëntervaringen met palliatievezorghuisartsen tijdens weekenddiensten

Samenvatting

Giesen P, Veldhoven C, Vlaar N, Borghuis M, Koetsenruijter J, Verheggen S. Patiëntervaringen met palliatievezorghuisartsen tijdens weekenddiensten. Huisarts Wet 2011;54(12):646-9.

Doel Patiënten die palliatieve zorg behoeven krijgen in het weekend vaak te maken met verschillende dienstdoende huisartsen. Om de persoonlijke continuïteit te bevorderen heeft de Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen (CHN) een pool palliatievezorghuisartsen (PPZ) geformeerd, waarvan om het weekend één huisarts een heel weekend dienst deed voor palliatieve patiënten van de huisartsenpost. We onderzochten de ervaringen van deze patiëntengroep met de huidige zorg op de huisartsenpost en gingen na of de inzet van een PPZ-huisarts tot positievere ervaringen bij de patiënt heeft geleid.

Methode Vragenlijstonderzoek onder palliatieve patiënten gedurende 37 weekenden. Hierbij gaf de niet-PPZ-arts om het weekend standaard (niet-PPZ) zorg of gaf een PPZ-arts de zorg.

Resultaten Patiënten gaven op medische en communicatieve aspecten zowel niet-PPZ-artsen als PPZ-artsen gemiddelde rapportcijfers van rond de 8. De PPZ-artsen scoorden significant hoger op deskundigheid (8,9 versus niet-PPZ-arts 8,0) en vertrouwen (9,1 versus niet PPZ-arts 8,4). PPZ-artsen namen significant meer tijd voor een visite (48% langer dan een half uur versus niet-PPZ-arts 14%) en namen vaker achteraf telefonisch contact op met de patiënt (37% versus niet-PPZ-arts 28%). Patiënten hebben dit in alle gevallen gewaardeerd. Patiënten gaven de PPZ-arts het eindcijfer 9,1 en de niet-PPZ-arts een 8,4.

Conclusie Patiënten zijn zeer tevreden over de palliatieve zorg door de PPZ-huisarts op de huisartsenpost. Ze waren echter ook al tevreden over de huidige palliatieve zorg op de huisartsenpost. Het experiment met de PPZ-arts is gestopt omdat de (personele) investering volgens de betrokken huisartsen niet opwoog tegen de opbrengst. Het basisprincipe blijft 24/7 palliatieve zorg bij voorkeur door de eigen huisarts van de patiënt.

INLEIDING

Uit recent Europees onderzoek blijkt dat Nederlanders met kanker het liefst thuis sterven. Dat dit bij 45% van hen ook gebeurt heeft waarschijnlijk te maken met de goede organisatie van de zorg door huisartsen en thuiszorg. Nederland steekt daarbij zeer gunstig af in vergelijking met andere Europese landen.[1] Palliatieve patiënten blijken erg positief te zijn over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Persoonlijke zorg door de eigen, 7 x 24 uur beschikbare huisarts vinden zowel patiënten als huisartsen belangrijk.[2-6]

Een huisarts met een gemiddelde praktijkomvang verleent jaarlijks aan vijf tot zes patiënten per jaar palliatieve zorg.[3,7,8] De begeleiding van deze patiënten in de terminale levensfase is een complexe taak, en vraagt veel tijd en een hoge mate van betrokkenheid.[3,6,8,9] Rond 30% van de huisartsen geeft echter aan buiten kantoortijd niet beschikbaar zijn. Zij laten de palliatieve zorg over aan collega's in de maatschap of aan de huisartsenpost.[10] De keuze van huisartsen om niet beschikbaar te zijn heeft waarschijnlijk te maken met een veranderde houding, en een toename van het parttime werken en gezinstaken.[10]

Onlangs hebben het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) standpunten rond de palliatieve zorg geformuleerd. Kern hiervan is dat ze de palliatieve zorg als een wezenlijk onderdeel van het huisartsenvak beschouwen en dat ze de voorkeur geven aan 7 x 24 uurs continue zorg door de eigen huisarts.[11,12]

Palliatieve zorg door huisartsenposten

Het aantal telefonische contacten van de huisartsenpost met patiënten die palliatieve zorg nodig hebben betreft 0,75% van het totale aantal telefoongesprekken; 53% van deze contacten resulteert in een huisvisite.[13,14]

Hoewel rond 70% van de huisartsen positief oordeelt over de kwaliteit van door huisartsenposten geleverde palliatieve zorg, bestaan er ook zorgen vanwege de discontinuïteit in

Wat is bekend?

- Nederlanders met kanker sterven het liefst thuis en bij 45% van hen gebeurt dit ook.
- Palliatieve patiënten oordelen erg positief over de huisartsenzorg, waarbij ze de 7 x 24 uur beschikbare eigen huisarts erg belangrijk vinden.
- Rond 30% van de huisartsen is buiten kantoortijd niet beschikbaar en laat de zorg voor palliatieve patiënten over aan de huisartsenpost.
- Knelpunten op huisartsenposten betreffen de informatieoverdracht door de eigen huisarts en het ontbreken van persoonlijke continuïteit in de dienst vanwege het grote aantal dienstdoende huisartsen.

Wat is nieuw?

- De patiënten zijn zeer tevreden over de huidige palliatieve zorg op de huisartsenpost.
- Patiënten oordeelden nog positiever over de inzet van een (PPZ) huisarts die het hele weekend beschikbaar was.
- PPZ-huisartsen scoorden beter op de aspecten geruststelling, deskundigheid en uitvoerbaarheid van het advies.
- PPZ-artsen namen meer tijd voor de patiënt en belden de patiënt achteraf vaker op.

UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Postbus 9101, 114 IQ healthcare, 6500 HB Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts, projectleider onderzoek huisartsenposten en spoedzorg; N. Vlaar, huisarts-onderzoeker; J. Koetsenruijter, socioloog-onderzoeker. Centrale Huisartsendienst Nijmegen (CHN): C. Veldhoven, huisarts, voorzitter werkgroep palliatieve zorg en consulent palliatieve zorg; M. Borghuis, directeur; S. Verheggen, kwaliteitsfunctionaris • Correspondentie: p.giesen@iq.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

persoon. Daarnaast maken huisartsen zich ook bezorgd over de discontinuïteit van informatie door gebrekkige gegevensoverdracht vanuit de eigen praktijk. Gebrek aan tijd en rust, vooral tijdens de weekenddiensten, zien huisartsen eveneens als knelpunt.[10]

Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen (CHN)

Op basis van eerder uitgevoerd onderzoek wilde de Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen (CHN) de palliatieve huisartsenzorg buiten kantoortijd verbeteren.[10] Om de eenduidigheid en de volledigheid van de informatieoverdracht te bevorderen ontwikkelde en implementeerde de CHN een overdrachtsformulier palliatieve zorg. Om de tijd en aandacht voor de palliatieve patiënt en de persoonlijke continuïteit tijdens de weekenddiensten te verbeteren deed de CHN een experiment, waarbij men op basis van vrijwilligheid een pool palliatieve zorg (PPZ) huisartsen formeerde. Gedurende het hele weekend deed één boventallige PPZ-huisarts dienst op de huisartsenpost. Binnen dat kader deden we onderzoek, met als vraag: hoe ervaren palliatieve patiënten de huidige zorg op de huisartsenpost en in hoeverre verschillen deze ervaringen met die met PPZ-artsen?

METHODE

Onderzoeksontwerp en -populatie

Het betreft een vragenlijstonderzoek onder alle palliatieve patiënten die in het weekend (vrijdag 17.00 uur tot zondag 23.00 uur) contact hadden met de huisartsenpost Nijmegen (CHN). Hierbij kregen de palliatieve patiënten in het ene weekend de huidige (niet-PPZ) zorg en in het andere weekend zorg door een PPZ-arts. In totaal betrof dit 37 weekenden, waarvan 18 niet-PPZ en 19 PPZ. Het onderzoek vond plaats in de periode januari tot september 2009. Exclusie vond plaats voor lijkschouwing bij overleden palliatieve patiënten die in het betreffende weekend niet eerder waren gezien.

Procedure

We stelden alle CHN-huisartsen en -waarnemers op de hoogte van het experiment. We vroegen hen of ze interesse hadden om als boventallige PPZ-arts één weekend tot zondagavond 23:00 uur dienst te doen voor de palliatieve zorg. De PPZ-artsen reden tijdens hun dienst met eigen vervoer. Zij beschikten over een GSM, een verkeersnavigator, een mobiele fax en een huisartsenkoffer met de benodigde materialen en medicatie, die de huisartsenpost leverde. Huisartsen hoefden niet aan speciale eisen te voldoen en ook waarnemers konden deelnemen. Tijdens de onderzoeksperiode vond eenmaal een intervisiebijeenkomst plaats voor de PPZ-huisartsen.

Bij telefonische aanmelding identificeerden triagisten de palliatieve patiënten op basis van het overdrachtsformulier van de eigen huisarts of op basis van de definitie van palliatieve zorg: zorg die gericht is op het verzachten van lijden – in de brede zin van het woord – in de laatste fase van een ongeneeslijke ziekte; de zorg is gericht op verbetering van levenskwaliteit en niet meer op genezing of aanmerkelijke levensverlenging bij een geschatte levensverwachting van korter dan drie tot zes maanden.[11,12]

Als de triagist een patiënt via de telefoon als palliatief identificeerde, belde deze de eigen huisarts om zo mogelijk de zorg over te nemen, tenzij de huisarts op het overdrachtsformulier expliciet had aangegeven dat hij niet beschikbaar was. Als de eigen huisarts niet beschikbaar of onbereikbaar was, schakelde de triagist een PPZ-arts of visitearts van de huisartsenpost (niet-PPZ) in.

Na elk weekend belden we de palliatieve patiënt of diens mantelzorger met de vraag of we een vragenlijst over de laatst verrichte visite in dat weekend mochten opsturen. Indien er na drie weken nog geen vragenlijst was geretourneerd stuurden we een herinneringsbrief. We informeerden patiënten niet over het doel en de opzet van het onderzoek.

Voor de vragenlijst maakten we gebruik van een bestaande en gevalideerde vragenlijst.[15] Samen met leden van de CHN-werkgroep pasten wij deze vragenlijst in drie consultatierondes aan. Vervolgens testten we de vragenlijst en de uitzetprocedure gedurende twee weekenden op de huisartsenpost, waarna we nog enkele aanpassingen deden.

Variabelen

Als variabelen kozen we de volgende:

- waardering voor de huisarts met betrekking tot communicatieve aspecten: vriendelijke bejegening, serieus nemen, rustig blijven en de tijd nemen, begrijpen van de proble-

Abstract

Giesen P, Veldhoven C, Vlaar N, Borghuis M, Koetsenruijter J, Verheggen S. Patients' opinion of weekend cover by palliative care general practitioners. Huisarts Wet 2011;54(12):646-9.

BACKGROUND Patients often see different general practitioners if they require palliative care in the weekend. In order to improve the continuity of personnel, the Nijmegen General Practitioner Cooperative set up a team of specialist palliative care GPs, so that one GP provided palliative care services over the whole weekend. We investigated patients' opinions about this type of care compared with regular palliative care

METHODS A survey was held among palliative patients who had received, on alternate weekends, care provided by regular GPs and by a palliative care GP for 37 weekends.

RESULTS Patients awarded both groups of GPs means scores of 8 (range 1, very bad, to 10, very good) for medical and communicative aspects. The palliative care GPs had significantly higher mean scores for expertise (8.9 versus 8.0 for regular GPs) and trust (9.1 versus 8.4 for regular GPs). They also spent more time on home visits (longer than 30 minutes 48% versus 14% for regular GPs) and telephoned the patient more often after a home visit (37% versus 28% for regular GPs). This was appreciated by all patients, who gave palliative care GPs a total score of 9.1 and regular GPs a total score of 8.4.

CONCLUSIONS Patients were very statisfied with the palliative care provided by palliative care GPs at the GP cooperative, but they were also satisifed with the current palliative services provided by the cooperative. The experiment with the palliative care GPs has been stopped because the benefits were outweighed by the large investment in personnel. The basic principle remains that 24/7 palliative care should preferently given by a patient's own GP.

matiek, aandacht voor naasten, begrijpelijke uitleg geven, vertrouwen inboezemen en mate van geruststelling;
- waardering voor de deskundigheid: zorgvuldigheid van het lichamelijk onderzoek, kwaliteit en uitvoerbaarheid van advies of behandeling, nut van advies of behandeling, kennis van ziekte en afspraken;
- ingezette zorg: medicatie, medisch handelen, uitbreiding van de thuiszorg, verwijzing;
- duur van de visite en telefonisch contact na visite;
- eindoordeel over de zorg door de huisarts.

Gegevensanalyse

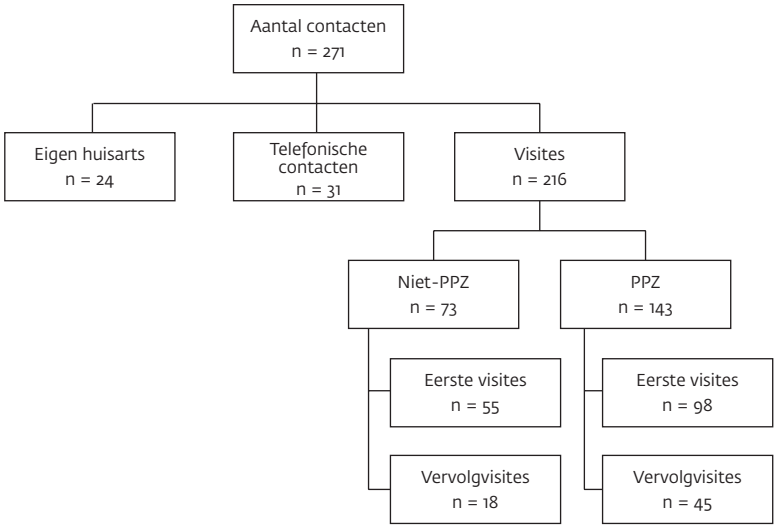
De gegevens hebben we verwerkt in Excel en verder geanalyseerd met SPSS 16.0. Voor onderzoek naar statistische significantie is op continue variabelen een ANOVA uitgevoerd, op categorische variabelen een chi-kwadraattoets.

RESULTATEN

Populatie

In totaal registreerden de triagisten 271 contacten als 'palliatief'. In 24 van deze contacten heeft de eigen huisarts zelf contact opgenomen met de patiënt nadat deze door de huisartsenpost was gebeld. Er vonden 31 telefonische contacten plaats en 216 keer reed een huisarts een visite. Deze 216 visites vonden plaats bij 153 patiënten van wie er 98 in de PPZ- en 55 in de niet-PPZ-groep zaten. We belden deze 153 patiënten of hun verzorgers en vroegen hen deel te nemen aan het onderzoek. Van hen waren er 113 bereid om mee te doen. Van deze groep retourneerden er 88 (78%) de vragenlijst, waarbij 59 PPZ-artscontacten betroffen en 29 niet-PPZ-artscontacten [**figuur 1**].

Figuur 1 Populatie



Patiëntervaringen

Ingezette zorg

Wat betreft de door de arts ingezette zorg blijkt de door PPZ-artsen verleende zorg vergelijkbaar met die door de niet-PPZ-artsen. De PPZ-arts verrichtte wel meer medische handelingen (PPZ 30% versus niet-PPZ 21%) en zorgde vaker voor uitbreiding van de thuiszorg (PPZ 9% versus niet-PPZ 3%). Deze verschillen zijn niet statistisch significant [**figuur 2**].

Waardering van de huisarts

Beide groepen kregen met gemiddelde rapportcijfers rond de 8 een hoge waardering van de patiënt op zowel medische als communicatieve aspecten. De PPZ-artsen scoorden op vrijwel alle onderzochte aspecten beter dan niet-PPZ-artsen. PPZ-artsen kregen op de volgende aspecten een significant hoger rapportcijfer dan niet-PPZ-artsen: geruststelling (9,0 versus 8,3), deskundigheid (8,9 versus 8,2), kwaliteit van het advies of de behandeling (9,0 versus 8,0), uitvoerbaarheid van het advies of de behandeling (8,8 versus 7,7) en het nut van het advies of de behandeling (8,6 versus 7,4). Ten slotte was de PPZ-arts volgens de patiënt beter op de hoogte van bijkomende problemen (rapportcijfer 8,6 versus 7,8) [**tabel**].

Overige bevindingen en eindoordeel

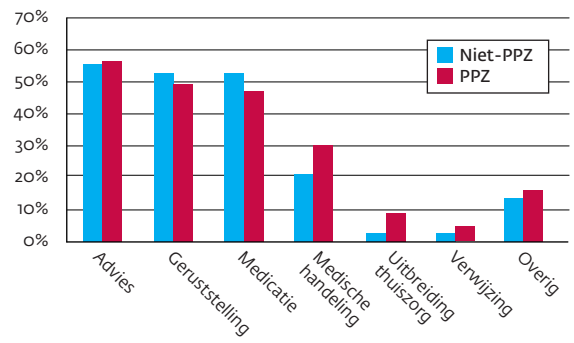
Volgens de patiënt namen PPZ-artsen per visite significant meer tijd (48% van de visites duurde langer dan een half uur) vergeleken met niet-PPZ-artsen (14% duurde langer dan een half uur). PPZ-artsen namen vaker achteraf telefonisch contact op met de patiënt dan niet-PPZ-artsen (37% versus 28%). De patiënten hebben dit contact in alle gevallen gewaardeerd. Ze gaven in hun eindoordeel een zeer positief rapportcijfer aan de PPZ-arts (9,1) en de niet-PPZ-arts (8,4). Het verschil is niettemin statistisch significant.

BESCHOUWING

Belangrijkste resultaten

De patiënten waren zeer tevreden over zowel de huidige palliatieve zorg op de huisartsenpost als over de geleverde zorg door de PPZ-arts. PPZ-artsen scoorden beter op de aspecten

Figuur 2 Ingezette zorg door niet-PPZ-arts versus PPZ-arts



geruststelling en deskundigheid dan de huisartsen die standaardzorg gaven. Dat gold ook voor de uitvoerbaarheid en het nut van het advies of de behandeling. Ten slotte namen PPZ-artsen meer tijd voor de patiënt en belden zij de patiënt achteraf vaker op.

De gevonden verschillen tussen de PPZ- en niet-PPZ-weekenden zijn mogelijk te verklaren doordat PPZ-artsen meer affiniteit hadden met palliatieve zorg. De verschillen zijn misschien ook te verklaren doordat PPZ-artsen een *heel* weekend met een lage tijdsdruk dienst hadden. Hierdoor was er sprake van een grotere persoonlijke continuïteit en meer tijd voor de patiënt, en was het gemakkelijk een follow-up(bel)contact af te spreken.

Hoewel de zorg door de PPZ-arts op veel aspecten een significant grotere waardering kreeg dan de gebruikelijke zorg op de huisartsenpost, waren de verschillen gering en was de waardering in beide groepen hoog. Daarnaast kende het onderzoek ook beperkingen die de verschillen tussen beide groepen (mede) kunnen verklaren. Zo bleek het aantal geïncludeerde patiënten in de niet-PPZ-weekenden lager dan tijdens de PPZ-weekenden (55 respectievelijk 98 patiënten) en is er mogelijk sprake van selectiebias. Verder waren de huisartsen niet geblindeerd en was ook de blindering van patiënten niet optimaal omdat de huisarts met een eigen auto zonder chauffeur kwam.

Of de inzet van PPZ-artsen de kwaliteit van de palliatieve zorg buiten kantooruren kan verbeteren weten we dus niet zeker. Daarbij komt dat een eventuele verbetering van de zorg aanzienlijke inspanningen vergt. Deze wegen volgens de huisartsenledenraad van de CHN niet op tegen de opbrengsten en daarom besloot men het project PPZ-artsen te stoppen. De ledenvergadering van de CHN was bovendien van mening dat huisartsen bij voorkeur zelf de zorg aan de eigen palliatieve (terminale) patiënten moeten verlenen, conform de standpunten van het NHG en de VHN.[11,12]

Toekomstig onderzoek moet zich richten op de kwaliteit van de palliatieve zorg door de eigen huisarts en de manier waarop men deze kan verbeteren.

CONCLUSIE

Patiënten zijn zeer tevreden over de huidige palliatieve zorg op de huisartsenpost. Het experiment met een continu beschikbare PPZ-huisarts op de huisartsenpost leidde echter tot nog grotere tevredenheid. De Nijmeegse huisartsen zijn echter met het experiment gestopt omdat zij de (personele) investering niet vinden opwegen tegen de opbrengst. Bovendien geven zij de voorkeur aan 24/7 palliatieve zorg door de eigen huisarts van de patiënt boven de zorg door de huisartsenpost.

Tabel **Waardering voor de huisarts in gemiddeld rapportcijfer**

		Niet-PPZ	PPZ
Communicatief	vriendelijkheid	8,6	9,0
	serieus	8,8	9,1
	rust genomen	8,9	9,1
	begrijpen van de problemen	8,4	9,0
	aandacht voor naasten	8,3	8,8
	begrijpelijke uitleg	8,6	9,0
Vertrouwen	vertrouwen in de arts	8,4	9,1
	geruststelling*	8,3	9,0
Deskundigheid	deskundigheid*	8,2	8,9
	zorgvuldigheid van het onderzoek	8,6	9,0
	kwaliteit van het advies/de behandeling*	8,0	9,0
	uitvoerbaarheid van het advies/de behandeling*	7,7	8,8
	nut van het advies/de behandeling*	7,4	8,6
Geïnformeerd	op de hoogte van de aard van de ziekte	8,1	8,3
	op de hoogte van bijkomende problemen*	7,8	8,6
	op de hoogte van afgesproken beleid	7,9	7,5

* $p < 0,05$

LITERATUUR

1 Cohen J, Houttekier D, Onwuteaka-Philipsen B, Miccinesi G, Addington-Hall J, Kaasa S, et al. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. J Clin Oncol 2010;28:2267-73.
2 De Groot M. Supporting patient and professionals in primary palliatieve care [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2007.
3 Van den Muysenbergh METC. Palliatieve zorg door de huisarts [Proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden, 2001.
4 Shipman C, Addington-Hall J, Barclay S, Briggs J, Cox I, Daniels L, et al. Providing palliative care in primary care: how satisfied are GPs and district nurses with current out-of hours arrangements? Br J Gen Pract 2000;50:477-8.
5 Worth A, Boyd K, Kendall M, Heaney D, Macleod U, Cormie P, et al. Out-of hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals. Br J Gen Pract 2006;56:6-13.
6 Borgsteede SD, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke AL, Van Eijk JThM, Willems DL. Good end-of-life care according to patients and their GPs. Br J Gen Pract 2006;56:20-6.
7 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) website: http://www.cbs.nl/publicaties/artikelen/algemeen/webmagazine/artikelen/2004/1483k.htm. geraadpleegd 21-6-2004.
8 De Wit NJ, Van den Broek MW, Thomeer I, Stalman W. Terminale zorg aan oncologische patiënten in de huisartsenpraktijk; frequentie, inhoud en ervaren belasting. Huisarts Wet 2003;46:86-90.
9 Dossier palliatieve zorg. www.nivel.nl.
10 Giesen P, Terpstra E, Schweitzer B. Terminale zorg buiten kantoortijd. Med Contact 2008;63:240-2.
11 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Standpunt Huisarts en Palliatieve zorg 2009. Utrecht: NHG, 2009. http://nhg.artsennet.nl/actueel/Nieuwsartikel/Nieuw-NHGStandpunt-Palliatieve-zorg.htm.
12 Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). Handreiking voor huisartsenposten. Palliatieve zorg in de terminale fase. Utrecht: VHN, september 2008. http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/LinkClick.aspx?fileticket=8qoZmzz4Jw0%3D&tabid=3951http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/LinkClick.aspx?fileticket=8qoZmzz4Jw0%3D&tabid=3951
13 Burt J, Barclay S, Marshall N, Shipman C, Stimson A, Young J. Continuity within primary palliative care: an audit of general practice out-of hours co-operatives. J Public Health 2004;26:275-6.
14 Schweitzer B, Blankenstein N, Deliens L, Van der Horst H. Out-of-hours palliative care by GP co-operatives: availability, content and effect of transferred information. BMC Palliat Care 2009;8:17.
15 Giesen PHJ, Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2007.

Sylvia van Manen, Martin Beeres, Marian Oud, Lieke Hassink-Franke

ADHD in de eerste lijn

Samenvatting

Van Manen S, Beeres M, Oud M, Hassink-Franke L. ADHD in de eerste lijn. Huisarts Wet 2011;54(12):650-1.

De prevalentie van ADHD is hoog (3-5% van de kinderen en jongvolwassenen) en huisartsen verzorgen 61% van de herhaalrecepten voor stimulantia, maar de follow-up wordt helaas vaak vergeten. Nu de jeugdzorg onder druk staat, zou het goed zijn als huisartsen meer werk gingen maken van de zorg voor kinderen met 'simpele' ADHD. In geval van 'ongecompliceerde' ADHD kunnen zij zelf de behandeling starten. De triage voor de tweede lijn is met relatief eenvoudige middelen (anamnese en vragenlijsten) te realiseren, en de huisarts is als gezins- en levenslooparts in een unieke positie om de continuïteit van de behandeling te bewaken. Met nascholing en de inzet van praktijkondersteuners ggz is veel te bereiken.

INLEIDING

Twee jaar geleden plaatste *Huisarts en Wetenschap* een ingezonden brief van kinderpsychiater Jet Roobol met de prikkelende titel 'ADHD in de eerste lijn: volksziekte zonder huisarts?'[1] Roobol deed verslag van haar pogingen om met huisartsen en kinderartsen afspraken te maken over de diagnostiek en behandeling van 'simpele' ADHD. Zij eindigde met de oproep aan huisartsen om de handschoen op te nemen en uit te zoeken of er überhaupt 'eerstelijns-ADHD' bestaat en welk beleid hierbij past. Begin dit jaar braken Pereira, Kooij en Buitelaar in *Medisch Contact* een lans voor zorgvuldige diagnostiek en behandeling van kinderen en volwassenen met ADHD, ondanks de scepsis in de media over deze 'modediagnose'.[2]

De diagnose ADHD – aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit – zoals omschreven in de DSM-IV wordt gesteld op grond van de (hetero)anamnese, ondersteund door vragenlijsten voor kind, ouders en leerkracht. De prevalentie is hoog: 3-5% van de kinderen en jongvolwassenen voldoen aan de diagnostische criteria. Huisartsen spelen een belangrijke rol in de signalering en in de behandeling – zij verzorgen 61% van de herhaalrecepten voor stimulantia –, maar vergeten helaas vaak dat ook controles en psycho-educatie belangrijk zijn.[3]

WAAROM DE EERSTE LIJN MEER MOET DOEN

In 2000 had de eerste lijn nog een duidelijke plaats in het beleid bij ADHD. Kinderpsychiater Jan Buitelaar gaf in dat jaar in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* duidelijk aan wat dat inhoudt. De huisarts moet inschatten hoe ernstig de situatie is (is het kind bij te sturen, zijn er situaties waarin het beter gaat, vertoont het veel brutaal gedrag, ongehoorzaamheid en agressie, loopt het niet vast op school of in contacten met leeftijdsgenoten en is het gezin redelijk op orde?). Wanneer de huisarts tot de conclusie komt dat de ADHD evident is en het klinisch beeld verder ongecompliceerd is, kan hijzelf de behandeling starten.[4] De multidisciplinaire richtlijn uit 2005 bedeelt diagnostiek en medicatie exclusief toe aan orthopedagogen, kinderartsen en kinderpsychiaters en ziet voor de huisarts – naast signalering – vooral een rol in het verzorgen van de herhalingsrecepten.[5]

Toch zijn er twee goede argumenten om als huisartsenpraktijk meer werk te maken van de behandeling van kinderen met ADHD. Ten eerste heeft de huisarts door zijn unieke positie als gezins- en levenslooparts een impliciete voorsprong op de kinderarts en kinderpsychiater. Hij kent het kind en het gezin vaak al jaren en kan daardoor afgaan op zijn pluis/niet-pluisgevoel. Ook is hij vaak al bekend met de ouders en andere familieleden, en dat is relevant bij deze sterk erfelijk bepaalde aandoening.[4] De huisartsenpraktijk is voor het kind een vertrouwde setting, zodat de problematiek niet nodeloos wordt uitvergroot. Daar komt bij dat veel adolescenten stoppen met de ADHD-medicatie in een periode waarin de kwetsbaarheid voor gedrags- en verslavingsproblematiek juist extra groot is.[6] De huisarts is in deze levensfase, waarin ook de overgang van kinder- naar volwassenenpsychiatrie aan de orde is, de enige die de continuïteit van zorg kan waarborgen.

Een tweede argument zijn de lange wachtlijsten en de versnippering in de jeugdzorg.[7] In een leer- of opvoedingssituatie die uit de hand loopt, is een maandenlange wachtlijst synoniem aan een verloren schooljaar. De kans dat het kind een negatief zelfbeeld ontwikkelt, neemt daardoor enorm toe. De huisarts daarentegen kan direct beginnen met de diagnostiek en informatie gaan inwinnen bij kind, ouders en school.

Er is nog een derde argument, van een andere orde: het kan ontzettend leuk zijn om veel contact te hebben met gezonde, ondernemende kinderen. Die contacten geven energie!

DIAGNOSTIEK VAN ONGECOMPLICEERDE ADHD

Bij maar liefst 30% van de kinderen die in de tweede lijn de diagnose ADHD krijgen, blijkt de aandachtsproblematiek *niet* gepaard te gaan met comorbiditeit.[8] De richtlijn uit 2005 accepteert dus dat een derde van de kinderen het uitgebreide onderzoekstraject doorloopt terwijl zij ongecompliceerde ADHD hebben!

Dit onderstreept het belang van een goede triage in de eerste lijn. De kern daarvan is betrouwbaar onderscheid maken

De kern

- De diagnostiek en behandeling van ADHD worden nog te veel overgelaten aan de tweede lijn.
- 'Simpele' ADHD zonder complicaties – bijna een derde van de betrokken kinderen – is in de huisartsenpraktijk relatief eenvoudig te diagnosticeren en goed te behandelen.
- Voor de betrokken kinderen zou dat, gezien de wachtlijsten in de overbelaste jeugdzorg en de vertrouwdheid met de huisartsenvoorziening, grote winst opleveren.

Huisartsenstichting Haspel, Postbus 3274, 5203 DG 's-Hertogenbosch: S. van Manen, kaderarts ggz i.o. Praktijk Parklaan, Hoevelaken: M. Beeres, kaderarts ggz i.o. UMCG, Groningen: dr. M.J.T. Oud, coördinator kaderopleiding ggz. UMC St Radboud, Nijmegen: dr. L. Hassink-Franke, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: svmanen@planet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

tussen 'ongecompliceerde ADHD' en 'ADHD met comorbiditeit'. Dat kan aan de hand van de volgende zes vragen:

- Maakt het kind wel of niet goed contact?
- Is er oppositioneel gedrag?
- Zijn er twijfels aan de verstandelijke vermogens?
- Is er ernstige opvoedingsproblematiek?
- Zijn er aanwijzingen voor depressie of angst?
- Is er sprake van kleine criminaliteit?

Vindt men geen aanwijzingen voor bijkomende problematiek, dan is de diagnose ongecompliceerde ADHD gerechtvaardigd en kan de huisarts zelf starten met medicatie en psycho-educatie. Zijn er wél aanwijzingen voor andere (gedrags)problemen, dan moet de huisarts het kind doorverwijzen naar de jeugd-ggz.

De diagnose ADHD berust op het zorgvuldig en systematisch in kaart brengen van de klinische kenmerken, zoals gerapporteerd door de ouders, de leerkracht, het kind zelf én op basis van eigen waarneming. Wil men van een stoornis kunnen spreken, dan moet het kind – in meerdere situaties en vaker wel dan niet – voldoen aan voldoende gedragskenmerken. De symptomen moeten langer dan zes maanden bestaan en op meerdere leefgebieden spelen (op school, thuis en bij derden). Een belangrijke voorwaarde voor de diagnose is dat het kind in het functioneren en/of de ontwikkeling wordt belemmerd.

Dit alles is in de huisartsenpraktijk goed uitvoerbaar. Er zijn goede vragenlijsten beschikbaar waarmee de huisarts de DSM-IV-criteria kan navragen. Een betrouwbare en valide diagnostische test voor kinderen van 4 tot 18 jaar is de ADHD-VragenLijst (AVL), die het gedrag scoort op drie subschalen: aandachtstekort, impulsiviteit en hyperactiviteit.[9]

BEHANDELING EN FOLLOW-UP

De behandeling in de eerste lijn bestaat uit opvoedingsadviezen en psycho-educatie, in goed overleg met de ouders instellen op medicatie en monitoren van het gedrag en de ontwikkeling van het kind. Bij medicatiecontroles meet de huisarts gewicht en lengte, en vraagt gericht naar slaapproblematiek, eetlust en welbevinden. Het effect van de behandeling is te meten met de Verkorte Conners Score Lijst (VCL), die bestaat uit tien vragen over de kernsymptomen rusteloosheid, impulsiviteit en afleidbaarheid. De VCL is niet geschikt voor diagnostiek, maar wel voor het monitoren van het effect van de behandelingen.[10]

Methylfenidaat geeft een sterke verbetering van de symptomen bij meer dan 70% van de kinderen met een aandachtstekortstoornis. Het instellen op methylfenidaat is eenvoudig en het effect is snel merkbaar. Bij de overgang naar het voortgezet onderwijs stappen veel kinderen over op een langwerkend preparaat. Daarna last men vaak jaarlijks een proefperiode in waarin de medicatie wordt gestopt om de werkzaamheid te evalueren.

Van psycho-educatie is aangetoond dat het het effect van methylfenidaat vergroot.[11] Voorlichting en psycho-educatie kunnen gegeven worden door de praktijkondersteuner ggz. Deze is laagdrempelig, kan structureel contact bieden en is bovendien reeds aanwezig in 30% van de huisartsenpraktijken.[12]

TIJD VOOR EERSTELIJNS ADHD-ZORG?

Wie zorg wil bieden aan kinderen met ADHD, moet zich daarin natuurlijk bekwamen. Aan het UMC St Radboud loopt momenteel een onderzoek naar het effect van online nascholing op dit onderwerp. Voor die nascholing blijkt onder huisartsen veel belangstelling te bestaan.

De jeugdzorg staat onder druk, en her en der in het land trekken huisartsen het initiatief naar zich toe om de zorg voor jeugdigen met psychische aandoeningen meer inhoud te geven.[13] De diagnostiek en behandeling van 'simpele' ADHD hoort bij de huisarts en niet in een ziekenhuis of kinderpsychiatrische setting. Zodra men zorgvuldig heeft vastgesteld dat er sprake is van een ongecompliceerde ADHD, is de huisartsenpraktijk de aangewezen plek voor goede zorg. Het NHG zou hieraan kunnen bijdragen door een richtlijn ADHD te ontwikkelen, met daarin ook aandacht voor de praktijkondersteuner ggz. ■

LITERATUUR

1 Roobol J. ADHD in de eerste lijn: Volksziekte zonder huisarts? Huisarts Wet 2009;52:52.
2 Pereira RR, Kooij JJS, Buitelaar JK. ADHD zeker geen modegril. Med Contact 2011;66:130-33.
3 Faber A, Kalverdijk LJ, De Jong-van den Berg LT, Hugtenburg JG, Minderaa RB, Tobi H. Parents report on stimulant-treated children in the Netherlands: Initiation of treatment and follow-up care. J Child Adolesc Psychopharmacol 2006;16:432-40.
4 Buitelaar JK, Kooij JJ. Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD): Achtergronden, diagnostiek en behandeling. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144:1716-23.
5 Fischer ER, Heiner J, Kalverdijk LJ, Prins PJM, Swaab-Barneveld JT, redactie. Multidisciplinaire richtlijn ADHD: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-instituut, 2005.
6 Pauw RT, Dieleman HG, De Vogel EM, Eussen M. Retrospectief, observationeel onderzoek naar switchen en stoppen van ADHD-medicatie. Pharmaceutisch Weekblad 2008;144:183-7.
7 Beschikbaarheid Jeugdzorg [internet]. Den Haag: Rijksoverheid, 2011. http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdzorg/beschikbaarheid-jeugdzorg, geraadpleegd 5 februari 2011.
8 Buitelaar JK, Van Engeland H. Epidemiological approaches to hyperactivity. In: Sandberg S, editor. Hyperactivity disorders. Cambridge (UK): Cambridge University Press, 1996. p. 26-68.
9 Van de Loo-Neus GHH, Jonkman F, Van der Gaag RJ, Serra M. Diagnostiek bij ADHD [internet]. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2010. http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/themas/adhd/diagnostiek/diagnostiek.html www.kenniscentrum-kjp.nl, geraadpleegd oktober 2011.
10 Gianarris WJ, Golden CJ, Greene L. The Conners' Parent Rating Scales: A critical review of the literature. Clin Psychol Rev 2001; 21:1061-93.
11 Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:409-32.
12 Monitor curatieve GGZ 2010. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2011.
13 Molenburgh H. Probleemkinderen horen in de eerste lijn. Medisch Contact 2009;64:1350-2.

Abstract

Van Manen S, Beeres M, Oud M, Hassink-Franke L. ADHD in primary care. Huisarts Wet 2011;54(12):650-1.

The prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is high (3-5% in children and young adults). General practitioners provide 61% of the repeat prescriptions for stimulants, but the follow-up is often forgotten. Now that child and youth care is under pressure, it would be appropriate for GPs to do more for the care of children with 'simple' ADHD. In these 'uncomplicated' cases, they can start the treatment. Triage between primary and secondary care can be realized with relatively simple means (case history and questionnaires), and GPs are in a unique position to monitor the continuity of treatment. Much can be achieved with refresher courses and mental health nurse practitioners.

NHG-Standaard Anticonceptie

Anke Brand, Anita Bruinsma, Kitty van Groeningen, Sandra Kalmijn, Ineke Kardolus, Monique Peerden, Rob Smeenk, Suzy de Swart, Miranda Kurver, Lex Goudswaard

Kernboodschappen

- De keuze voor een anticonceptiemethode is een individuele keuze, gebaseerd op goede voorlichting en advies door de huisarts.
- Naast orale anticonceptie kan de vrouw kiezen uit diverse andere betrouwbare anticonceptiemethoden, zoals de vaginale ring, pleister, prikpil, implantatiestaafje, koper- of hormoonhoudend spiraal en sterilisatie van de man (vasectomie) of vrouw.
- Bij keuze voor gebruik van een combinatiepreparaat gaat de voorkeur uit naar een pil met levonorgestrel met 30 microgram ethinylestradiol.
- Combinatiepreparaten worden ontraden aan rokende vrouwen van ≥ 35 jaar, die niet kunnen stoppen met roken.
- Na een ongecompliceerde plaatsing van een spiraal is het niet noodzakelijk routinematig een transvaginale echo te laten maken.

Wijzigingen

- Met de NHG-Standaard Anticonceptie komen de standaarden Hormonale anticonceptie en Het spiraaltje te vervallen.
- Er is geen plaats meer voor de pil met cyproteronacetaat als anticonceptivum.
- Alleen leverenzyminducerende medicamenten (zoals rifampicine) hebben een bewezen relevante interactie met hormonale anticonceptie.

INLEIDING

De NHG-Standaard Anticonceptie geeft richtlijnen voor de huisarts om vrouwen én mannen goede voorlichting te geven over de diverse anticonceptiemethoden en om hen te adviseren bij het maken van een keuze. Deze NHG-Standaard vervangt de NHG-Standaarden Hormonale anticonceptie en Het spiraaltje.

In de standaard komen de volgende anticonceptiemethoden aan bod:

- hormonale anticonceptie: de pil, vaginale ring, pleister, prikpil, implantatiestaafje;
- spiralen: koperspiraal, hormoonspiraal;
- definitieve anticonceptie: sterilisatie bij mannen en vrouwen;
- overige methoden: lactatieamenorroemethode (LAM), barrièremiddelen (condoom, pessarium), natuurlijke methoden.

Daarnaast geeft de standaard richtlijnen voor noodanticonceptie.

Bij het bespreken van de anticonceptiekeuze is het van belang na te gaan over welke informatie de patiënt beschikt en of deze correct is. Waarom heeft de patiënt een bepaalde voorkeur, en zijn alle relevante keuzemogelijkheden bekend bij de patiënt? Na bespreking van de hulpvraag, de specifieke situatie van de patiënt en de diverse anticonceptiemogelijkheden, kan de patiënt een middel of een methode kiezen.

Epidemiologie

Bijna 70% van de Nederlandse vrouwen tussen de 18 en 45 jaar gebruikt enige vorm van anticonceptie. De combinatie pilgebruik en condoom wordt vooral toegepast door jonge vrouwen. Ongeveer 7% van de mannen in de leeftijdscategorie van 18 tot 45 jaar is gesteriliseerd. Mannen laten zich vaker steriliseren dan vrouwen. Andere methoden, zoals het pessarium of een natuurlijke methode (coïtus interruptus, periodieke onthouding), worden weinig toegepast.[1]

Methoden (werking, betrouwbaarheid, en bijwerkingen)

Hormonale anticonceptie

De meeste hormonale anticonceptiva bevatten een combinatie van oestrogenen en progestagenen. De anticonceptieve werking wordt overwegend bepaald door het progestagene component; de oestrogenen dienen voornamelijk voor cycluscontrole.

De anticonceptieve werking van *combinatiepreparaten* (pil, vaginale ring en pleister) bestaat uit:

- onderdrukking van de hypofysehormonen FSH en LH, waardoor follikelrijping wordt geremd en geen ovulatie plaatsvindt;
- remming van de uitrijping van het endometrium, waardoor de condities voor innesteling van de bevruchte eicel verslechteren;
- beïnvloeding van het cervixslijm, waardoor de doorgankelijkheid voor spermatozoa vermindert.

De anticonceptieve werking van de methoden met alleen progestageen berust ook op ovulatieremming en beïnvloeding van het cervixslijm, en geeft veelal atrofie van het endometrium.

Combinatiepreparaten

COMBINATIEPIL

De betrouwbaarheid van de pil is groot. Bij juist gebruik is de kans op zwangerschap ongeveer 0,3 per 100 vrouwen per jaar.[2] Van de pillen die recent op de markt zijn geïntroduceerd, zijn minder gegevens bekend over de betrouwbaarheid en veiligheid. Ook is van de combinatiepillen die minder dan 30 microgram ethinylestradiol bevatten, niet aangetoond dat ze klinisch relevante voordelen hebben boven pillen met 30 microgram ethinylestradiol.[3]

Pillen worden ingedeeld in verschillende 'generaties' op basis van het soort progestageen. De pillen van de 'tweede generatie' worden het meest gebruikt.[4] Er bestaat ook een indeling op basis van het aantal fasen: de eenfasepil bevat een vaste dosis oestrogeen en progestageen, de tweefase- en driefasepil hebben wisselende doses.[5]

De pil met ethinylestradiol en drospirenon is even betrouwbaar als de andere pillen wat betreft het voorkómen van een zwangerschap. Een gunstig effect op premenstruele klachten en acne of lichaamsgewicht, is niet bewezen.[6] Wel geeft deze pil meer risico op het ontwikkelen van veneuze trombo-embolische complicaties.[7] Een nieuwe pil is een vierfasepil met oestradiolvaleraat en dienogest. Het is niet aangetoond dat deze pil minder bijwerkingen heeft.[8] Over de betrouwbaarheid is weinig bekend.

Voor de combinatiepil met cyproteronacetaat is geen aparte indicatie meer, omdat alle combinatiepreparaten een

Brand AK, Bruinsma ACA, Van Groeningen COM, Kalmijn S, Kardolus GJ, Peerden MJM, Smeenk RCJ, De Swart SM, Kurver MJ, Goudswaard AN. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54(12):652-76. • Met het verschijnen van deze Standaard vervallen de NHG-Standaarden Hormonale anticonceptie (M02) en Het spiraaltje (M14).

vergelijkbaar effect hebben op acne (zie de NHG-Standaard Acne).[9] Daarnaast is het risico op veneuze trombo-embolieën bij deze pil twee- tot viermaal groter dan bij gebruik van een pil met levonorgestrel, norethisteron of lynestrenol (tweedegeneratiepil[3]).

VAGINALE RING

Wat betreft systemische farmacologische eigenschappen, komt de ring overeen met een pil die desogestrel of gestodeen bevat (derdegeneratiepil[3]) omdat etonogestrel een metaboliet is van desogestrel. De vaginale ring (ethinylestradiol 15 microgram en etonogestrel 120 microgram) is even betrouwbaar als de combinatiepil. De vaginale ring geeft echter meer vaginitisklachten en genitale jeuk in vergelijking met een combinatiepil.[10] De fabrikant waarschuwt voor expulsie van de vaginale ring bij aanwezigheid van een prolaps, obstipatie en bij verwijdering van een tampon.

PLEISTER

De pleister (ethinylestradiol 20 microgram en norelgestromin 150 microgram) is bij niet-obese vrouwen even betrouwbaar als de combinatiepil. De pleister is niet geschikt voor obese vrouwen, omdat er door de relatieve dikke huid minder opname van hormonen plaatsvindt. De pleister geeft meer klachten van mastopathie en misselijkheid dan de combinatiepil.[11]

Ernstige bijwerkingen

Het absolute risico op veneuze trombo-embolieën door de combinatiepil, is 3,6 per 10.000 vrouwen per jaar. De diverse progestagenen beïnvloeden in wisselende mate het trombogene effect van oestrogenen. Combinatiepillen met het progestageen desogestrel of gestodeen (derdegeneratiepillen) geven een tweemaal hoger risico op veneuze trombo-embolieën dan combinatiepillen die levonorgestrel of norethisteron bevatten (tweedegeneratiepillen). Laatstgenoemden geven het minste risico op veneuze trombose. Er zijn enkele aanwijzingen dat het risico op veneuze trombose bij gebruik van de pleister of vaginale ring vergelijkbaar is met dat van een derdegeneratiepil.[12]

Van een aantal aandoeningen is bekend dat zij een verhoogd risico geven op veneuze trombose, zoals: obesitas, APC (geactiveerd proteïne-C)-resistentie door factor-V-Leiden-mutatie, proteïne-C-, proteïne-S- of antitrombinedeficiënties. In combinatie met een combinatiepreparaat neemt het risico op veneuze trombose bij deze aandoeningen toe met een factor tien tot twintig (bijvoorbeeld: combinatie van pil en APC-resistentie: 28,5 per 10.000 vrouwen per jaar).[13]

Het absolute risico op cardiovasculaire (arteriële) complicaties door gebruik van combinatiepreparaten is klein, zeker bij jonge vrouwen. Bij vrouwen met cardiovasculaire risicofactoren neemt het risico op complicaties wel toe tot een klinisch relevant niveau, vooral bij (rokende) vrouwen van 35 jaar en ouder die de pil gebruiken.[14] De combinatiepil

Abstract

Brand AK, Bruinsma ACA, Van Groeningen COM, Kalmijn S, Kardolus GJ, Peerden MJM, Smeenk RCJ, De Swart SM, Kurver MJ, Goudswaard AN. The NHG Guideline Contraception. Huisarts Wet 2011;54(12):652-76.

The Dutch College of General Practitioners Guideline Contraception provides guidelines for advising and guiding women and men in their choice of contraception. The following methods are routinely offered:

- Hormonal methods: the pill, vaginal ring, contraceptive patch, contraceptive injection, contraceptive implant
- Coils (intrauterine devices): copper coil, hormone-containing coil
- Permanent methods: sterilization of men and women
- Other methods: lactational amenorrhoea method (LAM), barrier methods (condom, diaphragm), natural methods

In hormonal contraception, a distinction is made between the combined pill and the progesterone-only pill. The first choice for the combined pill is levonorgestrel plus ethinlyoestradiol (30 mg); cyproterone acetate should no longer used as contraceptive. Women no longer need to be warned about the risk of a diminished effectiveness of contraception when hormonal contraceptives are used in combination with non-liver enzyme-inducing antibiotics, except when there is vomiting or diarrhoea. People should be aware of the development with time of contraindications to the use of combination preparations, such as cardiovascular risk factors, migraine with aura in women who smoke, and a family history of venous thrombosis.

The copper-containing coil and the hormone-containing coil are both good alternatives to the pill. Vasectomy can be performed in general practice. Various laparoscopic and hysteroscopic methods for sterilization of women are discussed.

Couples who consider less effective methods of contraception should be given accurate and appropriate information. Besides guidance on the use of different forms of contraception, the Guideline also provides information about emergency contraception. The levonorgestrel pill and the copper-containing coil can be used up to 72 hours and 120 hours after unprotected sex, respectively. Emergency contraception and/or additional contraception should be considered if a woman has forgotten to take several pills (depending on when in the cycle and how many pills are forgotten).

Main messages

- Contraception is a personal choice based on sound information and advice provided by the general practitioner.
- Besides oral contraceptives, women can choose from several other reliable methods of birth control, such as the vaginal ring, the contraceptive patch, the contraceptive injection, the contraceptive implant, copper or hormone-containing coils, and sterilization of the man or woman.
- If a combined pill is chosen, preference should be given to a pill containing levonorgestrel and ethinyloestradiol (30 µg).
- Combination pills are contraindicated in women older than 35 years who smoke.
- Routine transvaginal echography is not necessary after uncomplicated insertion of a coil.

geeft bij rokende vrouwen met migraine met aura een toename van ischemische cerebrovasculaire accidenten.[15]

Hormonale en reproductieve factoren hebben invloed op de incidentie van gynaecologische tumoren en mammacarcinoom.[16] Er is een licht verhoogd risico op cervixcarcinoom bij langdurig gebruik van de combinatiepil. Ook het risico op mammacarcinoom is licht verhoogd. De lage incidentie van mammacarcinoom op jonge leeftijd (< 35 jaar), resulteert in een zeer gering aantal casus per jaar en is geen reden om pilgebruik te ontraden. Het verhoogde risico hangt mogelijk samen met de gebruiksduur, gebruik voor de eerste zwangerschap en hormoontherapie in de overgang van vrouwen die al eerder de combinatiepil gebruikten. Het risico neemt weer af na staken van de combinatiepil. Het is bewezen dat gebruik van orale anticonceptie het risico op endometrium- en ovariumcarcinoom vermindert en dat het geen effect heeft op de totale mortaliteit. Er zijn geen gegevens bekend over de risico's van de nieuwere combinatiepreparaten.

Methoden met alleen progestagenen

Methoden met alléén progestageen kunnen in de vorm van een prikpil (intramusculair of subcutaan),[17] een implantatiestaafje[18] of met een pil worden gegeven. Deze methoden bevatten respectievelijk medroxyprogesteron, etonogestrel en desogestrel. Het risico op zwangerschap bij juist gebruik van de prikpil, implantatiestaafje en pil is vergelijkbaar met die van de combinatiepil. Deze methoden geven veelal atrofie van het endometrium, afhankelijk van de endogene oestradiolproductie. Bij al deze methoden kan in het begin het bloedingspatroon wisselend en onvoorspelbaar zijn. Na enkele maanden neemt het bloedverlies vaak af en ontstaat amenorroe en soms *spotting*. Gebruik van de prikpil leidt tot een niet klinisch relevante afname van de botdichtheid. De prikpil kan leiden tot gewichtstoename.[19] Veelvoorkomende bijwerkingen van het implantatiestaafje zijn acne, hoofdpijn en mastodynie. Bij gebruik van de pil is er geen stopweek. De pil met alleen progestageen lijkt het risico op veneuze of arteriële complicaties niet te verhogen.[20] Het hormoonspiraal bevat levonorgestrel en wordt bij de paragraaf spiralen besproken.

Spiralen

Koperspiraal

Het koperspiraal geeft geleidelijk koper af. Koperionen hebben een cytotoxisch dan wel immobiliserend effect op de zaadcellen. Daarnaast veroorzaakt het koperspiraal een steriele ontsteking ('vreemdlichaamreactie') in het endometrium en deels in de tuba en verhindert het de innesteling van een bevruchte eicel in de baarmoeder. Koper vergroot de betrouwbaarheid door versterking van de ontstekingsreactie. Koper verstoort eveneens enzymatische processen in het endometrium, waardoor de normale uitrijping van het endometrium wordt verhinderd. Een koperspiraal is onmiddellijk na plaatsing effectief. Dit duurt tot het moment van verwijdering, mits in de week voor verwijdering geen coïtus plaatsvond. De betrouwbaarheid van koperspiralen is hoog.[21] Het percentage zwangerschappen bedraagt 0,1 tot 1,0 in het eerste gebruikersjaar. Er zijn geen grote verschillen in betrouwbaarheid tussen de op de markt zijnde koperspiralen met een oppervlak van meer dan 300 mm^2 koper (≥ 300 mm^2 Cu). Bij een koperspiraal wordt de menstruatie meestal wat heviger en langer. De ovulatie blijft doorgaan. De werkingsduur van het koperspiraal bedraagt 5 tot 10 jaar. De T-Safe Cu is geregistreerd voor 10 jaar, en de Multiload Cu 375 voor 5 jaar. Onderzoek laat echter ook na 5 jaar (7 tot 10 jaar) geen grote toename van de zwangerschapskans zien. In de praktijk verwisselt men een Multiload dat goed bevalt (in overleg met de vrouw) niet vaker dan eens in de 10 jaar. Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om een uitspraak te kunnen doen over de betrouwbaarheid van de andere koperspiralen na 5 jaar.[22] Alleen het koperspiraal is geschikt als noodspiraal.

Hormoonspiraal

Het hormoonspiraal bevat 52 mg levonorgestrel, waarvan intra-uterien gedurende minimaal 5 jaar dagelijks circa 12 microgram wordt afgegeven. Hierdoor ontstaat atrofie van het endometrium, zodat innesteling van een bevruchte eicel niet mogelijk is. Daarnaast leidt levonorgestrel tot de vorming van dik en taai cervixslijm, waardoor dit minder doorgankelijk wordt voor zaadcellen. De systemische belasting met progestageen is bij gebruik van een hormoonspiraal een factor tien tot dertig lager dan bij gebruik van andere vormen hormonale anticonceptie. Het aantal zwangerschappen bedraagt 0,1 tot 0,2 per 100 vrouwen per jaar.[23] Bij een groot deel van de gebruiksters verandert het menstruatiepatroon.[24] Amenorroe, oligomenorroe en doorbraakbloedingen in de vorm van spotting komen frequent voor. Bij een hormoonspiraal is het vaginale bloedverlies vooral de eerste 3 maanden vaak onregelmatig. Na verloop van tijd wordt de menstruatie minder en soms blijft de menstruatie zelfs helemaal weg. Het wegblijven van de menstruatie kan geen kwaad. Vooraf aanwezige dysmenorroe kan verbeteren tijdens spiraalgebruik. De meeste vrouwen blijven tijdens het gebruik van een hormoonspiraal wel ovuleren. De incidentie van ovariumcysten kan toenemen. Deze zijn meestal asymptomatisch en verdwijnen vrijwel altijd spontaan. Soms zijn er andere bijwerkingen zoals pijnlijke borsten, hoofdpijn, acne, haaruitval of depressieve klachten. Het risico van diepe veneuze trombose is niet verhoogd. De werkingsduur van het hormoonspiraal bedraagt 5 jaar.

Het hormoonspiraal heeft behalve als anticonceptivum ook andere indicaties, zoals behandeling van overvloedig bloedverlies zonder onderliggende oorzaak en als progestageen adjuvans tijdens oestrogeentherapie in de peri- of postmenopauze. Deze indicaties vallen buiten het bestek van deze standaard (zie de NHG-Standaarden Vaginaal bloedverlies en De overgang).

Complicaties na plaatsing spiraal

De eerste drie weken na plaatsing van

een spiraal is er een verhoogd risico op een pelvic inflammatory disease (PID). Dit risico is geassocieerd met het insertieproces en de aanwezigheid van een eventuele soa.[25]

Het risico op *expulsie* na plaatsing binnen vijf jaar, is ongeveer één op twintig en is het grootst in het eerste gebruiksjaar, bij plaatsing direct na een tweedetrimesterabortus of bij plaatsing direct postpartum.[26] Expulsie kan het gevolg zijn van onvoldoende diepe plaatsing of discrepantie tussen de afmetingen van de uterus en die van het spiraal. Expulsie geeft soms klachten van spotting en pijn of onaangename sensaties in de onderbuik ten gevolge van cervixprikkeling, maar kan ook onopgemerkt verlopen.

De incidentie van *uterusperforaties* ligt bij zowel het hormoonspiraal als het koperspiraal tussen de 0,0 en 2,6 per 1000 inserties. Het risico lijkt groter bij plaatsing in de postpartumperiode en tijdens lactatie.[27] Buikpijn en bloedverlies kunnen optreden, maar zijn geen obligate symptomen.

De (aanvankelijke) aanwezigheid van een koperspiraal in een *zwangerschap* gaat niet gepaard met een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen van het kind. Bij aanwezigheid van een hormoonspiraal is dit niet bekend.

Definitieve anticonceptie

Sterilisatie van de man

Bij een vasectomie wordt de continuïteit van de vasa deferentia onderbroken. Het is een relatief eenvoudige ingreep met een klein risico op complicaties zoals nabloeding of infectie. Een vasectomie kan ook in de huisartsenpraktijk plaatsvinden.[28] Het aantal zwangerschappen bedraagt ongeveer 0,1 per 100 sterilisaties.[2] Het stel moet additionele anticonceptie gebruiken totdat middels zaadonderzoek is bevestigd dat er geen levende spermacellen aanwezig meer zijn. Het zaadonderzoek vindt plaats drie maanden na de ingreep.

Sterilisatie van de vrouw

Bij *laparoscopische* sterilisatie wordt gebruik gemaakt van Falope-ringen, Filshie-Clips of elektrocoagulatie. Bij het aanbrengen van de Falope-ring wordt de tuba afgesloten door een ringetje, waarin een lus van een deel van de tuba wordt getrokken. De Filshie-Clip is gemaakt van titanium-siliconenrubber dat zwelt, waardoor het tubalumen wordt afgesloten.[29] Het aantal vrouwen dat na sterilisatie alsnog zwanger wordt, varieert van 0,5 tot 2%.

Er worden diverse *hysteroscopische* sterilisatietechnieken toegepast, of technieken waarbij spiraalvormige implantaten, siliconenplugs of matrices in beide tubae worden aangebracht. Van de hysteroscopische sterilisaties met implantaten is ongeveer 95% succesvol. Als de ingreep succesvol is verlopen, moet de ingreep als 100% irreversibel worden beschouwd. Vrouwen moeten tot drie maanden na de ingreep een additionele anticonceptiemethode gebruiken. Afhankelijk van de methode wordt er door echografisch onderzoek, röntgenonderzoek of een hysterosalpingogram (HSG) aangetoond dat beide tubae zijn afgesloten.[30]

Overige anticonceptiemethoden[31]

Lactatieamenorroemethode (LAM)

LAM is alleen van toepassing wanneer het kind volledig op verzoek wordt gevoed en het kind geen andere voeding krijgt, zoals bij- of flesvoeding. Als de vrouw vanaf 10 tot 14 dagen na de bevalling weer vaginaal bloedverlies heeft, dan is de methode niet meer veilig.[32] Borstvoeding heeft een anticonceptieve werking en het risico op zwangerschap tot 6 maanden na de geboorte is minder dan 2%, mits er aan de voorwaarden is voldaan.

Condoom

Het mannencondoom is doorgaans gemaakt van latex met aan de binnenzijde een zaaddodend middel. Het vrouwencondoom is gemaakt van polyurethaan, met aan beide zijden een flexibele ring. De binnenring wordt in de vagina gebracht, de buitenring rust op de vulva. Het vrouwencondoom kan al voor de geslachtsgemeenschap worden ingebracht. Bij correct gebruik van het mannen- of vrouwencondoom is het risico op zwangerschap respectievelijk ongeveer 2 tot 5% per jaar.[2] Mechanische problemen (afglijden, scheuren etc.) zijn voor beide typen condoom van invloed op de betrouwbaarheid.

Pessaria

Voorafgaand aan het inbrengen van een pessarium wordt aan alle zijden een spermicide aangebracht. Na de zaadlozing moet het pessarium minstens 6 tot 8 uur blijven zitten om er zeker van te zijn dat de spermacellen zijn geïmmobiliseerd. Afhankelijk van het type pessarium varieert het risico op zwangerschap van 6 tot 26% per jaar. Het pessarium moet jaarlijks gecontroleerd worden.

Natuurlijke methoden

Voorbeelden van natuurlijke methoden zijn: coïtus interruptus, periodieke onthouding en de ovulatiemethode. De betrouwbaarheid van deze methoden is gering en sterk afhankelijk van de mate van motivatie, zorgvuldigheid en samenwerking tussen beide partners.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Diverse relevante factoren die van belang zijn voor het maken van een keuze, moeten aan bod komen tijdens het consult. In deze paragraaf worden deze factoren per groep methoden beschreven.

Anamnese

Bij elke vraag over een anticonceptiemethode, worden bij de vrouw en man de volgende aspecten besproken:

- reden voor wens gebruik van anticonceptie;
- eerder gebruik van anticonceptie, zo ja welke methode(n) en ervaringen daarmee;
- verheldering van de hulpvraag en verwachtingen ten aanzien van de gewenste methode;
- ideeën over eventuele bijwerkingen van besproken methoden;
- de cyclus van de vrouw: begindatum van de laatste menstruatie, regelmaat, duur en pijnlijkheid van de menstruatie, hoeveelheid bloedverlies, tussentijds bloedverlies, datum voorafgaande bevalling bij postpartum plaatsing, wens behoud menstruatie.

Bij bespreking van hormonale anticonceptie

- voorgeschiedenis: myocardinfarct, ischemisch cerebrovasculair accident, veneuze trombo-embolie (diepe veneuze trombose of longembolie) of trombofilie, ernstige leverfunctiestoornissen, cholestatische icterus tijdens de zwangerschap, borst- of baarmoeder(hals) kanker;
- bekende cardiovasculaire risicofactoren: roken, hypertensie, hypercholesterolemie (TC ≥ 6,5), diabetes mellitus type 1 en 2, hart- en vaatziekten bij ouders, broers of zussen jonger dan 60 jaar, obesitas[33] of verhoogde middelomtrek (BMI > 30 kg/m^2, middelomtrek > 88 cm);
- migraine met aura;
- veneuze trombo-embolie bij familieleden;
- geneesmiddelengebruik (anti-epileptica, rifampicine, hypericum (Sint-Janskruid));
- borstvoeding: volledige borstvoeding/kolven/flesvoeding/bijvoeding.

Bij bespreking van een spiraal

- de kans op de aanwezigheid van zwangerschap;
- klachten die kunnen wijzen op aanwezige ontsteking van vagina, cervix of tubae (PID), zoals afwijkende fluor en/of buikpijn (zie de NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease);
- risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's): onbeschermd seksueel contact met wisselende partners of partner met wisselende contacten, urethritis klachten of bewezen soa (zie de NHG-Standaard Het soa-consult);
- bekende vormafwijkingen van de baarmoeder of myomen;
- bekende cervixpathologie;
- onverklaard vaginaal bloedverlies (zie de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies);
- borstvoeding.

Bij bespreking van een definitieve methode

- huidige gezinssamenstelling en de mogelijkheid van onvoorziene wijzigingen in de toekomst;
- eventuele angst voor ingreep;
- inzicht in definitieve karakter van ingreep;
- voor- en nadelen van sterilisatie van de vrouw en de man;
- risico op spijt.

Lichamelijk onderzoek

Hormonale anticonceptie

- Bepaal bij vermoeden van overgewicht het gewicht en meet eventueel de lengte en de middelomtrek voor het objectiveren van de mate van obesitas[34] (zie de NHG-Standaard Obesitas).
- Meet alleen de bloeddruk bij reeds bekende cardiovasculaire risicofactoren.[35]

Spiralen

De huisarts kan ervoor kiezen het gynaecologisch onderzoek (speculumonderzoek en vaginaal toucher) direct voorafgaand aan de spiraalplaatsing te doen, als er uit de anamnese geen belemmerende factoren voor plaatsing naar voren zijn gekomen. De huisarts bepaalt de ligging, grootte en consistentie van de uterus.

Bij afwijkende fluor, of bij de anamnese gebleken indicatie voor soa-onderzoek, of op verzoek van patiënte, wordt eerst materiaal voor PCR-diagnostiek voor chlamydia trachomatis en gonorroe afgenomen door de arts (of patiënte zelf, afhankelijk van de regionale afspraken).

Bij verdenking op een trichomonasinfectie wordt diagnostiek hiernaar ingezet (zie de NHG-Standaard Het soa-consult).

Evaluatie

Hormonale anticonceptie

Ontraad *combinatiepreparaten* bij:

- vrouwen ≥ 35 jaar die blijven roken;
- doorgemaakt myocardinfarct, ischemisch cerebrovasculair accident, diepe veneuze trombose of longembolie;
- migraine met aura in combinatie met roken;
- trombofilie;
- hormoonafhankelijke tumoren, zoals mamma- of endometriumcarcinoom;
- ernstige leverfunctiestoornissen, cholestatische icterus tijdens zwangerschap.

Gezien het risico op trombose tijdens en kort na de zwangerschap, worden *combinatiepreparaten* bij voorkeur niet in de eerste drie weken na de bevalling voorgeschreven, en aan vrouwen die borstvoeding geven niet in de eerste zes weken.

Weeg voor- en nadelen van *combinatiepreparaten* af bij aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren (roken, hypertensie, hypercholesterolemie, diabetes mellitus type 1 en 2, hart- en vaatziekten bij ouders, broers of zussen jonger dan 60 jaar, obesitas[33] of verhoogde middelomtrek).

Adviseer rokende vrouwen die 35 jaar of ouder zijn, het roken te staken. Indien het staken niet lukt: adviseer een niet-hormonale methode (bijvoorbeeld een koperhoudend spiraal), een hormoonspiraal of een methode met alleen progestageen.

Weeg de voor- en nadelen af van een combinatiepreparaat bij een belaste familieanamnese voor veneuze trombose. Bij een (mogelijk) verhoogd risico op veneuze trombose heeft de pil met alleen progestageen de voorkeur.

Ontraad *methoden met alleen progestagenen* (prikpil, implantatiestaafje, pil, hormoonspiraal) bij:

- een actuele veneuze trombo-embolische aandoening;
- onverklaard vaginaal bloedverlies;
- progestageenafhankelijke tumoren, zoals een mammacarcinoom;
- ernstige leverfunctiestoornissen.

Spiralen

Onverklaard bloedverlies en zwangerschap zijn contra-indicaties voor plaatsing van een spiraal. Bij onverklaard bloedverlies dient eerst diagnostiek te worden verricht (zie de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies).

Indien naar aanleiding van anamnese of lichamelijk onderzoek, of op verzoek van de patiënte, soadiagnostiek is verricht, wacht de huisarts de uitslag af. Voor behandeling van een eventuele infectie, zie de NHG-Standaard Het soa-consult. Na behandeling is er geen belemmering voor spiraalplaatsing, tenzij het risico op recidief-soa is verhoogd.

Bij anatomische afwijkingen van de uterus of myomen die het cavum uteri

misvormen, is spiraalplaatsing niet goed mogelijk. De vrouw dient voor een andere anticonceptiemethode te kiezen.

Bij nulliparae kan gekozen worden voor zowel een koperspiraal als een hormoonspiraal. Voor vrouwen die al menstruatieklachten hebben, kan een koperspiraal een minder aantrekkelijke keuze zijn, omdat vaak na plaatsing de menstruatie wat heviger, langer of pijnlijker kan worden.

Ontraad een koperspiraal bij een patiënte met veel menstruatieklachten, de ziekte van Wilson of een koperallergie en een hormoonspiraal bij een (behandeld) mammacarcinoom, een *actieve* diepveneuze trombose of longembolie of een acute leverziekte of -tumor.

Ontraad een hormoonspiraal bij een patiënte met een (behandeld) mammacarcinoom, actieve diepe veneuze trombose of longembolie en een acute leverziekte of -tumor.

Definitieve methoden

Contra-indicaties voor de vasectomie kunnen zijn: twijfel bij de patiënt, eerdere operatie in het scrotum, een stugge en dikke scrotumhuid, angst voor de ingreep en een extreme cremasterreflex tijdens onderzoek van het scrotum.

Als de vrouw kiest voor sterilisatie, zal er een keuze zijn tussen een hysteroscopische of laparoscopische sterilisatie. De uiteindelijke keuze wordt samen met de gynaecoloog besproken.

Weeg samen met de vrouw de voordelen van sterilisatie af ten opzichte van nadelen van het eventueel stoppen van hormonale anticonceptie. Stoppen kan nadelige gevolgen hebben, bijvoorbeeld door (opnieuw) optreden van cyclusstoornissen in het laatste decennium van de fertiele periode, waarvoor dan alsnog hormonale therapie, in de vorm van een pil of spiraal, geïndiceerd kan zijn.

De kans op verzoek om een herstelloperatie is groter bij vrouwen bij wie de ingreep plaatsvond voor het dertigste jaar, bij bekende relationele problemen en bij vrouwen die tijdens een keizersnee of vlak na een bevalling zijn gesteriliseerd. Gescheiden, alleenstaande of jonge mannen (< 30 jaar) hebben ook een grotere kans om later spijt te krijgen van de ingreep.

Overige methoden

Vanwege de mindere betrouwbaarheid van deze methoden, worden de voor- en nadelen besproken, maar wordt er ook aandacht besteed aan andere beschikbare methoden.

[**Tabel 1**] geeft een overzicht van de diverse methoden en hun belangrijkste kenmerken.

Interacties

Combinatiepreparaten

Klinisch relevante interacties doen zich nagenoeg alleen voor bij geneesmiddelen die leverenzyminductie veroorzaken, met name anti-epileptica[36] (fenytoïne, fenobarbital, carbamazepine, en primidon), rifampicine, Sint-Janskruid (hypericum) en antiretrovirale middelen. De combinatiepil leidt bij gebruik van lamotrigine tot wisselende spiegels van lamotrigine, waardoor epilepsie niet goed met lamotrigine behandeld kan worden.

Adviseer een vrouw die anti-epileptica slikt bij voorkeur een hormoonspiraal, koperspiraal of prikpil. Alleen bij lamotrigine kan de pil met progestageen worden gebruikt.

Geadviseerd wordt een vrouw die rifampicine of Sint-Janskruid slikt geen hormonale anticonceptie (behalve prikpil en hormoonspiraal) voor te schrijven.

Spiralen

Er zijn geen interacties bekend tussen geneesmiddelen en een koper- of hormoonspiraal die het risico op zwangerschap beïnvloeden.[37]

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting en (niet-)medicamenteuze therapie

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

Ter ondersteuning van het maken van de keuze door de patiënt, kan de huisarts ook wijzen op de keuzehulp anticonceptie op www.kiesbeter.nl/algemeen. Na het geven van de voorlichting en advies over de gewenste methode(n) besluit de patiënt samen met de arts welke methode het meest geschikt is. Wijs ook op eventuele kosten van de methode. Niet alle methoden worden (volledig) vergoed door de zorgverzekeraar. Huisartsen die te maken krijgen met de behandeling van verstandelijk gehandicapten kunnen ook de Richtlijn Kinderwens en Anticonceptie van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten raadplegen (www.nvavg.nl).

Bij keuze voor hormonale anticonceptie

Combinatiepreparaten

De *voorkeur* gaat uit naar een pil die levonorgestrel (in combinatie met 30 microgram ethinylestradiol) bevat gezien het relatief gunstige bijwerkingenprofiel wat betreft het risico op trombose. Andere combinatiepillen hebben geen voordelen wat betreft betrouwbaarheid en bijwerkingen.

Voor de vaginale ring of pleister kan worden gekozen indien de vrouw een voorkeur heeft voor deze toedieningsvorm. De vrouw dient op de hoogte te zijn van het verhoogde tromboserisico en de hogere prijs van de vaginale ring en pleister.

- Geef uitleg over het *juiste gebruik* van de pil, vaginale ring of pleister en over de stopweek. De vaginale ring kan drie weken blijven zitten, de pleister moet elke week vervangen worden. Als de vrouw op de eerste dag van de menstruatie met de combinatiemethode begint, is de betrouwbaarheid direct optimaal. Start de vrouw later in de cyclus, dan zijn gedurende de eerste zeven dagen aanvullende anticonceptieve maatregelen nodig. Om te voorkomen dat de vrouw de combinatiepil vergeet, is het raadzaam hem routinematig op eenzelfde moment van de dag in te nemen. Voor het beleid bij vergeten van de pil, zie [**kader 1**].
- Adviseer bij gebruik van een combinatiepil aanvullende maatregelen (gebruik van condoom, verdubbelen

Tabel 1 Kenmerken van diverse anticonceptiemethoden

Methode (inhoud)	Toepassing	Bijwerkingen (voor toelichting: zie Standaard)	Bloedings-patroon	Aandachtspunten (voor toelichting: zie Standaard)	Kostprijs[2]
Hormonale anticonceptie					
Combinatiepil (oestrogenen en progestagenen)	elke dag gedurende 3 weken met stopweek	alle: risico trombose (varieert per preparaat), hart- en vaatziekten, mamma- en cervixcarcinoom licht verhoogd ▪ pil: divers,misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, gewichtstoename, mastopathie (voorbijgaand) ▪ ring: vaginitis, genitale jeuk ▪ pleister: misselijkheid, mastopathie	regelmatig	▪ ontraad: leeftijd ≥ 35 jaar en roken, doorgemaakt myocardinfarct, ischemisch cva, diepe veneuze trombose, longembolie; migraine met aura en roken; trombofilie; hormoonafhankelijke tumoren; gebruik van leverenzyminducerende medicamenten (anti-epileptica, rifampicine , Sint-Janskruid); leverfunctiestoornissen ▪ overweeg: aanwezige risicofactoren hart- en vaatziekten; belaste familieanamnese trombofilie	**_ ***
Vaginale ring (oestrogenen en progestagenen)	eenmalig gedurende 3 weken met stopweek				***
Pleister (oestrogenen en progestagenen)	wekelijks gedurende 3 weken met stopweek				***
Pil met alleen progestageen (progestageen)	elke dag zonder stopweek	▪ prikpil: gewichtstoename, verminderde botdichtheid	irregulair-amenorroe	▪ ontraad: actuele diep veneuze trombose of longembolie; onverklaard vaginaal bloedverlies; progestageenafhankelijke tumoren, leverfunctiestoornissen	**
Prikpil (progestageen)	elke 12 weken im				**
Implantatiestaafje (progestageen)	eenmalig (na 2 of 3 jaar vervangen afhankelijk van gewicht)				**
Spiralen					
Koperspiraal	eenmalig (na 5 of 10 jaar vervangen, afhankelijk type spiraal)		eigen cyclus, normaal tot meer	▪ contra-indicaties spiralen: onverklaard vaginaal bloedverlies; zwangerschap; soa; anatomische afwijkingen uterus ▪ ontraad hormoonspiraal: (behandeld) mammacarcinoom, actuele diepe veneuze trombose of longembolie	*
Hormoonspiraal (progestageen)		ovariumcysten	vaak amenorroe		*
Overige methode					
LAM[1]	continu		amenorroe		n.v.t.
Natuurlijke methode					± € 200 cursus
Condoom/ vrouwencondoom	zo nodig				± € 0,40-1,00 per stuk
Pessarium					± € 50-70 per stuk
Sterilisatie					
Vasectomie	ingreep bij huisarts of poliklinisch				± € 300-500 (huisarts) / ± € 600-1200 (ziekenhuis)
Laparoscopische sterilisatie	meestal dagopname				± € 1100-1700
Hysteroscopische sterilisatie					

1 lactatieamenorroemethode
2 *: 0-1 euro per maand; ** 1-5 euro per maand; ***: 5-10 euro per maand); kostprijs geeft een indicatie van de situatie in 2011

dosering pil, opschorten van seksuele activiteit) alleen bij hevig braken of waterdunne diarree.

- Wanneer de vrouw dat wenst of als er klachten zijn tijdens de stopweek, zoals veel bloedverlies, hoofdpijn of buikpijn kan de methode ook doorgebruikt worden (dus geen stopweek). Adviseer een stopweek in te lassen wanneer er doorbraakbloedingen (zonder onderliggende oorzaak) optreden. Langetermijneffecten van het doorslikken zijn niet bekend.[38]
- Leg uit dat het risico op *ernstige bijwerkingen* klein is. Het risico op het ontwikkelen van een ovariumcarcinoom vermindert door pilgebruik en het risico op het ontwikkelen van mammacarcinoom is slechts licht verhoogd.[16] Aan draagsters van het BRCA1- of BRCA2-gen, of aan vrouwen met een familiaire belasting voor mammacarcinoom, worden combinatiepreparaten niet ontraden.[39]
- Het absolute risico op cervixcarcinoom is klein maar wel verhoogd bij langdurig gebruik. Het risico op trombose is eveneens klein, maar wel verhoogd door pilgebruik, en is relatief het kleinst bij gebruik van de pil met levonorgestrel en norethisteron. Het risico op trombose bij gebruik van een vaginale ring of pleister komt waarschijnlijk overeen met die van de derdegeneratiepil.
- Het cardiovasculaire risico is vooral verhoogd bij rokende vrouwen vanaf 35 jaar.
- Er is geen bezwaar tegen gebruik van

combinatiepreparaten bij vrouwen met goed gereguleerde en ongecompliceerde diabetes mellitus jonger dan 35 jaar (geen micro- of macrovasculaire complicaties, nefropathie, neuropathie of retinopathie).[40]
- Overweeg een 'pilcontrole' om het gebruik te heroverwegen als tijdens het gebruik of bij herstarten van combinatiepreparaten (na bijvoorbeeld een zwangerschap) contra-indicaties zijn ontstaan. Voorbeelden zijn: roken (bij vrouwen van 35 jaar en ouder), hypertensie (ook in zwangerschap), pre-eclampsie, trombose in familie, hart- en vaatziekten bij eerstegraads familieleden jonger dan 60 jaar, obesitas.

Methoden met alleen progestagenen

Leg uit dat de *pil met alleen progestageen* continu wordt gebruikt en dat er geen stopweek is. Bij borstvoeding heeft de pil met alleen progestageen de voorkeur vanwege de veronderstelling dat de pil het minste effect heeft op de hoeveelheid borstvoeding.

Leg uit dat het *implantatiestaafje* (lengte 40 mm, diameter 2 mm) gedurende 3 jaar kan blijven zitten, bij overgewicht (BMI > 25) gedurende 2 jaar. Plaatsing binnen 7 dagen na de eerste dag van de menstruatie is het meest ideaal, omdat zwangerschap dan uitgesloten is en het staafje direct bescherming biedt tegen zwangerschap. Bij plaatsing op een ander tijdstip moet de huisarts zeker zijn dat de vrouw niet zwanger is. Het staafje wordt ingebracht in de bicepsplooi van de niet-dominante arm, net onder de huid. De huid kan nog enkele dagen na de insertie gevoelig zijn. Het staafje blijft palpabel; desalniettemin is het staafje soms lastig te verwijderen. Na verwijdering herstelt de cyclus zich binnen enkele weken.

Indien wordt gekozen voor de *prikpil*, gaat de voorkeur uit naar de intramusculaire toedieningsvorm, omdat de subcutane toedieningsvorm meer lokale huidreacties geeft en duurder is. De intramusculaire prikpil moet elke twaalf weken worden toegediend. Wanneer op korte termijn (zes tot twaalf maanden) na het staken een zwangerschap gewenst is, dan is de prikpil een minder geschikt alternatief.

Bij keuze voor spiraal

Leg aan de vrouw uit dat na plaatsing klachten kunnen optreden zoals buikpijn en soms tussentijds vaginaal bloedverlies. Bij de keuze voor een koper- of hormoonspiraal wijst de huisarts de vrouw op de te verwachten bijwerkingen en effecten op het menstruatiepatroon, mede om te voorkomen dat zij de spiraal vroegtijdig wil laten verwijderen (zie de paragraaf Achtergronden). Bij een *koperspiraal* wordt de menstruatie wat heviger en langer en bij het *hormoonspiraal* wordt na verloop van tijd de menstruatie minder en blijft soms zelfs helemaal weg. Het is verstandig dat de huisarts (wat betreft de koperspiralen) met één of twee soorten ervaring opdoet en de voorkeur gaat uit naar een Multiload Cu 375, Multiload Cu 375 SL of T-Safe Cu spiraal.[21] In geval van een koperspiraal kiest de huisarts welk spiraal hij plaatst.

Voorwaarden plaatsing spiraal

Een spiraal kan op ieder willekeurig moment van de cyclus worden geplaatst.[41] Plaatsing binnen zeven dagen na de eerste dag van de menstruatie is het meest ideaal, omdat zwangerschap dan uitgesloten is en het spiraal direct bescherming biedt tegen zwangerschap. Bij plaatsing op een ander tijdstip moet de huisarts zeker zijn dat de vrouw niet zwanger is.

De huisarts bespreekt de procedure van de plaatsing zorgvuldig met de vrouw, waarbij aandacht wordt geschonken aan de meestal kortdurende pijn tijdens de plaatsing zelf en pijn in de uren na plaatsing.

De huisarts kan pijnmedicatie geven voor de pijn die de eerste uren na de plaatsing kan optreden.[42] De voorkeur gaat dan uit naar een NSAID of bij een contra-indicatie naar paracetamol, een uur voorafgaand aan de insertie (zie de Farmacotherapeutische Richtlijn Pijnbestrijding, www.nhg.org).

Bij een vermoeden van een soa of een andere infectie, wacht de huisarts de uitslag af van de PCR of kweek. Voor het nut van routinematig geven van profylaxe met een antibioticum voorafgaand aan de insertie ter voorkoming van een PID, bestaat onvoldoende bewijs en dit wordt daarom niet geadviseerd.[43]

Zowel na een miskraam als na een abortus provocatus (eerste en tweede trimester) kan direct een spiraal worden geplaatst. Het risico op expulsie is iets groter bij plaatsing direct na een abortus, voornamelijk na een abortus in het tweede zwangerschapstrimester. Tijdens of na de plaatsing kan een vasovagale collaps optreden, soms met tonisch-klonische krampen. Tevens is het mogelijk dat er een bradycardie ontstaat.[44]

Leg uit dat de vrouw na de plaatsing van een spiraal contact op moet nemen bij abnormale afscheiding, aanhoudende buikpijn en koorts.
- Overweeg een dislocatie of uterusperforatie bij vrouwen die buikklachten (en eventuele menstruatiestoornissen) houden.
- Bij (progressieve) pijnklachten, abnormaal of veranderd vaginaal bloedverlies (sterke bloedingen na bijvoorbeeld aanvankelijk stoppen van de menstruatie) en vermoeden van een infectie, verricht de huisarts direct een controle.
- Overweeg bij pijn in de onderbuik en/of koorts een PID (zie de NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease). Voor procedure plaatsing: zie website www.nhg.org.

Verwijdering en vervanging

De belangrijkste redenen voor vrouwen om een koperspiraal vroegtijdig te laten verwijderen zijn – naast een kinderwens – overvloedig bloedverlies en/of pijn. De belangrijkste redenen voor vrouwen om een hormoonspiraal te laten verwijderen zijn – naast een kinderwens – amenorroe, bloedverlies en/of pijn. Verwijdering kan gedurende de hele cyclus plaatsvinden. Als het spiraal moet worden vervangen, kan het nieuwe spiraal het beste onmiddellijk na verwijdering van de vorige worden geplaatst. Als het spiraal wordt verwijderd in verband met een *kinderwens*, wijst de huisarts op het gebruik van foliumzuur (zie de NHG-Standaard Preconcep-

tiezorg). Na verwijdering van een spiraal kan een vrouw in principe direct zwanger worden.[45]

Bij het optreden van *zwangerschap tijdens spiraalgebruik* dient de spiraal verwijderd te worden, onafhankelijk van de wens van de vrouw om de zwangerschap te behouden. De vrouw wordt hiervoor op zeer korte termijn naar de gynaecoloog verwezen, ook ter uitsluiting van een extra-uteriene graviditeit.

Bij vrouwen die de zwangerschap willen behouden, vermindert verwijdering het risico op een voortijdige beeindiging van de zwangerschap door abortus, partus immaturus of prematurus en sepsis. Verwijdering op zich kan ook een abortus induceren. Vrouwen die de zwangerschap niet wensen te behouden, worden behandeld als vrouwen die ongewenst zwanger zijn geworden.

Bij keuze voor definitieve methode

Bespreek bij een sterilisatiewens ook andere anticonceptiemethoden.

Leg bij een sterilisatie van de man uit dat de sterilisatie bedoeld is als een definitieve ingreep en dat hersteloperaties vaak niet succesvol zijn. Er is een gering risico op postoperatieve complicaties, zoals nabloeding, infectie en chronische pijnklachten. Rekanalisatie komt zelden voor. Geef globale uitleg over de uitvoering van de ingreep en bespreek eventuele angst voor de ingreep. Voor de ingreep moet bloedverdunnende medicatie worden gestaakt. Geef aan de patiënt de NHG-Patiëntenbrief *Sterilisatie van de man* mee.

Aan de vrouw wordt uitgelegd dat na een sterilisatie de cyclus gewoon doorgaat en dat eventuele cyclusstoornissen later kunnen optreden, zodat later alsnog ook hormonale anticonceptie of een hormoonspiraal nodig is. Als een vrouw na een hysteroscopische sterilisatie spijt heeft gekregen, is een hersteloperatie niet mogelijk en zal bij kinderwens moeten worden uitgeweken naar IVF.

Bij keuze overige methoden

Lactatieamenorroemethode (LAM)

De lactatieamenorroemethode is indien gewenst eenvoudig te combineren met het gebruik van een condoom. Aan LAM is wel een aantal voorwaarden verbonden, zoals het uitsluitend voeden met de borst (dus niet kolven) en het uitblijven van de menstruatie. Bij keuze voor een natuurlijke methode is het van belang dat beide partners gemotiveerd zijn en dat het koppel zich goed heeft laten informeren.

Kader 1 Noodanticonceptie

Noodanticonceptie bij vergeten combinatiepillen en onbeschermde coïtus

Bij het *vergeten van één pil* is de kans op zwangerschap minimaal, zelfs als deze pil vergeten wordt in de eerste week van de strip.[48] De huisarts adviseert de vergeten pil alsnog in te nemen en de strip af te maken. Aanvullende anticonceptie, evenals het gebruik van noodanticonceptie, is niet noodzakelijk. Ga na met de vrouw of er misschien al eerder in de strip meerdere pillen zijn vergeten. Overweeg noodanticonceptie en/of aanvullende anticonceptie als er meerdere pillen eerder in de strip zijn vergeten (afhankelijk van periode en hoeveelheid).

Bespreek met de vrouw de reden waarom de pil is vergeten en bespreek de mogelijkheden om het risico op het vergeten van een pil te verkleinen.

De kans op zwangerschap neemt toe naarmate er *meerdere pillen* vergeten zijn, vooral aan het begin van de eerste week. In de tabel is het beleid voor vergeten pillen samengevat (zie ook het stroomdiagram Noodanticonceptie op www.nhg.org).

Adviezen bij vergeten (eenfase) combinatiepillen

Periode	Aantal	Advies
N.v.t.	1 (> 12 uur te laat)	▪ Pil alsnog innemen, geen aanvullende adviezen
Week 1	2-7*	▪ Laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken ▪ Morning-afterpil** of koperspiraal ▪ Aanvullende anticonceptie, tot pil 7 dagen achtereenvolgens is ingenomen
Week 2	2 of 3	▪ Laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken ▪ In principe geen extra maatregelen (mits continuïteit is gewaarborgd)
	4-7	▪ Laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken ▪ Aanvullende anticonceptie, tot pil 7 dagen achtereenvolgens is ingenomen
Week 3	2-7	▪ Laatst vergeten pil alsnog innemen en doorgaan met volgende strip zonder stopweek ▪ Of: begin van stopweek vanaf eerste vergeten pil

* Dit geldt pas als de vrouw ook met de tweede vergeten pil meer dan 12 uur te laat is.
** levonorgestrel 1,5mg oraal, bij voorkeur binnen 12 uur, niet later dan 72 uur na onbeschermde coïtus. Bij overgeven binnen 3 uur na inname tablet opnieuw innemen.

- Leg uit dat de menstruatie meestal op het te verwachten moment komt, maar soms iets eerder, soms iets later.
- Raad een zwangerschapstest aan wanneer de te verwachten menstruatie langer dan twee weken uitblijft.
- Bespreek het risico op soa's en verricht zo nodig diagnostiek. Leg aan de patiënt uit dat de noodpil vrij verkrijgbaar is bij de apotheek en drogist. Maak een vervolgafspraak om anticonceptie te bespreken.

Bij de volgende situaties kan ook noodanticonceptie gewenst zijn:
- Plaatsen van een *vaginale ring* langer dan 3 uur na verwijdering in de 3 weken van gebruik of te laat starten met een nieuwe ring na een stopweek.
- Plaatsen van een *hormoonpleister* later (> 48 uur) dan het gebruikelijke tijdstip of te laat starten met een pleister na een stopweek.
- Vergeten van de *pil met alleen progestageen* langer dan 12 uur na gebruikelijke inname.
- Vergeten van een *meerfasenpil.*

Het adviseren van noodanticonceptie bij bovenstaande situaties is anders dan bij de combinatiepil, omdat met deze methoden minder ervaring is en onderzoek hierover ontbreekt. Raadpleeg hiervoor de bijsluiter.

Bij het scheuren of afglijden van condoom of anderszins verkeerd gebruik van een barrièremiddel zonder gebruik van hormonale anticonceptie, kan bij coïtus binnen 72 uur de morning-afterpil worden gegeven en binnen 120 uur (5 dagen) een koperspiraal.

Noodspiraal

Na een onbeschermde coïtus heeft men maximaal 5 dagen de tijd om een koperspiraal te plaatsen om zwangerschap te voorkomen. De betrouwbaarheid is goed, bij slechts 0,2 tot 1,0% van de vrouwen treedt alsnog een zwangerschap op. Geef bij een verhoogd risico op een soa-infectie een antibioticum voor een chlamydia-infectie en behandel volgens het advies van de NHG-Standaard Het soa-consult. Start de behandeling een uur voor de plaatsing van de spiraal. De dekking voor gonorroe is met deze antibiotica niet volledig. De kweek dient achteraf uitsluitsel te geven. Indien er klinisch een sterk vermoeden is op gonorroe, dient gehandeld te worden volgens de NHG-Standaard Het soa-consult. Resistentiepatronen kunnen in de loop van de tijd veranderen en daarmee de keuze van het antibioticum. Het koperspiraal kan daarna als regulier anticonceptivum gebruikt worden. Het spiraal zou desgewenst ook verwijderd kunnen worden als de eerste menstruatie na insertie optreedt.

Pessaria

Het pessarium moet worden aangemeten door een ervaren arts of verpleegkundige, zodat het past tussen het os pubis en het achterste gewelf van de vagina.

Postpartum

Als de vrouw geen borstvoeding geeft, kan zij na twee weken met een methode met alleen progestageen starten. Combinatiepreparaten worden bij voorkeur na drie weken gestart in verband met risico op trombose (bij vrouwen die flesvoeding geven) en spiralen worden bij voorkeur vier tot zes weken postpartum geplaatst.

Ga na of het stel LAM een acceptabele methode vindt gedurende zes maanden na de bevalling, als de vrouw volledige borstvoeding geeft en nog geen menstruatie heeft gehad. Adviseer eventueel daarnaast een condoom als het stel extra bescherming wenst. Waarschuw dat deze methode niet meer betrouwbaar is vanaf de eerste menstruatie na de bevalling.

Als het stel voor een andere manier van anticonceptie kiest (bijvoorbeeld omdat het stel het zwangerschapsrisico tot 2% te hoog vindt, geen condooms wil gebruiken of geen volledige borstvoeding geeft) behoren hormonale anticonceptiemethoden of spiralen tot de mogelijkheden. Het hormoonspiraal blijkt geen negatieve invloed te hebben op de groei en ontwikkeling van borstgevoede kinderen.

Als de vrouw een pil prefereert en zij borstvoeding geeft, gaat de voorkeur uit naar de pil met alleen progestageen.[46] Mogelijk hebben combinatiepreparaten enig effect op de hoeveelheid borstvoeding, maar het is onduidelijk in hoeverre dit van invloed is op de voedingsfrequentie en vraag van het kind. Het is in ieder geval niet van invloed op de gewichtstoename of groei van het kind. Tot op heden zijn bij beide methoden geen schadelijke effecten voor het kind op de lange termijn bekend. Als de vrouw (her)start met een combinatiepreparaat, moet zij worden voorgelicht over de eventuele mogelijkheid dat de borstvoeding kan teruglopen en dat ze dan op vraag moet blijven voeden (zogenoemde regeldagen). Combinatiepreparaten worden bij voorkeur na zes weken gestart bij vrouwen die borstvoeding geven.

De overgang en anticonceptie

In het algemeen geldt het advies om anticonceptieve maatregelen te treffen tot één jaar na de laatste menstruatie.[47] Echter bij gebruik van hormonale anticonceptiemethoden, is amenorroe niet betrouwbaar vast te stellen, immers bij de combinatiepreparaten blijven onttrekkingbloedingen optreden. Bij het hormoonspiraal en prikpil nemen bloedingen af en kan amenorroe ontstaan.

Formuleer een advies over anticonceptie in de overgang, toegesneden op het individu. Neem de volgende overwegingen daarin mee: het hebben van vasomotorische klachten, urogenitale klachten of aan- of afwezigheid van een cyclus (alleen vast te stellen zonder hormonale anticonceptie). De anamnese kan een indruk geven of een vrouw pre-, peri-, of postmenopauzaal is (zie ook de NHG-Standaard De overgang).

De kans dat een zwangerschap optreedt bij vrouwen ouder dan 50 jaar is zeer klein, maar niet nul. De gemiddelde leeftijd waarop de vrouw de menopauze bereikt, is ongeveer 50-51 jaar (SD ± 4 tot 5 jaar). Op 58-jarige leeftijd, heeft ongeveer 2% van de vrouwen de menopauze nog niet bereikt (zie de NHG-Standaard De overgang).

Langdurig gebruik van een *combinatiepreparaat* is niet wenselijk, vanwege het toenemende risico op hart- en vaatziekten en mammacarcinoom. Enige terughoudendheid met het voorschrijven van hormoontherapie in verband met het risico op mammacarcinoom wordt geadviseerd (zie de NHG-Standaard De overgang). Theoretisch hebben oestrogenen in een combinatiepreparaat een vergelijkbaar effect op het risico op mammacarcinoom tijdens gebruik tijdens de overgang. Dit is echter nog niet duidelijk.

Weeg het risico op hart- en vaatziekten en mammacarcinoom af ten opzichte van het hebben van vasomotorische klachten en tevredenheid over het gebruik van de methode. In principe kan op 52-jarige leeftijd met anticonceptie worden gestaakt. Leg aan de vrouw uit dat het risico op zwangerschap zeer klein is. Afhankelijk van de situatie wordt afgewacht of de cyclus terugkeert en/of overgangsklachten terugkeren. Behandel indien nodig terugkerende klachten zoals cyclusstoornissen, vasomotorische klachten of urogenitale klachten. Bij therapieresistente klachten behoren respectievelijk een hormoonspiraal, kortdurende hormonale therapie of lokale behandeling tot de mogelijkheden (zie de NHG-Standaard De overgang).

Indien een vrouw jonger dan 52 jaar wel anticonceptie wenst, maar wil stoppen met een combinatiepreparaat, kan de huisarts een niet-hormonale methode (condoom, pessarium, koperspiraal) of een methode met alleen progestageen (pil, hormoonspiraal, implantaat) adviseren.

Bij gebruik van een *methode met alleen progestageen* is de postmenopauze niet vast te stellen. Ook met deze methode kan op 52-jarige leeftijd worden gestaakt, echter bij gebruik van de prikpil is amenorroe door de menopauze niet vast te stellen. Aan de vrouw wordt de keuze voorgelegd om na het staken tussen de leeftijd van 52 tot 55 jaar nog aanvullende anticonceptie te gebruiken, bijvoorbeeld een condoom, of de prikpil tot het 55e levensjaar te gebruiken.

Vrouwen die op het moment van plaatsing van een *spiraal* 45 jaar zijn, kunnen deze spiraal tot na de menopauze (52 jaar) laten zitten. Voor spiralen die langer betrouwbaar zijn (zoals de Multiload en T-Safe Cu) gaat het om vrouwen die op het moment van plaatsing 40 jaar

Kader 2 Aandoeningen die bijzondere aandacht vergen bij voorschrijven van anticonceptie

- Mamma-, endometrium-, ovariumcarcinoom / Maligne levertumoren (hepatoma of hepatocellulair carcinoom)
- Ongunstig cardiovasculair risicoprofiel / Clustering van hart- en vaatziekten / Gecompliceerde hartklepaandoeningen
- Epilepsie
- Trombofilie / Sikkelcelanemie / Maligne *gestational* trofoblastische aandoening / SLE
- HIV/AIDS [53] / Gebruik van immunosuppresiva [53] / Tuberculose
- Schistosomiasis met leverfibrose / Ernstige (gedecompenseerde) levercirrose

zijn. Indien een vrouw met een koperspiraal een jaar lang geen menstruatie heeft gehad, is een vrouw postmenopauzaal en kan het koperspiraal worden verwijderd.

Controles

Controle hormonale anticonceptie

Na start van een methode wordt met de vrouw afgesproken wanneer de methode wordt geëvalueerd. Gangbaar is om dit na drie maanden te doen, omdat de vrouw dan voldoende gelegenheid heeft gehad om aan de methode te wennen en eventuele bijwerkingen in het begin dan weer voorbij zijn en de methode goed geëvalueerd kan worden.

Motiveer de patiënte bij het optreden van bijwerkingen zoals misselijkheid, hoofdpijn, lichte gewichtstoename, mastopathie etc. om door te gaan met de methode, omdat deze klachten meestal binnen drie maanden zullen verdwijnen. Adviseer de patiënte contact op te nemen bij veel klachten of vragen hierover. Een controle kan telefonisch plaatsvinden of tijdens een consult. Leg indien nodig uit dat er geen verband is aangetoond tussen forse gewichtstoename en combinatiepreparaten.[19] Ook is het niet aangetoond dat het libido afneemt door gebruik van hormonale anticonceptie.[49]

Als er sprake is van een kinderwens in de nabije toekomst (bijvoorbeeld als de vrouw voor een kortdurende periode anticonceptie wenst), wijst de huisarts op het gebruik van foliumzuur na het stoppen met anticonceptie (zie de NHG-Standaard Preconceptiezorg).

Controle spiralen

Na plaatsing van een spiraal spreekt de huisarts een controle af na circa zes weken, bij voorkeur na de eerstvolgende menstruatie. De huisarts inventariseert eventuele klachten en er wordt in speculo gecontroleerd op zichtbare draadjes en op een eventuele partiële expulsie. Het is niet nodig om na een ongecompliceerde plaatsing routinematig een transvaginale echo te laten maken.[50] Vraag een transvaginale echo aan wanneer de draadjes niet zichtbaar zijn of bij aanhoudende buikpijn. Indien het spiraal zich in het cavum uteri bevindt (onafhankelijk van de plaats ten opzichte van de fundus), is er geen reden tot actie of ongerustheid. Bij afwezigheid van klachten en bij een spiraaltje in situ zijn verdere controles niet noodzakelijk. De vrouw kan na de menstruatie zelf controleren of de draadjes nog te voelen zijn.

Verwijzing

Overleg eventueel met de gynaecoloog voor vragen over de voor- en nadelen van het gebruik van anticonceptie bij specifieke aandoeningen [**kader 2**] waarbij de richtlijnen van de WHO richtinggevend zijn (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf).

Overleg met de gynaecoloog indien ondanks gebruik van anticonceptie een zwangerschap is opgetreden en de ouders deze zwangerschap willen behouden.[51]

Als een huisarts zelf geen *implantatiestaafjes* of *spiralen* plaatst, kan hij ervoor kiezen te verwijzen naar een collega-huisarts. De vrouw dient in de volgende gevallen verwezen te worden naar de gynaecoloog:

- bij onverklaard vaginaal bloedverlies (eventueel aanvullende diagnostiek door huisarts);
- bij bekende uterusafwijkingen (grote myomen);
- indien het niet lukt om spiraal te plaatsen;
- bij aanwijzingen voor uterusperforatie;
- pijnklachten en/of vloeien in een zwangerschap tijdens gebruik spiraal (EUG);
- indien het niet lukt om spiraal te verwijderen;
- bij afwezigheid van draadjes van spiraal bij verwijdering;

Tabel 2 **Risico op zwangerschap in het eerste jaar van gebruik van alle anticonceptiemethoden bij perfect use en typical use in de Verenigde Staten [Trussell 2011]**

Methode	Aantal vrouwen met ongewenste zwangerschap, eerste jaar van gebruik (% perfect use)	Aantal vrouwen met ongewenste zwangerschap eerste jaar van gebruik (% typical use)	Aantal vrouwen die methode gebruiken na 1 jaar (%)
Combinatiepil en pil met alleen progestageen	0,3	9	67
Pleister	0,3	9	67
Vaginale ring	0,3	9	67
Implantatiestaafje	0,05	0,05	84
Prikpil	0,2	6	56
Koperspiraal (ParaGard)	0,6	0,8	78
Hormoonspiraal	0,2	0,2	80
Sterilisatie vrouw	0,5	0,5	100
Sterilisatie man	0,1	0,15	100
Vrouwencondoom	5	21	41
Condoom	2	18	43
Pessarium (met spermicide)	6	12	57
Spermicide	18	28	42
Coïtus interruptus	4	22	46
Kalendermethode	5	24	47
Ovulatiemethode	3	24	47
Symptothermal	0,4	24	47

- verwijdering van spiraal bij zwangerschap;
- wens sterilisatie.

Als een huisarts zelf geen *vasectomieën* verricht, kan hij ervoor kiezen te verwijzen naar een collega-huisarts of uroloog.

TOTSTANDKOMING

Nadat werd besloten te beginnen met de ontwikkeling van een NHG-Standaard Anticonceptie, startte in september 2009 een werkgroep Anticonceptie. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: A.K. Brand, huisarts te Amsterdam; A.C.A. Bruinsma, huisarts te Beverwijk; C.O.M. van Groeningen, huisarts te Hattem en kaderarts urogynaecologie; dr. S. Kalmijn, huisarts te Utrecht; G.J. Kardolus, huisarts te Purmerend; M.J.M. Peerden, huisarts te Den Bosch en kaderarts urogynaecologie; R.C.J. Smeenk, huisarts te Amsterdam; S.M. de Swart, huisarts te Den Bosch en kaderarts urogynaecologie.

M.J. Kurver, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en deed de redactie. F.S. Boukes was betrokken als seniorwetenschappelijk medewerker van deze afdeling tot januari 2011. A.N. Goudswaard, hoofd van de afdeling, nam haar taken daarna over. F. Jonkers was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie. M.M. Verduijn, seniorwetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, beoordeelde de medicamenteuze adviezen. Met dr.ir. M.I. Rookus (NKI) heeft overleg plaatsgevonden over het onderwerp hormonale anticonceptie en maligniteit. Bij de ontwikkeling van deze standaard is samengewerkt met de Vlaamse wetenschappelijk vereniging voor huisartsen Domus Medica en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Er is inhoudelijk overleg geweest met de gynaecologen prof.dr. B.W. Mol, prof.dr. F.M. Helmerhorst, dr. F.J.M.E. Roumen en C.L. van der Wijden, allen namens de NVOG, om tot maximale afstemming tussen deze beroepsgroepen op het gebied van de zorg en voorlichting over anticonceptie te komen.

Op 11 mei 2011 werd tijdens een commentaardag, georganiseerd door NHG en NVOG, de ontwerpstandaard voorgelegd aan: D.A.A. Verkuyl (gynaecoloog), C. Pivacet (Rutgers Nisso Groep), dr. K. Kapiteijn (gynaecoloog), M. Dool-Smink (huisarts), dr. R J.C.M. Beerthuizen (gyneacoloog n.p.), A. Pameijer (huisarts en kaderarts urogynaecologie), K. de Leest (apotheker KNMP/WINAp), A.P. Hielema (apotheker KNMP/WINAp), P.M. Leusink (huisarts en seksuoloog), O. Loeber (abortusarts), dr. S. van der Velden (gynaecoloog), dr. H. van Vliet (gynaecoloog i.o.), dr. F.J.M.E. Roumen (gynaecoloog), H.S. Neerken (huisarts), W. van der Krol (huisarts), S. Snoeren (huisarts), W. Spinnewijn (huisarts), P. Vonk (huisarts), D. Kuijpers-Prins (huisarts), G. Raven (Casa), L. Imschoot (NVAG), I. Denkers (NVAG), L. Peremans (huisarts, Domus Medica), A. de Vries (huisarts en kaderarts urogynaecologie), K. Zeeman (verloskundige, KNOV), C.L. van der Wijden (gynaecoloog).

P. Mensink (wetenschappelijk medewerker R&W en huisarts), L. de Vries (wetenschappelijk medewerker R&W en huisarts), S.M. de Swart en C.O.M. van Groeningen leidden de werkgroepjes.

Schriftelijk commentaar ontvangen van (maar niet aanwezig op de commentaardag): dr. H.W. van Lunsen (arts en seksuoloog NVVS), A. van Heusden (gynaecoloog), A.J. Boender (huisarts) en J.W. van Heukelum (huisarts).

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

H. Eekhof en S.M. van Vliet hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In juni 2011 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

© 2011 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN

1 Gebruik anticonceptiemethoden

Van de vrouwen (n = 4000) tussen 18 en 45 jaar die in 2008 anticonceptie gebruikten, slikte bijna 40% de pil, in 1998 was dat nog bijna 50%. In 2008 gebruikte 8% van de vrouwen een spiraal, een verdubbeling ten opzichte van 2003. Een condoom werd door 9% van de vrouwen gebruikt en 12% van de vrouwen tussen 18 en 24 jaar gebruikte de pil én condoom.

Van de vrouwen tussen 18 en 45 jaar was 3% gesteriliseerd en bij 7% was de partner gesteriliseerd. Ongeveer 2% van de vrouwen paste een andere methode toe, zoals het pessarium of een natuurlijke methode (coïtus interruptus, periodieke onthouding) [De Graaf 2009].

In 2005 werden 20.800 koperspiralen en 64.400 hormoonspiralen voorgeschreven. In 2007 was dit respectievelijk 16.900 en 78.600 (schriftelijke informatie Stichting Farmaceutische Kengetallen, www.sfk.nl).

2 Betrouwbaarheid anticonceptiemethoden

Bij correct gebruik van orale anticonceptiva is de betrouwbaarheid hoog. Ketting meldde twee (onbedoelde) zwangerschappen per 10.000 vrouwjaren [Ketting 1988]. Recente gegevens uit Nederland over zwangerschapskansen bij *perfect use* en *typical use* van de diverse anticonceptiemethoden zijn niet bekend.

Perfect use is correct en consistent gebruik van een anticonceptiemethode en typical use is gebruik van een anticonceptiemethode in de dagelijkse praktijk. De zwangerschapskans bij perfect use weerspiegelt de hoogst haalbare bescherming die een methode kan bieden. De zwangerschapskans bij typical use ligt meestal hoger en is afhankelijk van het gebruiksgemak en mate van bijwerkingen.

Een review uit de Verenigde Staten die onderzoeksgegevens gebruikt van de National Survey of Family Growth berekende de zwangerschapskansen bij perfect use en typical use van de diverse anticonceptiemethoden [Trussell 2011]. Zie [**tabel 2**]. De cijfers voor typical use in het onderzoek van Trussell et al. zijn niet extrapoleerbaar naar de Nederlandse situatie, maar geven wel aan hoe groot het verschil kan zijn tussen perfect use en typical use. De duur van gebruik van een bepaalde methode varieert.

3 Betrouwbaarheid van pil met 20 microgram oestrogeen versus pil met meer dan 20 microgram oestrogeen

Bron: in een Cochrane-review worden 20 artikelen (n = 11.392) besproken waarin diverse combinatiepillen met elkaar zijn vergeleken. De grootte van de populatie van de onderzoeken varieerde van 20 tot 2894. De gebruiksduur was 3 tot 24 maanden. Uitkomstmaat was het risico op zwangerschap per jaar [Gallo 2008b].

Bewijs: in de onderzoeken was er geen verschil in betrouwbaarheid tussen de diverse pillen (bijvoorbeeld ethinylestradiol 20 microg en levonorgestrel 100 microg versus ethinylestradiol 35 microg en norgestimaat 250 microg (OR 0,37; 95%-BI 0,05 tot 2,63).

Vrouwen die een pil gebruikten met 150 microg desogestrel en 20 microg ethinylestradiol, rapporteerden meer irreguliere bloedingen dan vrouwen die de pil met 150 microg desogestrel en 30 microg ethinylestradiol gebruikten (OR 1,56; 95%-BI 1,10 tot 2,20) en er stopten meer vrouwen om die reden (OR 2,59; 95%-BI 1,35 tot 5,00). De duur van onttrekkingsbloedingen was langer in de groep met 20 microg ethinylestradiol (OR 1,98; 95%-BI 1,03 tot 3,78). Vrouwen die de pil gebruikten met 150 microg desogestrel en 20 microg ethinylestradiol stopten vaker met de pil in verband met metrorrhagia, dan vrouwen die de pil met 75 microg desogestrel en 30 microg ethinylestradiol gebruikten (OR 2,53; 95%-BI 1,16 tot 4,77).

In het onderzoek van Hylckama et al. (zie noot 7) gaven pillen met 20 microg oestrogeen minder risico op veneuze trombose dan pillen met 30 microg oestrogeen.

Commentaar: de grootte van de onderzoeken was te klein om verschil in de betrouwbaarheid en veiligheid te vinden. In de onderzoeken is een groot aantal preparaten met wisselende combinaties oestrogenen en progestagenen met wisselende sterktes gebruikt.

In de onderzoeken zijn vrouwen uitgesloten die de pil niet zorgvuldig innamen. Hun gegevens zijn niet meegenomen in de analyse waardoor vertekening van het resultaat kan zijn opgetreden.

De gebruikte definities van bloedingsproblemen waren niet uniform, zodat de bloedingsproblemen niet goed vergelijkbaar waren. De pillen met 20 microgram oestrogeen gaven wel meer verstoringen van het bloedingspatroon maar het is nog onduidelijk wat het aandeel van de progestagenen hierin is. Gegevens over zeldzame bijwerkingen (trombose, maligniteit) zijn beperkt.

In een aantal onderzoeken was er een hoge uitval (> 20%). De meeste onderzoeken waren door de farmaceutische industrie gesponsord.

Conclusie: er zijn onvoldoende data om met zekerheid te kunnen zeggen dat pillen met 20 microg oestrogeen vergelijkbaar zijn met de pillen met meer dan 20 microg oestrogeen voor wat betreft de anticonceptieve werking en zeldzame bijwerkingen (bewijskracht matig). De bewijskracht wordt beperkt door een hoge uitval en het grote aantal preparaten met verschillende samenstellingen waardoor adequate vergelijking niet goed mogelijk is.

Overweging: er is een trend dat vrouwen (en artsen) een anticonceptiepil prefereren met zo min moge-

Toepassing GRADE-methodiek

Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (*GRADE*) is een nieuwe manier van het beoordelen van *evidence*, en wordt al in vele landen door diverse richtlijnorganisaties gebruikt [Guyatt 2008a, Guyatt 2008b]. Het NHG onderzoekt of deze methodiek ook toepasbaar is voor de onderbouwing van de NHG-Standaarden. In deze standaard is bij een aantal noten (3, 10, 11, 16, 19, 31, 32, 34, 39, 50) de GRADE-methodiek gebruikt.

De inhoud van de noten blijft in principe hetzelfde, maar de structuur van de GRADE-noten hebben een vast stramien:

- *bron*: beschrijving van type onderzoek of review;
- *bewijs*: beschrijving van de uitkomsten van het onderzoek of de review;
- *commentaar*: (eventuele) kanttekeningen van de auteurs van de standaard bij de besproken onderzoeken of reviews;
- *conclusie*: beschrijving van de bewijskracht: hoog (A), matig (B), laag (C) of zeer laag (D);
- *overweging*: beschrijving van overwegingen anders dan de bewijskracht, zoals toepasbaarheid, patiëntenperspectief of kosten;
- *aanbeveling*: omschrijving na weging van bovenstaande gegevens, de aanbeveling en de kracht daarvan (sterke aanbeveling = 1, zwakke aanbeveling = 2).

Door deze opbouw worden de onderzoeken en de bijkomende overwegingen meer systematisch en transparant beschreven.

lijk hormonen en zodoende een pil met 20 microg oestrogenen prefereren boven een pil met 30 microg oestrogenen. Een pil met 20 microg oestrogenen kan mogelijk meer irregulaire bloedingen geven, zeker de eerste maanden.
Aanbeveling: op grond van bovenstaand onderzoek is er geen reden om een pil met 20 microg te verkiezen boven een pil met 30 microg oestrogeen. Indien de vrouw goed wordt voorgelicht over de mogelijke bijwerkingen, is de pil met 20 microg oestrogeen een acceptabel alternatief (zwakke aanbeveling, matige bewijskracht; 2B).

4 Indeling combinatiepillen
De combinatiepil met levonorgestrel is een tweedegeneratiepil en de combinatiepil met desogestrel of gestodeen is een derdegeneratiepil. Norgestimaat is ook een derdegeneratieprogestageen, alhoewel norgestimaat wordt omgezet in levonorgestrel en daarom soms een tweedegeneratieprogestageen wordt genoemd. Tweede- en derdegeneratiepillen bevatten minder dan 50 microg oestrogeen. Het is gebleken dat bij derdegeneratiepillen het risico op veneuze trombo-embolieën tweemaal zo hoog is als bij tweedegeneratiepillen.

Combinatiepillen met drospirenon of met het oestrogeen estradiol(valeraat) en dienogest vallen niet in de bovengenoemde indeling.

Er bestaat ook een indeling op grond van het aantal fasen: de eenfasepil bevat een vaste dosis oestrogeen en progestageen, de drie- en vierfasenpil hebben een wisselende dosis (www.fz.cvz.nl).

5 Meerfasepillen
Drie Cochrane-reviews onderzochten de betrouwbaarheid en het bijwerkingenpatroon van meerfasepillen ten opzichte van eenfasepillen. Er werden enkele onderzoeken van matige kwaliteit geïncludeerd waarin geen duidelijk verschil in betrouwbaarheid of bloedingspatroon werd aangetoond [Van Vliet 2006a, Van Vliet 2006b, Van Vliet 2006c].

6 Werking en bijwerking pil met ethinylestradiol/drospirenon
Een Cochrane-review beschrijft het effect van de pil met drospirenon (en ethinyloestradiol 20 of 30 microg) op het hele spectrum van premenstruele klachten, variërend van het premenstrueel syndroom tot het ernstige *premenstrual dysphoric disorder* (PMDD). Vijf RCT's (n = 1600) werden geïncludeerd, waarvan drie gesponsord door de fabrikant. Er was sprake van een grote mate van uitval. Het enige onderzoek met een looptijd van twee jaar rapporteerde geen verschil in het voorkomen van *premenstruele klachten* tussen de drosperinongroep en desogestrelgroep. Bij twee onderzoeken bij vrouwen met PMDD waren er in de drospirenongroep in vergelijking met placebo minder premenstruele klachten na drie maanden (WMD: -7,83; 95%-BI -10,91 tot -4,75). De auteurs concluderen dat een pil met drospirenon een effect kan hebben op PMDD, echter er was ook een groot placebo-effect waarneembaar (een onderzoek respectievelijk 48% versus 36%) [Lopez 2009b].
Conclusie: het is niet bewezen dat de pil met drospirenon voldoende effectief is bij vrouwen met premenstruele klachten.

7 Risico op veneuze trombose van de pil
In een patiëntcontroleonderzoek had van de 1524 patiënten met een veneuze trombose (18 tot 50 jaar) 72,4% orale anticonceptie gebruikt, bij de controlegroep (n = 1760) bedroeg dit percentage 37,4%. Huidig gebruik van orale anticonceptie gaf een verhoogd risico op veneuze trombose, ook na correctie voor roken en BMI (OR 5,4; 95%-BI 4,5 tot 6,4). In de eerste drie maanden van het pilgebruik was het risico het grootst (OR 12,6; 95%-BI 7,1 tot 22,4). Het risico op veneuze trombose is onderverdeeld per type progestageen. Zo geeft de pil met levonorgestrel en norethisteron relatief de laagste kans op trombose (OR 3,6; 95%-BI 2,9 tot 4,6 respectievelijk 3,9; 95%-BI 1,4 tot 10,6). Andere progestagenen geven een hoger risico op trombose: gestodeen (OR 5,6), lynestrenol (OR 5,6), norgestimaat (OR 5,9), drospirenon (OR 6,3), cyproteronacetaat (OR 6,8) en desogestrel (OR 7,3).

Ten opzichte van de pil met levonorgestrel was er een significant verhoogd risico op trombose bij pillen met gestodeen (OR 1,6; 95%-BI 1,0 tot 2,4), desogestrel (OR 2,0; 95%-BI 1,4 tot 2,8), cyproteronacetaat (OR 2,0; 95%-BI 1,3 tot 3,0). De pil met drospirenon gaf een niet significant verhoogd risico (OR 1,7; 95%-BI 0,7 tot 3,9) in vergelijking met een pil met levonorgestrel.

Pillen met 20 microg ethinylestradiol gaven een lager risico op trombose dan pillen met 30 microg en pillen met 50 microg een verhoogd risico. De uitkomsten van het onderzoek zijn gecorrigeerd voor leeftijd en duur van gebruik [Van Hylckama 2009].

In een Deens observationeel onderzoek werden 3,4 miljoen vrouwjaren pilgebruik, 2,3 miljoen vrouwjaren ooit-pilgebruik en 4,8 miljoen vrouwjaren nooit-pilgebruik geanalyseerd. De uitkomsten van het onderzoek zijn gecorrigeerd voor gebruik van medicatie voor hart- en vaatziekten, duur van gebruik, leeftijd en opleidingsniveau. Gegevens over BMI en familieanamnese ontbraken. Bij niet-gebruiksters was het risico op trombose 3,01 per 10.000 vrouwjaren. Bij huidige pilgebruiksters (alle soorten) bedroeg dit 6,29. Het risico op trombose was afhankelijk van leeftijd, bij jonge vrouwen van 15 tot 19 jaar bedroeg dit 1,84 per 10.000 vrouwjaren, bij vrouwen 45 tot 49 jaar 6,39 per 10.000 vrouwjaren.

Bij pillen met 30 tot 40 microg ethinylestradiol is er een onderverdeling per soort progestageen gemaakt en het daarbij behorende risico op trombose. De pil met norethisteron of levonorgestrel gaf het laagste risico (< 1 jaar gebruik: rate ratio 2,81; 95%-BI 1,66 tot 4,77 respectievelijk 1,91; 95%-BI 1,31 tot 2,79). In dit onderzoek gaven andere progestagenen hogere risico's, vooral in het eerste jaar van gebruik: norgestimaat (3,37), gestodeen (4,38), desogestrel (5,58), cyproteronacetaat (6,68) en drospirenon (7,90). Na het eerste jaar daalde het risico, maar bleef het wel significant verhoogd. Na correctie voor duur van gebruik was de rate ratio in vergelijking met de pil met levonorgestrel: norethisteron 0,98 (0,71 tot 1,37), norgestimaat 1,19 (0,96 tot 1,47), drospirenon 1,64 (1,27 tot 2,10), desogestrel 1,82 (1,49 tot 2,22), gestodeen 1,86 (1,59 tot 2,18) en cyproteronacetaat 1,88 (1,47 tot 2,24).

Pillen met 20 microg ethinylestradiol gaven een lagere kans op trombose, maar zijn alleen in combinatie met desogestrel en gestogeen onderzocht. De risico's zijn overigens nog hoger dan met 30 microg met levonorgestrel of norethisteron. Overigens zouden 7400 vrouwen met 'nieuwe' pillen moeten overstappen op een pil met levonorgestrel om 1 veneuze trombose te voorkomen.

Methoden met alleen progestageen vergeleken met niet-gebruik gaven geen verhoogd risico op trombose (hormoonspiraal: 0,89; 95%-BI 0,64 tot 1,26, pil met alleen desogestrel 75 microg: 1,10; 95%-BI 0,35 tot 3,41)

Er was sprake van een dosisresponsgradiënt wat betreft het verband tussen het risico op veneuze trombose en oestrogenen. Een dosisresponsgradiënt voor het risico op veneuze trombose en progestagenen is voor zover bekend niet onderzocht. Er is gecorrigeerd voor confounders [Lidegaard 2009].

In een Zweeds retrospectief patiëntcontroleonderzoek bij vrouwen (15 tot 44 jaar, periode 1991 tot 2000) was de incidentie van trombose voor niet-pilgebruiksters 1,1 per 10.000 vrouwen per jaar (voor leeftijd gecorrigeerd) en voor zwangeren 5,9 per 10.000 per jaar. Voor alle pilgebruiksters bedroeg de incidentie 3,6 per 10.000 vrouwen. De incidentie was bij derdegeneratiepillen hoger dan bij andere combinatiepillen (respectievelijk 6,4 en 2,7 per 10.000 vrouwen per jaar). Bij ruim de helft van de pilgebruiksters met trombose (n = 43) was sprake van een relatieve contra-indicatie zoals onder andere een recente operatie zonder profylaxe, immobilisatie of een BMI ≥ 35. Bij 31 vrouwen werd achteraf laboratoriumonderzoek verricht en bij ongeveer een derde van deze groep werd een stollingsstoornis gevonden [Samuelsson 2004].

Een onderzoek uitgevoerd in de Verenigde Staten, gesponsord door de fabrikant, onderzocht het risico op trombose bij gebruik van de pil met norgestimaat of desogestrel in vergelijking met de pil met levonorgestrel in de periode 2000 tot 2005. De gegevens uit een dataset van verzekeraars werden hiervoor geraadpleegd. Er werden 281 vrouwen met een nieuwe gediagnosticeerde diep veneuze trombose of longembolie geïncludeerd en 1055 controles. De pil met desogestrel gaf een significant hoger risico op een veneuze trombo-embolie in vergelijking met levonorgestrel, norgestimaat daarentegen niet (respectievelijk OR 1,7; 95%-BI; 1,2 tot 2,4 en OR 1,1; 95%-BI; 0,8 tot 1,5) [Jick 2006].

Een onderzoek uitgevoerd in de Verenigde Staten, gesponsord door de fabrikant, op basis van gegevens uit een dataset van verzekeraars, onderzocht het risico op trombose bij gebruik van de pil met drospirenon (n = 22.429) in vergelijking met andere pillen (n = 44.858), niet nader gespecificeerd. Het is onduidelijk wat het aandeel van tweedegeneratiepillen, derdegeneratiepillen of de pil met cyproteronacetaat was. Er is niet gecorrigeerd voor een positieve familieanamnese voor trombose, roken of BMI. De incidentie van trombose was in beide groepen nagenoeg gelijk (rate ratio 0,9; 95%-BI 0,5 tot 1,6) [Seeger 2007].

Een patiëntcontroleonderzoek (61 cases, 215 controles) in de eerste lijn onderzocht het risico op trombose bij gebruik van de pil met drospirenon in vergelijking met de pil met levonorgestrel. De pil met drospirenon gaf een verhoogd risico op trombose in vergelijking met de pil met levonorgestrel (OR 3,2; 95% BI 1,3 tot 7,6) [Parkin 2011].

In een ander patiëntcontroleonderzoek (186 cases, 681 controles) uitgevoerd in de Verenigde Staten, gebaseerd op gegevens van een database (n = 55 miljoen) (Pharmetrics) hadden gebruiksters van de pil met drospirenon een hoger risico op trombose dan gebruiksters van de pil met levonorgestrel (rate ratio 2,8; 95%-BI 2,1 tot 3,8) [Jick 2011].

In een Europees prospectief, niet-gerandomiseerd onderzoek (n=58.674), gesponsord door de fabrikant, waarbij patiënten werden gevolgd met behulp van een vragenlijst, werd het risico op ernstige bijwerkingen door de pil met drospirenon vergeleken met andere pillen. Er was geen verschil tussen de groepen in het voorkomen van veneuze trombose (hazard ratio levonorgestrel 1,0; 95%-BI; 0,6 tot 1,8).

De incidentie per 10.000 vrouwjaren van veneuze trombose bedroeg voor de pil met levonorgestrel 8,0 (5,2 tot 11,7), voor de pil met drospirenon 9,1 (5,9 tot 13,3) en voor andere pillen tezamen 9,9 (7,4 tot 13,0) [Dinger 2007]. Het onderzoek was opgezet om een tweemaal zo groot risico op trombose uit te sluiten door de pil met drospirenon ten opzichte van andere orale anticonceptiva. Bij het onderzoek van Lidegaard et al. en Hylckama et al. is het risico op veneuze trombose door de pil met drospirenon verhoogd, maar niet tweemaal. Om dit gegeven te weerleggen zou een onderzoek met meer patiënten nodig zijn.
Samenvattende conclusie en aanbeveling: tegenwoordig zijn er vele soorten pillen op de markt, waarvan het risico op een ernstige bijwerking verschilt. Het is van belang om voor een pil te kiezen met het laagste risico op (ernstige) bijwerkingen. Het absolute risico blijft voor alle pillen laag, maar er zijn veel vrouwen die de pil gebruiken. Uit diverse onderzoeken blijkt dat pillen met levonorgestrel en norethisteron in vergelijking met andere combinatiepillen het laagste risico op trombose geven. Pillen met andere progestagenen (derde generatie) geven meer risico op trombose. Tot op heden zijn er ook diverse aanwijzingen dat de pil met drospirenon een verhoogd risico op trombose geeft, behalve in één *non-inferiority* onderzoek van Dinger et al. die was opgezet om de gelijkwaardigheid aan te tonen. Zolang niet is aangetoond dat er een pil is die veiliger dan levonorgestrel of norethisteron, gaat bij het starten van een combinatiepil de voorkeur uit naar een pil die een van deze progestagenen bevat. Omdat de pil met levonorgestrel minder oestrogeen

bevat dan norethisteron (respectievelijk 30 en 35 microg ethinylestradiol) gaat de voorkeur uit naar de pil met levonorgestrel.

Omdat het risico op veneuze trombose vooral in het eerste jaar van gebruik verhoogd is, wordt bij gebruik van een andere pil dan een pil met levonorgestrel of norethisteron overstappen niet aanbevolen.

8 Oestradiolvaleraat/dienogest

Over de betrouwbaarheid van de nieuwe pil met oestradiolvaleraat en dienogest (vierfasepil met wisselende doseringen) zijn weinig gegevens bekend. In twee niet-vergelijkende onderzoeken en één onderzoek waarin deze pil werd vergeleken met levonorgestrel/ethinylestradiol (n = 2265, 18 tot 35 jaar, follow-up 7 tot 20 cycli) is de Pearl-index 1 (1 zwangerschap per 100 vrouwjaren) [Anonymus 2010]. De Pearl-index is een methode voor berekening van de betrouwbaarheid: meting van aantal ongewenste zwangerschappen in 100 vrouwjaren (1300 cycli).

In een multicenter, dubbelblind onderzoek (n = 798) werd oestradiolvaleraat/dienogest vergeleken met levonorgestrel 100 microg/ethinylestradiol 20 microg (met 7 placebopillen tijdens stopweek) gedurende 7 cycli. Primaire uitkomstmaten waren bloedingpatroon en cycluscontrole. In de eerste 90 dagen had de oestradiolvaleraatgroep significant minder bloedings- en spottingdagen (17,3 ± 10,4 versus 21,5 ± 8,6: per cyclus 5,8 versus 7,2 dagen, p < 0,0001). In daaropvolgende 90 dagen is het verschil nauwelijks meer klinisch relevant (4,5 versus 5,3 dagen). Doorbraakbloedingen kwamen in beide groepen evenveel voor [Ahrendt 2009].

Conclusie: het is niet bewezen dat de pil met oestradiolvaleraat en dienogest een klinisch relevant effect heeft op het bloedingspatroon en de cycluscontrole.

9 Acne

Er is geen overtuigend verschil in effectiviteit op acne tussen preparaten met cyproteronacetaat, en preparaten met drospirenon, desogestrel, dienogest en andere orale anticonceptiva (zie de NHG-Standaard Acne) [Palombo-Kinne 2009]. In een patiëntcontroleonderzoek onder 24.400 gebruiksters van de anticonceptiepil met cyproteronacetaat en 75.000 gebruiksters van een pil met levonorgestrel, was het risico op een veneuze trombo-embolie bij het gebruik van cyproteronacetaat in vergelijking met levonorgestrel verhoogd (odds ratio 3,9; 95%-BI 1,1 tot 13,4) [Vasilakis-Scaramozza 2001]. In de twee onderzoeken, die in noot 7 zijn beschreven, is het risico op veneuze trombose bij gebruik van een preparaat met cyproteronacetaat significant verhoogd ten opzichte van de pil met levonorgestrel (OR 2,0; 95%-BI 1,3 tot 3,0 en rate ratio 1,88; 95%-BI 1,47 tot 2,24) [Van Hylckama 2009a, Lidegaard 2009].

Conclusie: er is geen overtuigend bewijs dat cyproteronacetaat bij acne superieur is ten opzichte van andere combinatiepillen, terwijl het risico op veneuze trombo-embolieën verhoogd is (zie de NHG-Standaard Acne).

10 Betrouwbaarheid en bijwerkingen vaginale ring

Om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van Nederlandse vrouwen werd bij de introductie van de ring in 2003 het landelijke 'NuvaRing-ervaringsproject' gestart door de fabrikant. Door 257 Nederlandse huisartsen werden bij 1130 vrouwen prospectief gegevens verzameld tijdens de eerste drie maanden van het gebruik. Bij 13% van de vrouwen verliep het inbrengen van de eerste ring moeizamer dan de tweede of derde. Bij 6% van de vrouwen waren er problemen van expulsie [Roumen 2004]. Passier et al. deden 8 meldingen van expulsie via het Lareb, waarbij 2 zwangerschappen ontstonden [Passier 2004].

Vaginale ring versus orale anticonceptie

Bron: in een Cochrane-review [Lopez 2010b] worden gecontroleerde onderzoeken (10 onderzoeken, n = 3042) besproken waarin de vaginale ring wordt vergeleken met orale anticonceptie.

Bewijs: vaginale ring (ethinylestradiol 15 microg en etonogestrel 120 microg) versus orale anticonceptie (ethinylestradiol 30 microg en levonorgestrel 150 microg) gaf in een kwalitatief goed gerandomiseerd onderzoek (n = 1030, 13 cycli) (Oddson) en in één kwalitatief meer beperkt gerandomiseerd onderzoek (n = 85) (Duijkers) een vergelijkbare betrouwbaarheid van beide producten wat betreft het aantal zwangerschappen per vrouw (OR 1,01; 95%-BI 0,29 tot 3,51). Er was een significant verschil in het voorkomen van vaginitisklachten en genitale jeuk (OR 2,84; 95%-BI 1,34 tot 6,01 respectievelijk OR 4,58; 95%-BI 1,1,4 tot 18,41) ten nadele van de ring.

Na 6 maanden waren er in het onderzoek van Oddson et al. minder doorbraakbloedingen bij de ringgebruiksters (OR 0,22; 95%-BI 0,05 tot 0,88). Na 13 maanden was dit verschil niet meer significant.

Commentaar: de bewijskracht van de onderzoeken is verminderd door een hoge mate van uitval (Oddson 32% en Duijkers 19%) en door het gedeeltelijk niet goed uitvoeren van de intention-to-treatanalyse).

Conclusie: de betrouwbaarheid van de vaginale ring komt overeen met die van de pil. De vaginale ring geeft vooral meer vaginitisklachten en genitale jeuk ten opzichte van de pil (bewijskracht matig).

Overwegingen: de ring komt wat betreft farmacologische eigenschappen overeen met een derdegeneratiepil. Maar het is onbekend of het risico op veneuze trombose net als dat van een derdegeneratiepil (verhoogd is ten opzichte van een tweedegeneratiepil, zie noot 11). De ring is bijna 7 maal duurder dan de pil. Wat betreft de bijwerkingen zullen de afwegingen per vrouw verschillen en daarom is het niet mogelijk om één aanbeveling te doen.

Aanbeveling: bij keuze voor een combinatiepreparaat, beveelt de werkgroep orale anticonceptie aan als eerste keus. Indien een vrouw een andere vorm van hormonale anticonceptie wenst, is de vaginale ring ook een betrouwbare keus. Er is meer risico op vaginitisklachten en genitale jeuk. Over een mogelijk verhoogd risico op trombose zijn er onvoldoende gegevens bekend. De ring is duurder dan de pil (zwakke aanbeveling, matige bewijskracht; 2B).

11 Betrouwbaarheid en bijwerkingen pleister

Bron: in een Cochrane-review [Lopez 2010b] worden gecontroleerde onderzoeken (5 onderzoeken, n = 3822) besproken waarin de pleister wordt vergeleken met orale anticonceptie.

Bewijs: de pleister (ethinylestradiol 20 microg en norelgestromin 150 microg afgifte per 24 uur) werd in vier onderzoeken (n = 3726) vergeleken met verschillende combinatiepillen.

De betrouwbaarheid van de pleister en de pil was vergelijkbaar (risico op zwangerschap per cyclus: OR 0,57; 95%-BI 0,18 tot 1,77).

Pleistergebruiksters staakten het gebruik vaker vanwege bijwerkingen (OR 2,28; 95%-BI 1,61 tot 3,25). Pleistergebruiksters hadden meer klachten zoals mastopathie en dysmenorroe (respectievelijk OR 3,09; 95%-BI 2,26 tot 4,22 en OR 1,43; 95%-BI 1,03 tot 1,99). Twee onderzoeken rapporteerden meer compliantie bij pleistergebruiksters (OR 2,05; 95%-BI 1,83 tot 2,29 en OR 2,76; 95%-BI 2,35 tot 3,24).

De Amerikaanse registratieautoriteit FDA waarschuwt dat de pleister die in VS op markt is, Ortho-Evra®, een hoger risico geeft op het ontwikkelen van veneuze trombo-embolieën dan gebruiksters van orale anticonceptiva. Ortho-Evra® bevat 6 mg norelgestromin en 750 microg ethinylestradiol en de Nederlandse Evra® bevat 6 mg norelgestromin en 600 microg ethinylestradiol, dus minder oestrogeen. Wat het gevolg van deze geringere hoeveelheid oestrogeen voor het risico is, is niet duidelijk, maar naar verwachting is het risico op veneuze trombose met de Nederlandse pleister ook verhoogd [Verduijn 2008].

Commentaar: de bewijskracht is verminderd doordat sprake is van indirect bewijs voor de betrouwbaarheid en veiligheid. Slechts één van de onderzoeken vergeleek de pleister met de combinatiepil met levonorgestrel. Er was een korte onderzoeksperiode en het enige onderzoek met een langere periode (2 jaar) betrof een kleine onderzoekspopulatie (n = 104) Bij de onderzoeken is de intention-to-treatanalyse gedeeltelijk correct uitgevoerd. Ook was de uitval in twee onderzoeken groot (20 tot 30%). Meer compliantie bij pleistergebruiksters heeft mogelijk te maken met de motivatie van de gebruiksters.

Conclusie: de betrouwbaarheid van de pleister voor vrouwen zonder obesitas komt overeen met die van de pil (bewijskracht matig). Bij het gebruik van de pleister zijn er meer klachten van mastopathie en dysmenorrhoea en naar alle waarschijnlijkheid is het risico op trombose hoger (bewijskracht matig).

Overwegingen: het bijwerkingenpatroon is divers en het is niet te voorspellen in hoeverre en in welke mate klachten worden ervaren. De pleister is niet geschikt voor obese vrouwen omdat bij hen minder hormonen worden opgenomen door de dikke huid. De pleister is duurder dan de pil.

Aanbeveling: bij keuze voor een combinatiepreparaat, beveelt de werkgroep orale anticonceptie aan als eerste keus. Indien een vrouw een andere vorm van hormonale anticonceptie wenst, is de pleister ook een optie met een vergelijkbare betrouwbaarheid maar met een mogelijk verhoogd risico op veneuze trombose. Er is meer risico op mastopathie en dysmenorrhoea (zwakke aanbeveling, matige bewijskracht; 2B).

12 Risico op trombose bij vaginale ring en pleister

Er zijn weinig onderzoeken van goede kwaliteit die het effect van de vaginale ring en pleister op trombose hebben onderzocht. In een klein onderzoek in Nederland werden 13 vrijwilligers gerandomiseerd in 2 groepen: een groep die de pleister (ethinylestradiol 20 microg en norelgestromin 150 microg) gebruikt en daarna de pil (ethinylestradiol 30 microg en levonorgestrel 150 microg), of de vaginale ring (ethinylestradiol 15 microg en etonogestrel en 120 microg) en daarna de pil. Elk onderdeel duurde 2 cycli gevolgd door een *wash-out* van 2 maanden. Op dag 18 tot 21 van de 2e cyclus van de behandeling en van de wash-out werden geactiveerd proteïne C en SHBG-waardes in het plasma gemeten. Bij gebruik van de pleister en de vaginale ring waren er significant hogere waardes van geactiveerd proteïne-C en SHBG (geslachtshormoonbindend globuline). Dit geeft mogelijk een verhoogd risico op het ontwikkelen van trombose [Fleischer 2009].

13 Trombofilie en de combinatiepil

De combinatie van de anticonceptiepil en genetische APC-resistentie geeft een verhoogd risico op een veneuze trombo-embolie (absoluut risico 28,5 per 10.000 vrouwen per jaar, alleen tweedegeneratiepil (zonder genetische stollingsafwijking): 2-3 per 10.000). In families met proteïne-C-, proteïne-S- of antitrombinedeficiënties zijn deze risico's tweemaal zo hoog.

Het WHO-MEC-advies [World Health Organization 2010] luidt als volgt: bij een bekende trombofilie geen combinatiepil gebruiken, wel een koperspiraal of een methode met alleen progestageen (geen prikpil). Als er nog sprake is van een trombose wordt de combinatiepil ook ontraden en wordt geadviseerd terughoudend te zijn met een methode met alleen progestageen maar deze methoden worden niet ontraden. Een koperspiraal is niet gecontra-indiceerd.

De Nederlandse richtlijn Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose adviseert om bij een bekende trombofilie *zonder* een doorgemaakte trombose een goede risico-afweging te maken en *na* een doorgemaakte trombose een methode met alleen progestageen (hemostaseonderzoek toont bij de methode met alleen progestageen geen daling van proteïne-S en de

verworven APC-resistentie, zoals wel bij combinatiepillen) of een koperspiraal te overwegen. De combinatiepil wordt na een doorgemaakte trombose ontraden en andere combinatiepreparaten zijn vanwege hetzelfde werkingsprofiel dus ook niet aan te bevelen [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2008].

Bij een positieve familieanamnese (maar niet-bevestigde trombofilie door bloedonderzoek) wordt dezelfde risicoafweging gemaakt en heeft een methode met alleen progestageen (pil met alleen progestageen, zie noot 18), hormoonspiraal of een koperspiraal de voorkeur. Mocht de patiënt alsnog voor een combinatiepreparaat kiezen dan dient de patiënt op de hoogte te zijn van de mogelijke risico's. Omdat ongeveer de helft van de deficiënties niet aantoonbaar is, is het niet zinvol om bij een positieve familieanamnese (ten minste één symptomatisch eerstegraadsfamilielid) te testen.

14 Verhoogd risico op hart- en vaatziekten door de pil

Myocardinfarct

Een meta-analyse van 7 patiëntcontroleonderzoeken liet een verhoogd risico zien op een myocardinfarct bij pilgebruiksters ten opzichte van niet-pilgebruiksters (< 50 microg ethinylestradiol, OR: 1,84; 95%-BI 1,38 tot 2,44) [Baillargeon 2005].

Uit een analyse van de gegevens van het onderzoek van het Royal College of General Practitioners (zelfde cohort als van het onderzoek van Hannaford, zie noot 16) bleek dat het risico op een myocardinfarct het meeste toenam als pilgebruiksters vijftien of meer sigaretten per dag rookten. Ten opzichte van niet-rokende niet-pilgebruiksters waren de relatieve risico's voor rokende pilgebruiksters (> 15 sigaretten per dag): 20,8 (95%-BI 5,2 tot 83,1), rokende niet-pilgebruiksters: 4,3 (95%-BI 2,6 tot 6,9) niet-rokende pilgebruiksters: 1,8 (95%-BI 0,9 tot 3,6).

Bij matige rooksters (minder dan 15 sigaretten per dag) waren de relatieve risico's bij pilgebruik 3,5 (95%-BI 1,3 tot 9,5) en zonder pilgebruik 2,0 (95%-BI 1,0 tot 3,9) ten opzichte van niet-rokende niet-pilgebruiksters. De relatieve risico's bij vrouwen met hypertensie of zwangerschapstoxicose veranderden nauwelijks door pilgebruik. Bij rokende pilgebruiksters met hypertensie en zwangerschapstoxicose in de voorgeschiedenis (≥ 15 sigaretten per dag) nam het relatief risico wel toe in vergelijking met dezelfde groep vrouwen die niet roken (hypertensie: relatief risico: 9,0; 95%-BI 3,7 tot 20,1, versus 3,7; 95%-BI 1,8 tot 7,6, zwangerschapstoxicose: 41,0; 95%-BI: 11,2 tot 149,4 versus 3,4; 95%-BI 1,6 tot 7,2) [Croft 1989].

Bij een meta-analyse van 19 patiëntcontroleonderzoeken en 4 cohortonderzoeken bleek het risico op een acuut myocardinfarct bij pilgebruiksters verhoogd te zijn ten opzichte vrouwen die nog nooit de pil hadden gebruikt (OR 2,48; 95%-BI 1,91 tot 3,22). In de drie groepen ≥ 50 microg, 30 tot 49 microg en 20 microg was het risico respectievelijk OR 3,62 (95%-BI 2,22 tot 5,90), OR 1,97 (95%-BI 1,43 tot 2,71) en OR 0,92 (95%-BI 0,21 tot 4,08).

Bij vrouwen die in het verleden de pil gebruikten, was het risico niet verhoogd. Het risico bij de derdegeneratiepil was niet significant verschillend ten opzichte van dat bij niet-pilgebruiksters (OR 1,27; 95%-BI 0,96 tot 1,67). De combinatie pilgebruik en roken gaf verdere verhoging van het risico op een myocardinfarct ten opzichte van niet-rokende niet-pilgebruiksters (OR 9,52; 95%-BI 5,41 tot 16,72), net als pilgebruik en hypertensie ten opzichte van niet-pilgebruiksters zonder hypertensie (OR 9,30; 95%-BI 3,89 tot 22,23), en ook pilgebruik en hypercholesterolemie ten opzichte van niet-pilgebruiksters zonder hypercholesterolemie (OR 9,90; 95%-BI 1,83 tot 53,53) [Khader 2003].

Ischemisch CVA

Een meta-analyse van 7 patiëntcontroleonderzoeken onderzocht het risico op een ischemisch CVA bij pilgebruiksters (< 50 microg ethinylestradiol) ten opzichte van niet-pilgebruiksters. Het risico op een ischemisch CVA was significant verhoogd (OR 2,12; 95%-BI 1,56 tot 2,86) [Baillargeon 2005].

Op grond van een ander patiëntcontroleonderzoek van de Transnational Research Group (220 cases, 775 controles) bleek dat bij vrouwen van 25 tot 45 jaar ongeveer 3 van de 8 ischemische CVA's per 100.000 vrouwen per jaar aan de pil konden worden toegeschreven [Heinemann 1997].

Conclusie: bij jonge vrouwen zijn de absolute risico's op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten zeer klein. Het bewijs voor een verhoogd risico door pilgebruik op het ontstaan van hart- en vaatziekten is inconsistent. Pilgebruik heeft invloed op de bloeddruk (zie noot 35), maar het is onduidelijk tot welke klinische consequenties dit gegeven leidt bij gezonde vrouwen. Roken in combinatie met pilgebruik (of ander combinatiepreparaat) is wel een duidelijke risicofactor.

De werkgroep vindt het van belang dat de arts aandacht heeft voor eventuele aanwezigheid van cardiovasculaire risicofactoren. Niet alleen bij het eerste consult, maar ook later in het gebruik of tijdens het eventuele herstarten van anticonceptie (bijvoorbeeld na zwangerschap).

15 Pil en migraine

Een systematische review en meta-analyse (13 patiëntcontroleonderzoeken, 10 cohortonderzoeken, 2 dwarsdoorsnedeonderzoeken) onderzocht de relatie tussen migraine en hart- en vaatziekten, waarbij ook factoren zoals migraine met aura, geslacht, leeftijd, roken en gebruik van orale anticonceptie werden meegenomen.

Patiënten met migraine met aura hadden een verhoogd risico op een ischemisch CVA ten opzichte van patiënten zonder migraine (RR 2,16; 95%-BI 1,53 tot 3,03). Bij migraine zonder aura was het risico niet significant verhoogd (RR 1,23; 95%-BI 0,90 tot 1,69).

Bij vrouwen met migraine (met of zonder aura) die orale anticonceptie gebruikten, was het risico op een ischemisch CVA verhoogd ten opzichte van niet-pilgebruiksters zonder migraine (RR 7,02; 95%-BI 1,51 tot 32,68). De 3 patiëntcontroleonderzoeken waarop dit is gebaseerd, kennen echter alle aanzienlijke beperkingen (weinig patiënten die sub-50-pillen gebruiken, bias doordat risicofactoren voor een CVA mogelijk niet gelijk verdeeld waren over patiënten en controles, het ten onrechte benoemen van hoofdpijn voorafgaand aan een CVA als migraine, of het onrechte kwalificeren van TIA's voorafgaand aan een CVA als migraine accompagné etc.). De auteurs van de review trekken de conclusie dat men bij vrouwen met migraine mét aura kan overwegen een andere vorm van anticonceptie dan de pil aan te raden [Schurks 2009].

Eén patiëntcontroleonderzoek uit de bovengenoemde systematische review berekende voor pilgebruiksters met migraine met aura die tevens rookten een verhoogd relatief risico op een ischemisch CVA ten opzichte van niet-rokende niet-pilgebruiksters zonder migraine (RR 10,0; 95%- BI 1,4 tot 73,7). Opvallend was dat het risico verreweg het hoogst was als de migraine met aura korter dan 1 jaar bestond (mogelijke bias: TIA's ten onrechte geduid als migraine met aura). Alléén gebruik van orale anticonceptie was niet significant gerelateerd aan het optreden van een ischemisch CVA bij vrouwen met migraine met aura, in vergelijking met niet-pilgebruiksters met migraine met aura ($p < 0,05$), roken daarentegen wel [MacClellan 2007].

Conclusie: in diverse richtlijnen wordt migraine met aura aangemerkt als een absolute contra-indicatie voor pilgebruik in verband met een verhoogd risico op een ischemisch CVA. De wetenschappelijke onderbouwing hiervoor is echter afkomstig uit vier patiëntcontroleonderzoeken met aanzienlijke beperkingen. Mogelijk verhoogt vooral de combinatie roken en pilgebruik het risico op een ischemisch CVA bij vrouwen met migraine met aura. Bij rokende vrouwen met migraine met aura ligt in de eerste plaats een stoppen met roken advies voor de hand. Indien zij kiest voor pilgebruik worden expliciet ook andere anticonceptiemethoden in overweging gegeven. Tegen gebruik van de pil bij vrouwen met migraine zonder aura is geen bezwaar.

16 Pil en maligniteit

Alle maligniteiten

Bron: een groot eerstelijnscohortonderzoek (n = 46.000 vrouwen) gestart in 1968. De onderzoeksvraag luidde: Hebben gebruiksters van de pil een lager risico op kanker dan niet-gebruiksters?

Er was een 'hoofdgroep' die werd vervolgd tot 2004 en een 'huisartsengroep' die werd vervolgd tot 1996 [Hannaford 2007, Hannaford 2010].

Bewijs: de resultaten zijn gebaseerd op 744.000 vrouwjaren (pilgebruiksters) en 339.000 vrouwjaren (niet-pilgebruiksters) in de hoofdgroep en op 331.000 vrouwjaren (pilgebruiksters) en 224.000 vrouwjaren (niet-pilgebruiksters) in de huisartsengroep.

De absolute risicoreductie voor het krijgen van een maligniteit van de gehele groep (beide groepen samen) was 45 per 100.000 vrouwjaren ten gunste van pilgebruiksters en in de huisartsengroep 10 per 100.000 ten gunste van pilgebruiksters. De mortaliteit bij gebruik van de pil door alle doodsoorzaken tezamen (maligniteiten, hart- en vaatziekten, etc) is bij pilgebruik niet verhoogd.

In de hoofdgroep hadden de pilgebruiksters een lager risico op het ontwikkelen van een maligniteit (relatief risico 0,88; 95%-BI 0,83 tot 0,94). Er was een lager risico op het ontwikkelen van endometrium- en ovariumcarcinoom en carcinoom van colon of rectum (relatief risico respectievelijk 0,58; 95%-BI 0,42 tot 0,79, 0,54; 95%-BI 0,40 tot 0,71 en 0,72; 95%-BI 0,58 tot 0,90). Voor longcarcinoom, cervixcarcinoom en maligniteit van het centraal zenuwstelsel was er een niet-significante toename en voor mammacarcinoom was er geen verschil tussen beide populaties.

In de huisartsengroep was er geen verschil tussen de beide groepen op het ontwikkelen van een maligniteit (relatief risico 0,97; 95%-BI 0,88 tot 1,06) behalve dat er minder risico was op het ontwikkelen van endometrium- en ovariumcarcinoom (relatief risico 0,47; 95%-BI 0,27 tot 0,81 respectievelijk 0,51; 95%-BI 0,33 tot 0,78).

Wanneer vrouwen langer dan 8 jaar hormonale anticonceptie gebruikten, was er een hoger risico op cervixcarcinoom (relatief risico 2,73; 95%-BI 1,61 tot 4,61) en op een maligniteit van centraal zenuwstelsel of hypofyse (relatief risico 5,51; 95%-BI 1,38 tot 22,05). Daarentegen was er bij langdurig gebruik een lager risico op een ovariumcarcinoom (relatief risico 0,38; 95%-BI 0,16 tot 0,88).

Commentaar: dit is een groot observationeel onderzoek met meer dan 1 miljoen vrouwenjaren die over een periode van 36 jaar zijn geobserveerd. Er was sprake van grote uitval (33%, ongeveer gelijk in hoofdgroep en huisartsengroep). Er was een hoge correlatie tussen het bestand van de huisarts en de centrale kankerregistratie. Er is gecorrigeerd voor confounders: leeftijd, roken, sociale status, pariteit en hormoontherapie. De gemiddelde mortaliteit lag 20% lager dan de gemiddelde bevolking vanwege exclusie van chronisch zieken. De onderzoekers gingen uit van de veronderstelling dat niet-gebruiksters van boven de 38 jaar vervolgens niet begonnen met hormonale anticonceptie. Tegenwoordig bevat hormonale anticonceptie lagere doseringen oestrogenen dan ten tijde van de start van het onderzoek (bewijskracht matig).

Conclusie: Hannaford 2007: gebruik van de pil wijst niet op een toename van het risico op het ontwikkelen van een maligniteit. Langdurig gebruik (> 8 jaar) is geassocieerd met een verhoogd risico op het ontwikkelen van cervixcarcinoom en maligniteit van centraal zenuwstelsel of hypofyse. Gebruik van de pil is geassocieerd met een lager risico op het ontwikkelen van een endometrium- en ovariumcarcinoom.

Hannaford 2010: de pil heeft geen nadelig effect op mortaliteit door 'alle oorzaken'.

Overweging: het is moeilijk om de resultaten naar nu te extrapoleren omdat in het onderzoek zowel de samenstelling van de gebruikte pillen (75% gebruik van 50 microg oestrogeen), de duur van het gebruik en de leeftijd waarop wordt gestart met hormonale anticonceptie anders zijn dan nu.

Mammacarcinoom
Bron: een meta-analyse (54 onderzoeken, n = 53.297) onderzocht in hoeverre het gebruik van hormonale anticonceptie het risico op mammacarcinoom beïnvloedt [Anonymus 1996a].

In een groot cohortonderzoek (n = 103.027) werden Noorse en Zweedse vrouwen 8 jaar gevolgd [Kumle 2002].

In Noorwegen werd het risico op mammacarcinoom bij vrouwen (n = 30.000) die hormoontherapie gebruikten, waarbij ook werd gekeken naar voormalig pilgebruik, onderzocht in een cohortonderzoek [Lund 2007].

Een andere meta-analyse (34 patiëntcontroleonderzoeken) onderzocht de mogelijke relatie tussen gebruik van orale anticonceptie en het risico op mammacarcinoom [Kahlenborn 2006].

Een prospectief onderzoek (Nurses Heath Study II, n = 116.608) bij vrouwen tussen 25 tot 43 jaar [Hunter 2010].
Bewijs: de eerste meta-analyse liet een verhoogd relatief risico zien van huidig pilgebruik (relatief risico 1,24; 95%-BI 1,15 tot 1,33), hetgeen tien jaar na staken van de pil was verdwenen [Anonymous 1996a].

Kumle 2002: In het cohortonderzoek werden 1008 primair invasieve mammacarcinomen gevonden. Vrouwen die ooit de pil gebruikten, hadden meer risico op het krijgen van mammacarcinoom dan vrouwen die de pil nooit gebruikten (relatief risico 1,3; 95%-BI 1,1 tot 1,5). Dit was toe te schrijven aan een toename van het risico bij vrouwen die tijdens begin van het onderzoek de pil nog gebruikten of recent hadden gebruikt (relatief risico 1,6; 95%-BI 1,2 tot 2,1).

Lund 2007: De huidige gebruikers van hormoontherapie die de pil hadden gebruikt, hadden een grotere kans op mammacarcinoom dan vrouwen die geen van beide gebruikten (absoluut risico 2,9% versus 1,4%). Gebruiksters van hormoontherapie die de pil niet hadden gebruikt, hadden een lager risico op mammacarcinoom dan gebruiksters van hormoontherapie die de pil wel hadden gebruikt (relatief risico 1,67; 95%-BI 1,32 tot 2,12 respectievelijk 2,45; 95%-BI 1,92 tot 3,12) [Lund 2007].

Kahlenborn 2006: De meta-analyse liet zien dat gebruik van de pil was geassocieerd met een verhoogd risico op premenopauzaal mammacarcinoom (gepoold OR 1,19; 95%-BI 1,09 tot 1,29). Bij nullipara was er geen verschil bij kortdurend gebruik en gebruik langer dan 4 jaar. Bij vrouwen die wel kinderen hadden, was het risico op mammacarcinoom hoger als de pil voor de eerste voldragen zwangerschap was gebruikt, ten opzichte van het risico bij vrouwen die de pil na de eerste voldragen zwangerschap gebruikten (OR 1,44; 95%-BI 1,28 tot 1,62 respectievelijk OR 1,15; 95%-BI 1,06 tot 1,26).

Hunter 2010: Gebruik van orale anticonceptie in het verleden gaf geen verhoogd risico op mammacarcinoom (relatief risico 1,12, 95%-BI 0,95 tot 1,33), huidig gebruik wel (relatief risico 1,33, 95%-BI 1,03 tot 1,73). Het driefasenpreparaat met levonorgestrel gaf een duidelijker verhoogd risico op mammacarcinoom (relatief risico 3,05, 95%-BI 2,00 tot 4,66).
Commentaar: de meta-analyse uit 1996 betrof onderzoeken van wisselende kwaliteit, waarin vaak 'ouderwetse' pillen werden gebruikt en de follow-up niet lang genoeg was om de effecten op latere leeftijd te meten, als het risico op mammacarcinoom in absolute zin belangrijk wordt.

Kumle 2002: In het Scandinavisch cohortonderzoek had 58% van de uitgenodigde Noorse vrouwen en 51% van de Zweedse vrouwen de vragenlijst beantwoordt. De follow-up eindigde wanneer de diagnose mammacarcinoom of overlijden werd vastgesteld en bij het einde van het onderzoek. Gegevens over gebruik van anticonceptie na het afnemen van de vragenlijst zijn niet bekend.

Lund 2007: Er werd gecorrigeerd voor BMI, familiaire belasting, mammografie, leeftijd bij de menarche, pariteit en leeftijd bij de eerste bevalling.

Kahlenborn 2006: Deze meta-analyse bevat nulde- en tweedelijnsonderzoeken die na 1980 waren gepubliceerd. Er was sprake van heterogeniteit tussen de onderzoeken ($p = 2{,}0 \times 10^{6}$) die de auteurs niet konden verklaren.

Hunter 2010: Relatief was er een gering aantal casussen. De auteurs geven aan dat er grotere, prospectieve onderzoeken nodig zijn.
Overweging: Lund 2007: De auteurs noemen als verklaring dat voormalig pilgebruiksters meer maligne veranderde cellen hebben. Een tweede episode met hoge oestrogeenspiegels zou de 'slapende' cellen kunnen boosten tot verdere maligne groei.

Kahlenborn 2006: De auteurs geven als mogelijke verklaring dat zwangerschap een verdere differentiatie van het klierweefsel veroorzaakt, waardoor de carcinogeniteit afneemt.

Hunter 2010: De auteurs geven aan dat de driefasenpil met levonorgestrel het verhoogde risico op mammacarcinoom door orale anticonceptie mogelijk kan verklaren, maar dit is nog niet in andere onderzoeken bevestigd.

Cervixcarcinoom
Bron: een meta-analyse van 24 cohort- en patiëntcontroleonderzoeken met in totaal 16.573 vrouwen met cervixcarcinoom (11.170 invasief en 5403 CIN3/carcinoma *in situ*) versus 35.509 controles [Appleby 2007].
Bewijs: het risico op het ontwikkelen van een cervixcarcinoom nam statistisch significant toe naarmate de pil langer werd gebruikt en was het hoogst bij vrouwen die de pil langer dan 5 jaar gebruikten in vergelijking met vrouwen die nooit de pil gebruikten (relatief risico 1,90; 95%-BI 1,69 tot 2,13). Echter na correctie voor leeftijd van het eerste seksueel contact en voor het aantal seksuele partners was het relatieve risico 1,05 (95%-BI 1,04 tot 1,07). Na stoppen daalde het risico geleidelijk en vanaf tien jaar na stoppen was het risico weer gelijk aan dat van vrouwen die de pil nooit gebruikten.
Commentaar: het is een grote meta-analyse, waarbij 85% van de gepubliceerde data is geïncludeerd. In de artikelen die niet zijn geïncludeerd, zijn de uitkomsten niet anders. De richting van de uitkomsten van het merendeel van de artikelen was consistent. De meerderheid van de onderzoeken bevatte geen gegevens over wel of geen besmetting met HPV. Er werd gekeken naar de volgende factoren: eerdere uitstrijken, HPV, leeftijd eerste seksueel contact, aantal seksuele partners, aantal voldragen zwangerschappen, duur scholing, gebruik condooms en roken. Het is onduidelijk wat de rol van screening en bevolkingsonderzoek was. Screening werd gedefinieerd als een uitstrijk verricht in de afgelopen twaalf maanden. Daarbij is niet duidelijk wat de indicatie van de uitstrijk was. Mogelijk laten vrouwen die anticonceptie gebruiken zich meer onderzoeken. Na correctie is de grootte van het effect gering. De incidentie van het cervixcarcinoom in Nederland bedraagt 9 per 100.000 vrouwen (gemiddeld 650 nieuwe patiënten tussen 1997 tot 2007) per jaar [Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG) 2010].
Conclusie: langer dan vijf jaar gebruik van orale anticonceptie is geassocieerd met een zeer licht verhoogd risico op het ontwikkelen van een cervixcarcinoom. Na stoppen daalt het risico geleidelijk in tien jaar tot het normale basisrisico (bewijskracht matig).
Overweging: het licht verhoogde risico op het ontwikkelen van een cervixcarcinoom door het gebruiken van orale anticonceptie weegt niet op tegen het voordeel, namelijk voorkomen van zwangerschap.

Ovariumcarcinoom
Bron: een meta-analyse van 45 epidemiologische onderzoeken in 21 landen. Gegevens van 23.257 vrouwen met ovariumcarcinoom (patiënten) en 87.303 zonder ovariumcarcinoom (controles). Van deze groep gebruikte 31% (7308) van de patiënten en 37% (32.717) van de controles de pil [Beral 2008].
Bewijs: pilgebruiksters hadden een lager risico op ovariumcarcinoom dan vrouwen die de pil nooit hadden gebruikt (relatief risico 0,73; 99%-BI 0,70 tot 0,76). Hoe langer vrouwen de pil gebruikten, des te lager werd het risico. Elke vijf jaar gebruik van de pil verlaagde het risico met 20%. Na correctie van diverse confounders veranderde de uitkomst nauwelijks. Na stoppen van de pil neemt het effect heel langzaam af, maar dertig jaar na stoppen is het risico nog significant verlaagd (relatief risico 0,86; 99%-BI 0,76 tot 0,97).
Commentaar: er zijn 3 gepubliceerde onderzoeken niet meegenomen in de analyse vanwege gebrekkige data. Deze onderzoeken zouden het aantal cases slechts met 3% verhoogd hebben.
Conclusie: alle 45 onderzoeken geven een vermindering van het risico op ovariumcarcinoom bij gebruik van de pil. De lage bewijskracht van observationeel onderzoek wordt opgewaardeerd door de dosisresponsrelatie.
Overweging: de pil heeft naast het voorkomen van zwangerschap het voordeel dat het risico op ovariumcarcinoom langdurig vermindert.
Samenvattende conclusie en aanbeveling: langdurig gebruik van 50 microg oestrogenen is geassocieerd met verhoogd risico op cervixcarcinoom en carcinoom van centraal zenuwstelsel en hypofyse. Waarschijnlijk is het risico op mammacarcinoom licht verhoogd en met name bij huidige gebruiksters en hormoontherapie na eerder pilgebruik.

Hormonale anticonceptie is ook geassocieerd met een beschermend effect op het ontwikkelen van andere maligniteiten. Tien jaar na het stoppen is het risico op cervixcarcinoom genormaliseerd. Het is aannemelijk dat met de huidige generatie anticonceptiepillen met minder oestrogenen het risico nog kleiner is. Gezien de geringe verhoogde relatieve risico's bij weinig voorkomende maligniteiten (cervix, centraal zenuwstelsel), het ontbreken van een consistent verband met het veel voorkomende mammacarcinoom en het gunstige verband met ovariumcarcinoom en de grote voordelen van hormonale anticonceptie, is er geen reden hormonale anticonceptie niet voor te schrijven. De voordelen wegen ruim op tegen de nadelen. Wel zal de vrouw hierover moeten worden voorgelicht (sterke aanbeveling, matig/zwakke bewijskracht; 1B/C).

17 Betrouwbaarheid en bijwerkingen prikpil
De intramusculaire prikpil bevat 150 mg medroxyprogesteron en moet elke 12 weken herhaald worden. De subcutane prikpil bevat 104 mg medroxyprogesteron en moet elke 13 weken herhaald worden.

In 2 niet-vergelijkende onderzoeken (160.234 menstruatiecycli) werden geen zwangerschappen gevonden bij gebruik van de subcutane prikpil [Jain 2004]. Het voorkomen van amenorroe nam toe van 26% in de derde maand tot 55% in de twaalfde maand van het gebruik. Meer dan 5% van de vrouwen rapporteerde hoofdpijn en gewichtstoename (< 2% na twaalf maanden) en tussentijdse bloedingen. Er werden geen significante veranderingen van de bloeddruk gevonden [Jain 2004].

In een gerandomiseerd enkelgeblindeerd onderzoek (n = 534) gesponsord door de fabrikant, waarin vrouwen 3 jaar werden gevolgd, was het risico op zwangerschap na 1 jaar 0% bij gebruik van de subcutane prikpil en 0,8% (95%-BI 0,00 tot 2,37) bij gebruik van de intramusculaire prikpil. In dit onderzoek kregen alle vrouwen na 91 ± 7 dagen een herhaalinjectie. Bij een tussenpose van 98 dagen werd eerst een zwangerschap uitgesloten alvorens een nieuwe prikpil toe te dienen [Kaunitz 2009]. Bij de subcutane prikpil werden meer lokale huidreacties gerapporteerd (8% versus 0,4%). Eveneens werd het effect op de botdichtheid berekend.

Bij aanvang van het onderzoek mocht de T-score van de lumbale wervelkolom of femur niet lager dan -1 zijn.

Na 3 jaar was bij 8,1% en 5,6% van de vrouwen, die respectievelijk de subcutane prikpil en intramusculaire prikpil gebruikten, de T-score van de heup gedaald tot onder de –1, bij respectievelijk 14,5% en 19,2% was de T-score van lumbale wervelkolom gedaald tot onder de –1 [Kaunitz 2009].

De invloed van de prikpil op de botdichtheid werd ook in een ander onderzoek gemeten. Bij 240 vrouwen die de prikpil gebruikten werd geduren-

de 2 jaar om de 6 maanden de botdichtheid van het femur en lumbale wervelkolom gemeten. Er was sprake van een grote uitval (60%). Na 2 jaar was bij 47% van de vrouwen sprake van ten minste 5% verlies van botdichtheid ten opzichte van baseline [Rahman 2010].

Een Cochrane-review over de invloed van hormonale anticonceptie op fractuurrisico (dertien onderzoeken) vond dat combinatiepreparaten geen invloed op de botdichtheid hadden. De prikpil was geassocieerd met een verminderde botdichtheid. De auteurs concluderen dat het voordeel van de prikpil (een effectieve methode voor het voorkomen van zwangerschap) groter is dan het kleine effect op botdichtheid, waarvan de klinische relevantie onduidelijk is [Lopez 2009a].
Conclusie: de intramusculaire en de subcutane prikpil zijn beiden zeer betrouwbaar. De prikpil heeft een klein, maar niet klinisch relevant, negatief effect op de botdichtheid. De subcutane prikpil lijkt hetzelfde bijwerkingenpatroon te hebben als de intramusculaire (onder andere tussentijdse bloedingen, gewichtstoename, hoofdpijn) en geeft daarnaast meer lokale huidreacties. Ook de subcutane prikpil kan niet door de patiënt zelf worden toegediend en is ruim twee maal duurder dan de intramusculaire prikpil. Voor de subcutane prikpil betaalt de vrouw een eigen bijdrage. De werkgroep geeft de voorkeur aan de intramusculaire prikpil boven de subcutane prikpil.

18 Implantatiestaafje

Etonogestrel
Het implantatiestaafje dat in Nederland op de markt is, bevat 68 mg etonogestrel, dat geleidelijk wordt afgegeven. De aangegeven werkingsduur is drie jaar. Een Cochrane-review (acht onderzoeken, n = 1578) onderzocht de betrouwbaarheid en het bijwerkingenpatroon van implantatiestaafjes. Vrouwen met een BMI ≥ 30 waren in veel onderzoeken geëxcludeerd. In de etonogestrelgroep was het zwangerschapsrisico 0 per 100 vrouwjaren. Ongeveer 20-30% van de vrouwen rapporteerden een onregelmatig bloedingspatroon. In de eerste maanden is dit percentage hoger (tot 50%). Bij een aanzienlijk deel van de vrouwen (35%) ontstond amenorroe. Andere veelvoorkomende bijwerkingen waren: acne (18,5%), hoofdpijn (16,8%) mastodynie (9,8%) en gewichtstoename (6,5%, toename niet gekwantificeerd). In de Europese onderzoeken had ruim 30% van de gebruiksters het staafje vroegtijdig laten verwijderen in verband met menstruatieklachten [Power 2007].

De afgelopen jaren is er veel te doen geweest over ongewenste zwangerschappen ontstaan na foutieve insertie. Na plaatsing moet het staafje palpabel zijn. Als dat niet het geval is, kan een etonogestrelbepaling of een echo ter controle dienen. Ook bij een regelmatig bloedingspatroon na plaatsing, moet men bedacht zijn op afwezigheid van het staafje. Tegenwoordig is de insertieprocedure vereenvoudigd en is er bariumsulfaat toegevoegd, zodat het staafje herkenbaar is op röntgenonderzoek. Verwijdering van het staafje kan nog wel eens lastig zijn.
Conclusie: een implantatiestaafje is een bewezen effectief anticonceptivum bij vrouwen met een BMI < 30. Een onregelmatig bloedingspatroon is voor ruim 30% van de vrouwen een reden om het implantatiestaafje vroegtijdig te laten verwijderen. Andere veelvoorkomende bijwerkingen zijn acne, hoofdpijn en mastodynie. Voor plaatsing dient de vrouw over het bijwerkingenpatroon te worden voorgelicht. Insertie en verwijdering moet worden uitgevoerd door hiervoor geschoolde artsen.

19 Gewichtstoename

Bron: een Cochrane-review van onderzoeken (n = 47) met minimaal drie cycli waarin het effect op gewicht van een combinatiepreparaat is vergeleken met een ander combinatiepreparaat of placebo. De duur van de onderzoeken varieerde van drie maanden tot twee jaar [Gallo 2008a].

Een andere Cochrane-review (n = 15 onderzoeken) over het effect op gewicht van methoden die alleen progestageen bevatten [Lopez 2011].

Een prospectief onderzoek (n = 703) naar het effect op gewicht door de prikpil (medroxyprogestageen), orale anticonceptie (21 dagen ethinylestradiol 20 microg/desogestrel 150 microg, 2 dagen placebo, 5 dagen ethinylestradiol 10 microg) of geen hormonale anticonceptie (sterilisatie, condoom, abstinentie) [Berenson 2009].
Bewijs: Gallo: Er zijn veel analyses uitgevoerd en de meeste combinatiepreparaten gaven geen significante gewichtsverandering. Maar 7 van de 78 analyses van combinatiepreparaten onderling, lieten een klein effect zien op het gewicht. Het grootste verschil was 1,8 kg na twaalf maanden (etinylestradiol 30 microg/levonorgestrel 300 microg, cyclus 28 dagen versus cyclus 49 dagen).

Lopez: De prikpilgroep had in vergelijking met geen hormonale methode een significante toename in de hoeveelheid lichaamsvet en lichaamsgewicht (respectievelijk gemiddeld verschil (%) 11,00, 95%-BI 2,64-19,36 en -4,00, 95%-BI -6,93 tot -1,07). In vergelijking met het koperspiraal T-Safe Cu (TCu380A) waren 2 onderzoeken geïncludeerd, waarvan 1 onderzoek (n = 758) waarin de prikpilgroep significant meer gewichtstoename had (gemiddeld 2 tot 3 kg) en in één onderzoek (n = 100) was er geen verschil tussen de beide groepen.

Berenson: Na drie jaar had de prikpilgroep een significante toename van het gewicht (5,1 kg), lichaamsvet (4,1 kg) en percentage lichaamsvet (3,4%) ten opzichte van de pilgroep en controlegroep (p < 0,01). Na twee jaar bedroeg de gemiddelde gewichtstoename 4,4 kg. Na drie jaar nam het gewicht in de pilgroep en in de controlegroep niet meer toe (respectievelijk 1,5 kg versus 2,1 kg).
Commentaar: Gallo: De methoden van de onderzoeken zijn slecht beschreven. De methode van randomisatie is maar bij zeventien onderzoeken beschreven. Adequate *allocation concealment* vond maar bij twee onderzoeken plaats en maar tien onderzoeken waren dubbelblind. Over intention-to-treat werd bij 33 onderzoeken niets benoemd. Slechts in één onderzoek was gewicht een primaire uitkomstmaat en was het vaak onduidelijk hoe het gewicht is gemeten (gemeten door patiënt of onderzoeker). Data over *loss to follow-up* ontbreken.

Lopez: De grootte van de onderzoeken varieerde. Er is in veel onderzoeken niet gecorrigeerd voor confounders van gewichtstoename.

Berenson: De vrouwen mochten zelf de methode kiezen en de onderzoekers waren niet geblindeerd. Na drie jaar was er een hoog percentage uitval (37%), waarvan 137 vrouwen een andere vorm van anticonceptie wensten. Gebruiksters van de prikpil die na zes maanden meer dan 5% gewichtstoename hadden ten opzichte van baseline, stopten eerder met het onderzoek dan de degenen die geen gewichtstoename hadden (32,6% versus 12,5%, p = 0,003).
Conclusie: orale anticonceptie heeft nauwelijks effect op het gewicht (bewijskracht matig). Er zijn wel aanwijzingen dat de prikpil een significante gewichtstoename geeft afhankelijk van de duur van gebruik. De bewijskracht is matig.
Overweging: angst voor gewichtstoename is in de dagelijkse praktijk een veel voorkomende reden om niet te starten of om te stoppen met hormonale anticonceptie.

De keuze voor de prikpil is afhankelijk van vele factoren. De voordelen (voorkomen van zwangerschap, betrouwbare methode) dient afgewogen te worden ten opzichte van de nadelen (matige gewichtstoename).
Aanbeveling: er zijn geen aanwijzingen dat orale anticonceptie het gewicht significant doet toenemen (zwakke aanbeveling, matige bewijskracht; 2B). De prikpil (medroxyprogestageen) geeft wel een significante matige gewichtstoename (gemiddeld 5 kg na 3 jaar), maar gezien de betrouwbaarheid van de methode is dit geen reden om de prikpil niet aan te raden.

20 Risico veneuze trombose van methoden met alleen progestageen

In een patiëntcontroleonderzoek (446 patiënten, 1146 controles) was gebruik van depot-medroxyprogesteronacetaat geassocieerd met een verhoogd risico op veneuze trombose (odds ratio 3,6; 95%-BI; 1,8 tot 7,1). Er waren onvoldoende gebruiksters van het implantatiestaafje, zodat over het risico op trombose geen uitspraak gedaan kon worden [Van Hylckama 2010]. In een Deens cohortonderzoek beschreven in noot 7, was het risico op veneuze trombose bij gebruik van de pil met alleen progestageen (desogestrel 75 microg) niet verhoogd (rate ratio 1,10; 95%-BI; 0,35 tot 3,41) [Lidegaard 2009].

21 Betrouwbaarheid koperspiraal

In een Cochrane-review zijn de betrouwbaarheid en de bijwerkingen van tien verschillende koperspiralen vergeleken (onder andere: TCu 380A, MLCu375). Er werden 35 gerandomiseerde onderzoeken geïncludeerd met 18 verschillende koperspiralen. De betrouwbaarheid van de TCu380A en TCu380S is het hoogst. De TCu380S is niet in Nederland verkrijgbaar. In het algemeen is de betrouwbaarheid van koperspiralen met ≥ 300 mm² Cu hoger (0,1 tot 1,0 zwangerschappen na 1 jaar per 100 vrouwen) dan van de koperspiralen met < 300 mm² Cu (0,5 tot 2,2 zwangerschappen na 1 jaar per 100 vrouwen). Er werd geen verschil in bijwerkingen gezien tussen de verschillende koperspiralen [Kulier 2007]. De Multiload (MLCu375, MLCu375SL) de Flexi-T-300, de Flexi-T-380, Gynefix en T-Safe Cu (TCu380A) zijn allemaal spiralen met een koperoppervlak van 300 mm² of meer met een relatief korte stamlengte (28 tot 32 mm). Zie [**tabel 3**]. De Gynefix is een spiraal dat verankerd wordt in de fundus uteri. Voor de specifieke inbrengtechniek is ervaring vereist. In een Cochrane-review werd geen verschil in betrouwbaarheid van de Gynefix gevonden in vergelijking met de T-Safe Cu (TCu380A) [O'Brien 2005]. Er zijn geen klinische onderzoeken gedaan met de Flexi-T-spiraal.
Conclusie: de betrouwbaarheid van diverse beschikbare koperspiralen bedraagt 0,1 tot 1,0 zwangerschappen per 100 vrouwen na 1 jaar. Omdat er voor de Gynefix een speciale inbrengtechniek is vereist en omdat met de Flexi-T-spiraal geen klinische onderzoeken zijn gedaan, gaat de voorkeur uit naar de Multiload Cu 375, Multiload 375 SL of de T-Safe Cu.

22 Duur gebruik koperspiraal

Zowel voor de T-Safe Cu (TCu380A) als voor de Multiload Cu 375 SL is aangetoond dat de zwangerschapsaantallen bij langdurig gebruik erg laag blijven. Bilian beschrijft in een review dat het cumulatieve aantal zwangerschappen per honderd vrouwen na een negen jaar durend gerandomiseerd, multi-centre onderzoek voor de Multiload Cu375 5,1 (+/- 0,7, n = 317) was en voor de TCu380A 3,2 (+/-0,5, n = 343) [Bilian 2002]. Onderzoek in Brazilië naar de resultaten met een spiraal met een hoog kopergehalte waarvan de verblijfsduur bij 340 vrouwen tot tien jaar werd voortgezet, meldt na drie, zes en tien jaar spiraalgebruik cumulatieve zwangerschapspercentages van respectievelijk 2,0, 2,8 en 5,3 [Diaz 1992]. Ook andere auteurs stellen dat betrouwbaarheid van spiralen met een hoog kopergehalte lang aanhoudt en dat men ze zeker tien jaar in situ kan laten. Vrouwen die op het moment van plaatsing veertig jaar zijn, kunnen het spiraal tot aan de menopauze laten zitten [Newton 1990, Tacchi 1990, Sivin 1990, Chi 1993]. In een groot zeven jaar durende RCT (7391 gebruiksjaren) werd de betrouwbaarheid van TCu 380 Ag en

Tabel 3 Beschikbare koperspiralen

Type	Cu (mm²)	Stamlengte (mm)
Multiload Cu375	375	35
Multiload Cu375SL	375	30
T-Safe Cu 380A	380	36
Gynefix 220	220	20
Flexi T plus380	380	32
Flexi T 300	300	28

een hormoonspiraal vergeleken. Na zeven jaar was de *cumulative gross rate* voor zwangerschap 1,1 per 100 vrouwen voor het hormoonspiraal en 1,4 per 100 vrouwen voor het koperspiraal.
Conclusie: uit beperkt onderzoek lijkt naar voren te komen dat de betrouwbaarheid van de Multiload spiraal en de T-Safe Cu voldoende groot blijkt tot tien jaar na plaatsing. Alleen de T-Safe Cu is voor tien jaar geregistreerd. Er zijn ook nieuwere koperspiralen op de markt. Voor de verblijfsduur van deze spiralen wordt vooralsnog maximaal vijf jaar opgegeven en zijn er nog onvoldoende gegevens beschikbaar om een uitspraak te kunnen doen over de betrouwbaarheid na vijf jaar.

23 Betrouwbaarheid hormoonspiraal
Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het hormoonspiraal effectief is wat betreft het voorkomen van zwangerschappen. Diverse onderzoeken vonden een kans op zwangerschap van 0,1 tot 0,2 per 100 vrouwen per jaar. De *cumulative gross pregnancy rate* was 0,5 tot 1,0 per 100 vrouwen na vijf jaar [Andersson 1994, Cox 2002, Sivin 1994].

Een Cochrane-review (25 onderzoeken, waarvan 9 in meta-analyse) vergeleek het hormoonspiraal met andere reversibele anticonceptiemethoden [French 2004]. Er was geen significant verschil in betrouwbaarheid tussen het hormoonspiraal en koperspiraal met > 250 mm^2 koper.
Conclusie: een hormoonspiraal is een betrouwbare anticonceptiemethode met een kans op zwangerschap van ongeveer 0,1 tot 0,2 per 100 vrouwen per jaar.

24 Invloed van het hormoonspiraal op de menstruatie
In een gerandomiseerd onderzoek (n = 2226) is onder andere gekeken naar het voorkomen van bijwerkingen tijdens het gebruik van een hormoonspiraal en het koperspiraal TCu380A [Sivin 1994]. Het percentage vrouwen dat oligomenorroe of amenorroe had tijdens hormoonspiraalgebruik steeg van ongeveer eenderde direct na plaatsing tot 70% na twee jaar. Na drie jaar was de kans op amenorroe duidelijk groter in de groep met het hormoonspiraal (relatief risico 7,24; 95%-BI 4,14 tot 12,65). Opvallend was verder dat de klachten over de menstruatie duidelijk afnamen met de tijd en vooral tijdens de eerste twaalf maanden voorkwamen. Bij vrouwen met een koperspiraal was de belangrijkste bijwerking overvloedig bloedverlies (66%). Het relatieve risico op langere bloedingen was 0,90 (95%-BI 0,62 tot 1,30) na drie maanden en 0,1 (95%-BI 0,01 tot 2,06) na drie jaar ten gunste van het hormoonspiraal. Tevens werd in onderzoek aangetoond dat vrouwen met een hormoonspiraal minder last van dysmenorroe hadden [French 2000, Sivin 1994].

25 Spiraal, soa en het risico op pelvic inflammatory disease
Uit een review (12 gerandomiseerde onderzoeken, 1 niet-gerandomiseerd pilotonderzoek, n = 22.908, koper- en hormoonspiralen) bleek dat het risico op PID in de eerste twintig dagen na insertie van het spiraal zesmaal hoger is dan daarna (adjusted rate ratio 6,30; 95%-BI 3,42 tot 11,6) [Farley 1992]. Ook uit andere reviews blijkt dat alleen in de eerste weken na insertie het risico is toegenomen [Gareen 2003; Steen 2004]. In een andere review wordt beschreven dat vrouwen met een chlamydia-infectie of gonorroe, die een spiraal kregen, een verhoogd risico op PID hadden ten opzichte van niet-besmette vrouwen die een spiraal kregen [Grimes 2000]. Het risico lijkt groter bij aanwezigheid van gonorroe dan bij aanwezigheid van chlamydia.

26 Expulsie spiraal
In een systematische review was na vijf jaar het risico op expulsie bij het hormoonspiraal significant groter dan bij de T-Safe Cu (TCu380A) (rate ratio 1,53; 95%-BI 1,13 tot 2,07). Na 1 jaar was er geen significant verschil tussen de beide spiralen (1,11; 95%-BI 1,72 tot 1,71) [French 2000]. In een open, multicentre onderzoek werden 678 vrouwen met een hormoonspiraal gedurende vijf jaar gevolgd. Na één jaar bedroeg het totaal aantal expulsies 4,5 per 100 gebruiksters (95%-BI 2,8 tot 6,2). Na vijf jaar was dit 5,9 per 100 gebruiksters (95%-BI 3,9 tot 7,9) [Cox 2002]. In een meta-analyse werd gekeken naar het verschil in expulsie tussen GyneFix en de T-Safe Cu (TCu380A). Er is onvoldoende bewijs om te concluderen dat vroege expulsie minder voorkomt bij de Gynefix [O'Brien 2005].

In een Cochrane-review is gekeken naar de veiligheid en de effectiviteit van het plaatsen van een spiraal direct na een spontane of geïnduceerde abortus. Het risico op spontane expulsie lijkt iets groter te zijn na plaatsing na een tweedetrimesterabortus. Expulsies binnen 12 maanden kwamen vaker voor na plaatsen van het spiraal direct na de abortus, dan na intervalinserties. Dit werd zowel bij de NovaT (expulsion rate 3,0 bij interval en 8,3 direct na abortus) als bij het hormoonspiraal (expulsionrate 2,8 versus 6,8) gezien [Grimes 2004]. Dit nadeel dient afgewogen te worden tegen het voordeel van het direct plaatsen van een effectief anticonceptivum. Controle na de eerste menstruatie is van belang om expulsies uit te sluiten.

In een andere Cochrane-review werd gekeken naar het plaatsen van een spiraal direct postpartum. Slechts 1 van de 8 onderzoeken was relevant. Bij een Belgisch onderzoek van Thiery, werden vrouwen die een plaatsing direct postpartum (n = 562) of een latere plaatsing (n = 1394) van een spiraal wilden, gerandomiseerd over twee koperspiralen. Bij beide spiralen werd een groter aantal expulsies gezien na directe plaatsing dan na latere plaatsing [Grimes 2001].

27 Perforatie
In een prospectief observationeel cohortonderzoek werd gekeken naar het aantal perforaties bij plaatsing van een MLCu375 (n = 17.469 inserties). De incidentie van uterusperforatie was 1,6 per 1000 inserties (partieel en compleet). 86% van de perforaties werd niet ontdekt ten tijde van de insertie [Harrison-Woolrych 2003]. In een prospectief follow-uponderzoek (n = 8512) werden TCu380 A-spiralen geplaatst door artsen en verloskundigen (in opleiding). De incidentie van uterusperforatie was 2,2 per 1000 inserties. Er werd een groter risico gezien gedurende de eerste zes weken postpartum [Caliskan 2003]. Bij het hormoonspiraal was het aantal perforaties in een groot observationeel cohortonderzoek 0,9 per 1000 inserties [Zhou 2003].

In een retrospectief case-reportonderzoek uitgevoerd in Limburg werd een incidentie van perforaties gevonden van 2,6 per 1000 vrouwen. Insertie bij vrouwen die borstvoeding gaven, ook zes weken na de bevalling, was een belangrijke risicofactor voor perforatie [Van Houdenhoven 2006]. Sinds introductie van het hormoonspiraal op de markt tot 2007 waren 701 perforaties gemeld in Nederland, Nieuw-Zeeland, Zwitserland en Duitsland.

Van 285 perforaties was het klachtenpatroon bekend, voornamelijk was er sprake van buikpijn (76,1%), een abnormaal bloedingspatroon (27%) en zwangerschap (17,9%). Van 485 perforaties was de pariteit bekend, 5% van deze vrouwen waren nullipara. Bijna de helft van de vrouwen gaven borstvoeding [Van Grootheest 2011].

28 Vasectomie
Mannen die jonger dan 30 jaar zijn en/of geen kinderen hebben op het moment van vasectomie en gescheiden mannen vragen eerder om een hersteloperatie [Goudswaard 2009]. De conventionele techniek wordt in Nederland het meest toegepast. Hierbij wordt met een scalpel beiderzijds een incisie in de scrotumhuid gemaakt, waarna het vas wordt geïsoleerd en onderbroken. Een alternatief is de zogenaamde no-scalpeltechniek waarbij de opening in de scrotumhuid wordt gemaakt met een puntig instrument. Twee gerandomiseerde onderzoeken evalueerden de no-scalpeltechniek. In een groot onderzoek (n = 1429) was er bij deze techniek minder bloedingen (OR 0,49; 95%-BI 0,27 tot 0,89) en pijn tijdens de ingreep (OR 0,75; 95%-BI 0,61 tot 0,93), scrotale pijn (OR 0,63; 95%-BI 0,50 tot 0,80) en infectie (OR 0,21; 95%-BI 0,06 tot 0,78) ten opzichte van de conventionele techniek. Beide onderzoeken lieten minder hematomen zien met de no-scalpeltechniek (OR 0,23; 95%-BI 0,15 tot 0,36). Er was geen verschil in steriliteit van beide technieken (no-scalpeltechniek 19/608; conventioneel: 21/631) [Cook 2007].

Het risico op spijt neemt toe naarmate de vasectomie op jongere leeftijd wordt toegepast. Alleenstaande mannen of gescheiden mannen hadden ook meer risico op spijt. Bij mannen jonger dan 25 jaar is het risico ruim 11%. [Holman 2000, Nederlandse Vereniging voor Urologie 2005]. Het risico op aanwezigheid van persisterende levende zaadcellen in het spermamonster varieert van 0,2 tot 5,3% en het risico op rekanalisatie na aangetoonde azoöspermie bedraagt 0,03 tot 1,2% [Nederlandse Vereniging voor Urologie 2005].

29 Laparoscopische sterilisatie
Zwangerschappen na sterilisatie kunnen optreden door sterilisatie in de luteale fase, door technische fouten tijdens de procedure of door het falen van de methode zelf. Uit een follow-uponderzoek van 10.685 sterilisaties verricht in 16 Amerikaanse centra blijkt de kans op zwangerschap na 10 jaar 18,5 per 1000 procedures [**tabel 4**]. De Filshie-clip was toen niet in Amerika beschikbaar. Mogelijk hebben Filshie-clips dezelfde failure rate [Peterson 1996]. Grote complicaties komen meer voor bij patiënten met diabetes mellitus, overgewicht, of een voorgeschiedenis met abdominale of bekkenchirurgie (1 tot 3,5%). Indien alsnog zwangerschap optreedt, is de kans op een extra-uteriene graviditeit fors vergroot (30%) [Peterson 2008].

30 Hysteroscopische sterilisatie
Er is geen gerandomiseerd onderzoek waarbij verschillende methoden van sterilisatie (laparoscopisch en hysteroscopisch) of hysteroscopische sterilisatie met bijvoorbeeld het hormoonspiraal zijn vergeleken. Van het CREST-onderzoek is bekend dat met name een lange follow-up onontbeerlijk bleek te zijn om een uitspraak te kunnen doen over de betrouwbaarheid op de lange termijn.

In een retrospectief case report van 6000 hysteroscopische sterilisaties in 45 centra in Nederland van 2002 tot 2008 zijn 10 zwangerschappen gerapporteerd [Veersema 2010]. Vanwege de opzet van dit onderzoek kan geen uitspraak worden gedaan over de veiligheid.

De NICE-richtlijn Hysteroscopische sterilisatie is gebaseerd op 14 onderzoeken.

Betrouwbaarheid hysteroscopische sterilisatie met spiraalvormige implantaten
In zeven onderzoeken (n = 2582) was van alle sterilisaties 95% gelukt. Onderzoek na 3 maanden liet een tubaobstructie zien bij 96% van de geslaagde ingrepen. Bij 19 andere vrouwen waren na 6 maanden de tubae geblokkeerd.

Tabel 4 Cumulatieve zwangerschapskans na sterilisatie op basis van de CREST-studie

Methode	cumulatief zwangerschapspercentage na 10 jaar				
	18-27 jr*	28-33 jr*	34-44 jr*	Overall	EUG
Falope-ringen	3,32	2,11	0,45	1,77	0,73
Hulk-aclips	5,21	3,13	1,82	3,65	0,85
Bipolaire coagulatie	5,43	2,13	0,63	2,48	1,71

In een onderzoek (n = 645) werd bij 99% van de vrouwen (bij diegene waarbij bij controle na 3 drie maanden de tubae geblokkeerd waren) geen zwangerschappen gerapporteerd over een periode van 1 één jaar. In een ander onderzoek (n = 1630) werden 3 zwangerschappen gerapporteerd, allen ontstaan in de eerste 3 maanden na de procedure. In dit onderzoek was 94% zeer tevreden en 6% enigszins tevreden.

Er werd 1 EUG gerapporteerd in een onderzoek van 645 vrouwen. Deze EUG verdween na medicamenteuze behandeling. In 3 onderzoeken (n = 2364) was bij 2% de implantaten gaan zwerven. In 3 andere onderzoeken (n = 846) werd 12 maal een scheur van de uterus of tuba geconstateerd [NICE 2009].

Klachten
In 1 onderzoek (n = 645) kwam de eerste dagen na de ingreep bij veel vrouwen spotting voor (68%) en 28% van de vrouwen rapporteerde bloedverlies. Verder werden bij 1 onderzoek (n = 507) de volgende klachten gerapporteerd: krampen (30%), pijn na de ingreep (13%) en bloedverlies tot 1 week na de ingreep (19%). In een ander onderzoek werd pijn gemeld na de ingreep door 79% van de vrouwen. In een ander onderzoek vond 8% de pijn hevig.

Acht vrouwen afkomstig van in totaal vijf onderzoeken, lieten de implantaten tussen de zes dagen en drie jaar na plaatsing verwijderen in verband met pijn [NICE 2009].
Conclusie: de hysteroscopische methode met spiraalvormige implantaten lijkt een goed en veilig alternatief voor laparoscopische sterilisatie. Adequaat wetenschappelijk, vergelijkend onderzoek zal deze methode nog moeten testen op kwaliteit.

31 Betrouwbaarheid overige anticonceptiemethoden

Condoom versus vrouwencondoom
Bron: een gerandomiseerd gecontroleerd cross-over onderzoek bij 108 vrouwen die een geboorteregelingskliniek bezochten in de Verenigde Staten. Het condoom en vrouwencondoom werden beiden tienmaal gebruikt [Macaluso 2007].
Bewijs: bij het vrouwencondoom werd vier maal zoveel mechanische problemen gerapporteerd dan bij het gewone condoom (34% versus 9%), het risico op lekkage is bij gebruik van condoom en vrouwencondoom even groot (semen in vagina: condoom: 3,5%, vrouwencondoom: 4,5% NS). Bij rapportage van mechanische problemen loopt dit getal op tot circa 9,5%.
Commentaar: er is gebruikgemaakt van een indirecte uitkomstmaat, namelijk aanwezigheid van semen in de vagina, niet als gevolg van mechanische problemen (semenexposure). Het beoogde aantal deelnemers van 160 is niet behaald. Er is sprake van een selectie van deelnemers, het betreft namelijk vrouwen met een vaste partner, die geen soa hadden in de voorgaande 6 maanden en die bereid waren mee te doen met het onderzoek (B).
Conclusie: bij correct gebruik van het condoom en vrouwencondoom is er sprake van een laag percentage blootstelling van semen in de vagina. De bewijskracht is zwak door het beperkte aantal deelnemers, de onderzoeksopzet en selectiebias.
Overweging: het risico op zwangerschap (typical use) bij gebruik van het condoom varieert van 2 tot 28% bij het condoom tot ongeveer 10% bij gebruik van het vrouwencondoom (Obstetrie en Gynaecologie, Heineman). Uit dit onderzoek blijkt dat bij mechanische problemen semen in de vagina drie maal vaker wordt aangetroffen. Een andere belangrijke functie van het (vrouwen)condoom is bescherming van seksueel overdraagbare aandoeningen.
Aanbeveling: een condoom is een acceptabele, maar niet de meest betrouwbare, vorm van anticonceptie (zwakke aanbeveling, zwakke bewijskracht; 2C).

Pessarium/portiokapje/spermicide
Het risico op zwangerschap is bij gebruik van een diafragma (in combinatie met een spermicide) ongeveer 6%.

Een variant op het pessarium is een portiokapje, FemCap. Er zijn 3 standaardmaten beschikbaar. De FemCap kan maximaal 24 uur blijven zitten en wordt samen met een spermicide gebruikt. In de praktijk kan het plaatsen en verwijderen moeizaam zijn. De betrouwbaarheid van de FemCap varieert van 9 tot 26% bij perfect use [Trussell 2004]. In vergelijking met de FemCap is een pessarium betrouwbaarder [Gallo 2002].

Een Cochrane-review (n = 14 onderzoeken) onderzocht de anticonceptieve werking van spermicide. Spermicide bevat een actieve stof, meestal nonoxynol-9 (lost de lipidencomponent van de celmembraan van de spermatozoa op) en een drager (foam of suppositoria). Het zwangerschapspercentage bedroeg 3,8-18,2% per 100 vrouwen na 12 maanden bij het sponsje en 6,2 tot 29,9% bij gebruik van de suppositoria. Het risico op zwangerschap is afhankelijk van de gebruikte dosis. Alle onderzoeken waren van slechte kwaliteit met een grote uitval [Grimes 2005].

Natuurlijke methoden
De betrouwbaarheid van natuurlijke methoden is gering en sterk afhankelijk van de mate van zorgvuldigheid en samenwerking van beide partners. De betrouwbaarheid kan toenemen door natuurlijke methoden te combineren met een condoom in de vruchtbare periode.

- Onthouding en coïtus interruptus: bij onthouding vindt geen coïtus plaats tijdens seksuele activiteit. In praktijk blijkt dat er, via vingers of lekkage toch sperma intravaginaal kan komen. Soms vindt er ook intravaginale penetratie van de penis plaats met het voornemen om 'voor het zingen de kerk uit te gaan' (coïtus interruptus). Voorvocht kan spermacellen bevatten wat kan leiden tot zwangerschap. In Turkije is coïtus interruptus een van de meest gebruikte anticonceptiemethoden.
- Periodieke onthouding: de onthouding wordt toepast in de periode van zeven dagen voor tot één tot twee dagen na de ovulatie. De periode tussen de ovulatie en de daaropvolgende menstruatie ligt redelijk vast (14-16 dagen), maar het aantal dagen tussen de eerste dag van de menstruatie en de volgende ovulatie is onzeker. Bij een cyclus van 26-32 dagen kan de ovulatie vanaf de 8e dag plaatsvinden. Ovulatieberekening: er zijn diverse manieren om ovulaties vast te stellen. Voorbeelden zijn: temperatuurmethode (temperatuur stijging van 0,3 tot 0,5 graden tijdens ovulatie, dit kan alleen achteraf vastgesteld worden); microcomputer die in urine LH en oestrogeen bepaalt en zo de vruchtbare periode bepaalt; methode volgens Billings: het zelf beoordelen van cervixslijm, bij ovulatie is dit extra rekbaar en helder; :symptothermale methode: combinatie van temperatuur, beoordeling van cervixslijm en hardheid van cervix, andere lichamelijke verandering en kalendergegevens [Leusink 2008].

32 Borstvoeding als anticonceptie

Bron: een Cochrane-review van veertien prospectieve onderzoeken die het risico op zwangerschap bij LAM (lactatie amenorroe methode) bij seksueel actieve vrouwen onderzochten. Bij de LAM wordt de zogende moeder geïnformeerd en ondersteund met als doel de anticonceptieve werking van borstvoeding te maximaliseren. LAM houdt in: volledige borstvoeding dag en nacht, tot zes maanden geen bijvoeding en bij de eerste menstruatie de start van anticonceptie [Van der Wijden 2003].
Bewijs: er waren 2 gecontroleerde onderzoeken (Diaz en Perez). In het onderzoek van Diaz et al. (n = 676) werd een IUD gebruikt in de controlegroep. Afhankelijk van de gehanteerde definities om het einde van de amenorroe te markeren, varieerde het cumulatieve zwangerschapscijfer van 0,9 tot 2,45% na zes maanden. In het onderzoek van Perez et al. (n = 422) werd geen anticonceptie gebruikt in de controlegroep. De standaard definitie werd gehanteerd en het cumulatief zwangerschapscijfer was 0,45%. In de niet-gecontroleerde onderzoeken varieerde het cumulatieve zwangerschapscijfer van 0,58 tot 1,5% en in een WHO-onderzoek van 0,9 tot 1,2%.
Commentaar: in de onderzoeken ging het om zeer verschillende populaties, meestal in ontwikkelingslanden, waarbij vrouwen 6 tot 12 maanden werden gevolgd. Een grote beperking van de onderzoeken was dat verschillende definities van amenorroe werden gebruikt. Het onderzoek van Diaz et al. includeerde 6 tot 12 weken na de partus en er was dus sprake van selectiebias, immers alleen vrouwen met amenorroe werden geïncludeerd. In het onderzoek van de WHO was de uitval meer dan 10% waarvan de reden niet is gespecificeerd. De fertiliteit en de amenorroeduur verschilden per populatie en waren in de bestudeerde populaties zeer heterogeen. Ook het ontbreken van een controlegroep in de meeste onderzoeken is een minpunt.
Conclusie: het risico op zwangerschap bij de LAM is kleiner dan 2% (0 tot 1,5%, eerste half jaar postpartum). De bewijskracht is matig.
Overweging: in Nederland is de LAM goed toepasbaar, mits vrouwen gemotiveerd zijn voor het geven van volledige borstvoeding. In Nederland is er goede begeleiding en promotie voor borstvoeding. In Nederland wordt geadviseerd om na vier maanden te starten met bijvoeding, dat houdt in dat de LAM dan niet meer van toepassing is.
Aanbeveling: LAM kan een vorm van anticonceptie zijn als de vrouw volledige borstvoeding geeft. Wel moet worden uitgelegd dat bij de eerste bloeding of bij start van bijvoeding, gestart moet worden met een andere anticonceptiemethode. De kans op zwangerschap is dan kleiner dan 2% (zwakke aanbeveling, matige bewijskracht; 2B/C). Als de methode wordt gecombineerd met het gebruik van condooms zal de kans op zwangerschap verder afnemen.

33 Overgewicht en betrouwbaarheid hormonale anticonceptie

In een onderzoek bij 10 vrouwen met een normaal BMI (BMI < 25) en 10 obese vrouwen (BMI >30) die de pil met 20 microg ethinylestradiol en 100 microg levonorgestrel gebruikten, bleek de halfwaardetijd van levonorgestrel significant langer te zijn in de groep met obesitas (52,1 ± 29,4 uur versus 25,6 ± 9,3 uur). In de groep met obesitas bereikte levonorgestrel pas na een langere tijd een 'steady-state' (10 dagen versus 5 dagen). Dit zou mogelijk het risico op zwangerschap verhogen [Edelman 2009].

Een Cochrane-review van 7 onderzoeken (n = 39.531) onderzocht de relatie tussen overgewicht en betrouwbaarheid van onder andere een combinatiepreparaat, pleister, implantaten of de subcutane prikpil. De onderzoeken maakten gebruik van diverse definities van overgewicht (BMI, of alleen lichaamsgewicht). Twee onderzoeken onderzochten expliciet de relatie tussen overgewicht en zwangerschapskans. In andere onderzoeken werden vrouwen met overgewicht geanalyseerd als subgroep. In een aantal onderzoeken werden de vrouwen met fors overgewicht (BMI > 32,4 of 120 tot 135% van ideale lichaamsgewicht) geëxcludeerd.

Slechts 1 van de 3 onderzoeken die de BMI gebruikte, gaf een verhoogd risico op zwangerschap bij vrouwen met overgewicht (BMI > 25). Tot op heden zijn er geen consistente gegevens wat betreft de rol van overgewicht op de betrouwbaarheid van diverse anticonceptiemethoden. De auteurs geven aan dat correct gebruik voor de beste betrouwbaarheid zorgt [Lopez 2010a].

Er zijn geen gegevens bekend over de betrouwbaarheid van anticonceptie bij vrouwen met een BMI ≥ 40.
Conclusie: Obesitas kan theoretisch een negatieve invloed hebben op de betrouwbaarheid van hormonale anticonceptie. Daarnaast is obesitas bij vrouwen gerelateerd aan verminderde vruchtbaarheid (zie de NHG-Standaard Subfertiliteit).

Tot op heden geven grote onderzoeken inconsistente resultaten wat betreft de uitkomstmaat zwangerschap. Overgewicht of obesitas is daarom geen contra-indicatie voor wat betreft gebruik van hormonale anticonceptie (uitgezonderd de pleis-

ter). Andere factoren (bijvoorbeeld het risico op trombose of het cardiovasculair risico) kunnen richting geven bij het maken van een keuze.

34 Relatie overgewicht en trombose

Bron: twee onderzoeken: een patiëntcontroleonderzoek (n = 4517) uit de algemene populatie waarin risicofactoren (overgewicht, pilgebruik, genmutaties, factor-V-Leiden) voor veneuze trombo-embolieën (VTE) werden onderzocht [Pomp 2007] en patiëntcontroleonderzoek (n = 908) [Abdollahi 2003].

Bewijs: Pomp: Er werden 3834 patiënten met een eerste veneuze trombose en 4683 controles geïncludeerd, van wie 2008 vrouwelijke patiënten en 2498 vrouwelijke controles. Vrouwen met overgewicht hadden een verhoogd risico op trombose (BMI ≥ 25 en < 30: OR 1,93; 95%-BI 1,64-2,03 en BMI < 25: OR 3,36; 95%-BI 2,74 tot 4,12). Pilgebruik verhoogde het risico nog verder (pilgebruiksters met een BMI < 25: OR 4,15 (95%-BI 2,85 tot 6,03), BMI ≥ 25 en < 30: OR 11,63 (95% 7,46 tot 18,14), BMI ≥ 30: OR 23,78 (95%-BI 13,35 tot 42,34).

Abdollahi: Er werden 454 opeenvolgende patiënten jonger dan 70 jaar geïncludeerd, 175 vrouwen die orale anticonceptie gebruikten. Ten opzichte van niet-pilgebruiksters met een BMI < 25, hadden pilgebruiksters met een verhoogde BMI meer risico op trombose (pilgebruiksters met een BMI < 25: OR 4,6 (95%-BI 2,2, tot 9,6), BMI ≥ 25 en < 30: OR 10,2 (95%-BI 3,8 tot 27,3), BMI > 30: OR 9,8, 95%-BI 3,0 tot 31,8).

Commentaar: patiënten kregen enkele weken na de trombose een vragenlijst toegestuurd, waarin naar anticonceptiegebruik werd gevraagd. Ook de controlepatiënten vulden een vragenlijst in. Mogelijke *recall bias* kan een rol hebben gespeeld. Controlepatiënten waren partners van de mannelijke patiënt of waren telefonisch gerekruteerd.

Beide onderzoeken hebben niet gecorrigeerd voor roken. In algemene bevolking is de incidentie van een veneuze trombose 2 per 1000 personen afhankelijk van de leeftijd.

Conclusie: vrouwen met overgewicht en obesitas hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een VTE. Als zij tevens de pil gebruiken is het VTE-risico relatief gezien aanzienlijk verhoogd, globaal met een factor 10 tot 20 (bewijskracht matig).

Overweging: bekend is dat pilgebruik een verhoogde kans geeft op trombose. Het absolute risico is laag. Uit deze onderzoeken zijn geen absolute risico's te berekenen voor vrouwen met (ernstig) overgewicht.

Aanbeveling: bespreek met de vrouw met overgewicht of obesitas met anticonceptiewens het toegenomen risico op veneuze trombose. Bespreek andere methoden dan de pil en bespreek de mogelijkheden tot de behandeling van het overgewicht of de obesitas (zie de NHG-Standaard Obesitas) (sterke aanbeveling; matige bewijskracht; 1B).

35 Bloeddrukmeting

In een prospectief observationeel onderzoek in Nederland werd het effect van hormonale anticonceptie (oraal, injectie of subcutaan) op bloeddruk en glomerulaire filtratiesnelheid (GFR) gemeten. Gebruiksters van de pil met alleen progestageen en hormoonspiraal werden geëxcludeerd.

Er vonden 2 meetmomenten plaats, bij de start van het onderzoek (baseline) en na 4 jaar. De effecten werden berekend bij diegenen die met hormonale anticonceptie startten (n = 73, gemiddelde leeftijd 37,4 jaar), bij diegenen die staakten (n = 117, gemiddelde leeftijd 36,5 jaar) en bij diegenen die continueerden (n = 183, gemiddelde leeftijd 37,6 jaar) in vergelijking met niet-pilgebruiksters (n = 286, gemiddelde leeftijd 39,1 jaar). De bloeddruk steeg significant na de start en daalde na het staken (gemiddelde stijging systolische bloeddruk 2,9 mmHg p < 0,002, gemiddelde daling 2,9 mmHg, p < 0,041). Er waren ook effecten op de excretie van albumine en de GFR. Het effect van de prikpil is niet apart beschreven [Atthobari 2007].

Uit een groot patiëntcontroleonderzoek van de WHO (368 cases, 941 controles) bleek dat de bloeddrukcontrole bij pilgebruiksters het risico op een myocardinfarct verminderde. Het absolute risico op een myocardinfarct is bij jonge vrouwen echter zeer laag. In het genoemde onderzoek bedroeg de incidentie bij vrouwen jonger dan 35 jaar 0,83 per 1 miljoen niet-rokende niet-pilgebruiksters per jaar, 3,56 bij niet-rokende pilgebruiksters en 7,78 respectievelijk 42,7 (!) bij rokende niet-pilgebruiksters respectievelijk pilgebruiksters. Het attributieve risico door pilgebruik bedroeg bij niet-rooksters 2,73 en bij rooksters 34,9 per 1 miljoen vrouwen per jaar. Dit betekent dat om drie myocardinfarcten per jaar te voorkomen, bij 100.000 (rokende) tot 1 miljoen (niet-rokende) vrouwen de bloeddruk zou moeten worden gecontroleerd. Bij rokende vrouwen ouder dan 35 jaar wordt het mogelijk wel interessant om de bloeddruk te controleren, hoewel stoppen met roken effectiever is om de risico's te verminderen. Het attributieve risico door pilgebruik is bij hen namelijk 396 per 1 miljoen vrouwen per jaar, vergeleken met 31 bij niet-rokende vrouwen [Anon. 1998, WHO Collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. 1997].

In een groot WHO-onderzoek (697 patiënten, 1962 controles) werd nagegaan of het controleren van de bloeddruk gecorreleerd was met het voorkomen van ischemische CVA's. Dit bleek alleen te gelden bij gebruikster van pillen met 50 microg ethinylestradiol. Het verschil met gebruiksters sub-50-pillen was niet significant [Anonymous 1996b].

Het risico op een ischemische CVA bij gebruik van een tweedegeneratiepil bij vooraf controle van de bloeddruk is lager dan bij geen controle van de bloeddruk ten opzichte van niet-pilgebruiksters (respectievelijk OR 1,8 versus 4,5) [Heinemann 1997].

Conclusie: er is onvoldoende bewijs dat het zinvol is om de bloeddruk te meten en controleren bij vrouwen (< 35 jaar) zonder risicofactoren voor hart- en vaatziekten die hormonale anticonceptie willen gebruiken.

Indien bij de vrouw cardiovasculaire risicofactoren aanwezig zijn (roken, hypertensie in de voorgeschiedenis, hypercholesterolemie, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten bij ouders, broers of zussen jonger dan 60 jaar, obesitas/verhoogde middelomtrek) wordt de bloeddruk gecontroleerd.

36 Interactie hormonale anticonceptie

Anti-epileptica

Back et al. rapporteerden in de perioden van 1973 tot 1984 43 gevallen van zwangerschap bij vrouwen die anti-epileptica in combinatie met de pil gebruikten [Back 1988]. De interactie tussen orale anticonceptiva en anti-epileptica is door middel van onderzoek bevestigd [Sitsen 1993].

Lamotrigine

In een Deens dubbelblind en placebogecontroleerd onderzoek werden 13 vrouwen met epilepsie die lamotrigine als monotherapie gebruikten geïncludeerd. Beide groepen startten met orale anticonceptie (35 microg ethinylestradiol, 250 microg norgestimaat), daarna kreeg groep 1 placebo en groep 2 orale anticonceptie, daarna weer beiden orale anticonceptie en daarna groep 1 orale anticonceptie en groep 2 placebo. De 4 periodes omvatten elk 21 dagen behandeling en een stopweek van 7 dagen. Om diverse redenen vielen 6 deelnemersters af. De overige 7 vrouwen maakten het hele traject af. De plasmaspiegel van lamotrigine tijdens placebogebruik was ongeveer 84% hoger dan tijdens gebruik van orale anticonceptie. Na het stoppen van orale anticonceptie was binnen een week een sterke verhoging van de plasmaspiegel [Christensen 2007].

Een systematische review (43 onderzoeken) onderzocht de interactie tussen de diverse anti-epileptica en diverse anticonceptiemethoden (combinatiemethoden, methode met alleen progestageen, hormoonspiraal) [Gaffield 2011]. Carbamazepine, clonazepam, oxcarbazepine, fenobarbital en fenytoïne zorgden voor daling van plasmaspiegels van combinatiepreparaten. Combinatiepreparaten leidden tot een lagere plasmaspiegel van lamotrigine tijdens gebruik, tijdens de stopweek stijgen de plasmaspiegels. Methoden met alleen progestageen hadden geen effect op de plasmaspiegels. Door gebruik van combinatiepreparaten stijgt de klaring van valproïnezuur. Diverse anti-epileptica (topiramaat, vigabatrine, felbamaat, levetiracetam, felbamaat) gaven lagere spiegels van alleen het oestrogeen en/of spiegels van een combinatiepreparaat. Met levetiracetam en gabapentine was er geen interactie aantoonbaar.

Antibiotica

Dickinson et al. voerden een systematische review uit (periode 1966 tot 1999) waaruit bleek dat alleen rifampicine de werking van de combinatiepil vermindert. Bij de diverse andere antibiotica kon geen invloed op de farmacokinetiek of op de plasmaspiegels van de bestanddelen van de pil worden aangetoond. Toch geven zij aan dat er op individueel niveau wel een interactie zou kunnen bestaan, maar deze vrouwen zijn niet als zodanig te identificeren. Doorbraakbloedingen kunnen een signaal zijn van een verminderde betrouwbaarheid [Dickinson 2001]. In een door de fabrikant uitgevoerd onderzoek werd de effectiviteit van de Nuvaring onderzocht tijdens gebruik van amoxicilline en doxycycline. Uitkomstmaten waren serumspiegels van ethinylestradiol en etonogestrel. Gebruik van amoxicilline en doxycycline gaf geen verandering van de serumspiegels in vergelijking met geen gebruik van antibiotica [Dogterom 2005].

Van alleen leverenzym inducerende antibiotica (zoals rifampicine) is bewezen dat zij de serumspiegels van ethinylestradiol verlagen. Op grond van casuïstische mededelingen werd een interactie tussen orale anticonceptie en diverse andere antibiotica (penicilline, tetracycline, macroliden, fluorchinolonen) en antimycotica verondersteld. Diverse factoren zouden daarbij een rol kunnen spelen, zoals verstoring van de enterohepatische kringloop, resorptiestoornissen als gevolg van maag-darmstoornissen en een variabele interindividuele biologische beschikbaarheid van oestrogenen en progestagenen. Er is echter geen onderbouwing voor deze veronderstelling. Tot op heden was het gebruikelijk dat bij aflevering van antibiotica in de apotheek voor deze mogelijke interactie werd gewaarschuwd.

Onderzoeken laten bij diverse antibiotica geen daling zien van de serumspiegels van hormonale anticonceptie, en ook geen hogere zwangerschapscijfers bij gebruik van langdurig antibiotica. Er is casuïstiek bij gebruik van fluconazol en erytromycine, echter deze antibiotica zorgen voor stijging van ethinylestradiol en geen daling. Braken of door ziekte hormonale anticonceptie niet goed kunnen gebruiken, zijn factoren die kunnen leiden tot verminderde betrouwbaarheid [Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare 2011]. De WHO adviseert sinds 2010 om alleen bij gebruik van leverenzym inducerende antibiotica geen combinatiepreparaten of pil met alleen progestageen te gebruiken. In de Verenigde Staten en Groot-Brittannië is dit advies overgenomen. Er zijn geen aanvullende maatregelen nodig bij gebruik van andere antibiotica of antimycotica [Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare 2011, World Health Organization 2010].

Sint-Janskruid (hypericum)

Sint-Janskruid is een leverenzyminducerend middel, net als rifampicine.

Antiretrovirale medicatie

Er zijn aanwijzingen dat antiretrovirale medicatie invloed heeft op de betrouwbaarheid van hormonale anticonceptie, zie noot 55 [Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare 2011, World Health Organization 2010].

Conclusie: de werkgroep adviseert om vrouwen die fenytoïne, carbamazepine, barbituraten, primidon, topiramaat of oxcarbazepine gebruiken géén com-

binatiepreparaten, pleister, vaginale ring of pil met alleen progestageen te adviseren. De prikpil, hormoonspiraal of koperspiraal kan wel worden geadviseerd. Indien een vrouw toch een sterke voorkeur heeft voor de combinatiepil, geef dan een pil met 50 microg ethinylestradiol en een hogere progestageendosering dan van de corresponderende sub-50 pillen (vier strips achter elkaar met een stopperiode van 5 dagen). Bij doorbraakbloedingen, moet de dosering worden verhoogd (bv. door toevoeging sub-50 pil of twee sub-50 pillen per dag). Houdt het onregelmatige bloedverlies aan, dan wordt deze methode afgeraden.
Voor vrouwen die lamotrigine slikken, geldt een sterke voorkeur voor een hormoonspiraal, koperspiraal of, een prikpil Er is geen contra-indicatie voor de pil met alleen progestageen.

Bij gebruik van leverenzyminducerende medicatie (zoals rifampicine en hypericum) worden combinatiepreparaten of de pil met alleen progestageen afgeraden. De betrouwbaarheid van hormonale anticonceptie staat ter discussie bij hevig braken of waterdunne diarree als bijwerking van de antibiotica, omdat er dan een grotere kans is op een resorptiestoornis.

37 Spiralen en interacties

Er zijn aanwijzingen dat de werking van een koperspiraal verminderd is bij langdurig gebruik van NSAID's (voornamelijk acetylsalicylzuur), immunosuppressiva en oncolytica, omdat een sterke steriele ontstekingsreactie nodig is voor de werking van het spiraal [Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie 2008]. Deze aanwijzing is afkomstig uit een aantal case-reports en een patiëntcontroleonderzoek (alleen een significant verschil in effectiviteit bij aspirinegebruik). Het bewijs is niet overtuigend [Baxter 2008].

Bij het hormoonspiraal is het niet uitgesloten dat Sint-Janskruid (hypericum perforatum) door (lever-) enzyminductie de werking van het IUD kan verminderen [Commissie Farmaceutische Hulp 2008]. De invloed van andere *enzyme inducers* (antiepileptica, antiretrovirale middelen, rifampicine) is niet door de fabrikant van het hormoonspiraal onderzocht. De systemische absorptie is niet zo groot, waardoor het contraceptieve effect met name lokaal bepaald wordt.

38 Continu versus cyclisch gebruik van de pil

Bron: een Cochrane-review (6 onderzoeken, n = 2077) vrouwen hebben continu gebruik van de pil vergeleken met cyclisch gebruik [Edelman 2005].
Bewijs: wat betreft het bloedingspatroon waren er over het algemeen geen grote verschillen. Er werd van spotting gesproken als vrouwen geen bescherming nodig hadden (bij bloeding wel). In een onderzoek (duur 12 maanden) was het totale aantal bloedingsdagen niet significant (spotting en bloeding), maar het aantal bloedingsdagen was significant meer ten opzichte van de continue groep (WMD -14,3; 95%-BI –17,7 tot –11,0) [Anderson]. In drie onderzoeken was de patiënttevredenheid een uitkomstmaat waarbij er geen significante verschillen waren tussen de beide groepen. Twee onderzoeken (n = 25) onderzochten het endometrium, bij geen van de vrouwen was het endometrium verdikt.
Commentaar: één onderzoek was onduidelijk over de intention-to-treatanalyse, een ander onderzoek sloot patiënten uit van de Pearl-index berekeningen wanneer zij de pil niet goed hadden ingenomen. Het effect op het endometrium op lange termijn is onbekend.
Conclusie: voor uitspraken over veiligheid, zeldzame bijwerkingen en werkzaamheid was het aantal in het onderzoek van Edelman et al. niet groot genoeg. Wat betreft het aantal bloedingsdagen is er geen groot verschil tussen de beide methoden. Wel lijkt het erop dat in de continue groep meer spotting en minder bloedingen optreden waarvoor bescherming noodzakelijk is (bewijskracht matig).
Overweging: de methode van doorslikken is goed toepasbaar. Effecten op de lange termijn van doorslikken zijn onbekend.
Aanbeveling: als er menstruatieklachten zijn in de stopweek, of als vrouwen niet elke drie weken een onttrekkingbloeding willen, dan is het doorgebruiken een optie (zwakke aanbeveling, matige bewijskracht; 2B). Bij spotting of een doorbraakbloeding kan een stopperiode van vier tot zeven dagen worden ingelast.

39 Advies hormonale anticonceptie met een belaste familieanamnese mammacarcinoom

BRCA1/2-mutanten
In een patiëntcontroleonderzoek (n = 2622) is het risico op mammacarcinoom bij BRCA2-mutanten niet verhoogd door gebruik van orale anticonceptie (combinatiepreparaten, OR 0,94; 95%-BI 0,72 tot 1,24). Voor BRCA1-genmutaties is het risico licht verhoogd bij gebruik van orale anticonceptie (OR 1,20; 95%-BI 1,02 tot 1,20). Risicoverhogende factoren waren gebruik voor 1975, start voor 30e levensjaar, en gebruik van tenminste vijf jaar [Narod 2002]. In een ander patiëntcontroleonderzoek (n = 804) is het risico verhoogd bij BRCA2-genmutaties bij een gebruik van tenminste 5 jaar of langer (OR 2,08; 95%-BI 1,09 tot 3,94) [Haile 2006]. Een meta-analyse (n = 5809 BRCA1/2-draagsters van wie 2855 met mammacarcinoom) liet geen verhoging van het risico op mammacarcinoom zien en wel verlaging van het risico op ovariumcarcinoom bij BRCA1/2-draagsters (respectievelijk: relatief risico 0,51; 95%-BI 0,40 tot 0,65 en 0,50; 95%-BI 0,29 tot 0,89) [Iodice 2010]. De WHO raadt hormonale anticonceptie niet af aan BRCA1/2-gendraagsters en aan andere vrouwen met familieleden met mammacarcinoom.

Positieve familieanamnese
Een systematische review onderzocht het risico op mammacarcinoom bij pilgebruiksters die een positieve familieanamnese hadden (bijvoorbeeld moeder, zus, dochter, oma, tante, nicht). Het risico op mammacarcinoom bij vrouwen met een positieve familieanamnese was even groot als bij niet-pilgebruiksters met een positieve familieanamnese [Gaffield 2009]. Er zijn geen onderzoeken die het effect van het hormoonspiraal hebben onderzocht. In deze situatie ziet de WHO ook geen bezwaar tegen het gebruik van een hormoonspiraal.

Conclusie: er is beperkt onderzoek gedaan naar het effect van hormonale anticonceptie bij BRCA1/2-mutanten. De onderzoeksresultaten over het effect van hormonale anticonceptie (orale anticonceptie) zijn niet eenduidig. Langdurig gebruik (5 jaar of langer) en start voor het 30e levensjaar zijn mogelijk factoren die het risico op mammacarcinoom verhogen, terwijl het beschermend effect op de incidentie van ovariumcarcinoom vergelijkbaar lijkt als in de algehele populatie. Een licht verhoogd relatief risico voor mammacarcinoom is met name klinisch van betekenis, wanneer dat ook gepaard gaat met klinisch betekenisvolle absolute aantallen. Naarmate de leeftijd van carriers vordert en de incidentie van mammacarcinoom hoger wordt, wordt dit van belang. Daarom verdient het overweging om gebruik van hormonale anticonceptie bij carriers met een hogere leeftijd (30 tot 35 jaar) af te raden, wanneer alternatieven voorhanden zijn. Het gebruik van hormonale anticonceptie bij jonge vrouwen verdient juist aanbeveling in verband met het blijvend verlaagd risico op ovariumcarcinoom bij een verwaarloosbaar verhoogd absoluut risico op mammacarcinoom.

Er lijkt geen bezwaar te zijn tegen het gebruik van hormonale anticonceptie (inclusief hormoonspiraal) bij vrouwen met een positieve familieanamnese van wie het onduidelijk is of er sprake is van een genmutatie.

40 Diabetes

Een Cochrane-review van 4 RCT's onderzocht het effect van anticonceptie (hormonale anticonceptie, hormoonspiraal, koperspiraal) op diabetes mellitus type 1 en 2 (glucosewaarden, micro- en macrovasculaire complicaties). Bij de 2 onderzoeken die het effect hebben beoordeeld van het hormoon- en koperspiraal, kon geen effect worden aangetoond op het HbA1c.

Drie onderzoeken vergeleken het effect van pillen met alleen progestageen met combinatiepreparaten. Geen enkel onderzoek rapporteerde een effect op de glucosewaarde.

Hoge dosis combinatiepreparaten en de pil met 30 microg ethinylestradiol en 75 microg gestodeen hadden een gering effect op de glucosewaarden. De onderzoeken waren van matige kwaliteit (korte duur, gesponsord door farmaceutische industrie of gebruik van secundaire uitkomstmaten). De auteurs concluderen dat er nog onvoldoende bewijs is om het effect van anticonceptie op diabetes mellitus type 1 en 2 goed te beoordelen [Visser 2006].

41 Tijdstip plaatsing spiraal

Het optreden van complicaties hangt niet samen met de cyclusfase waarin een spiraal geplaatst wordt. De voorkeur gaat uit naar plaatsing in de eerste cyclushelft omdat zwangerschap dan vrijwel uitgesloten is. Ook bestaat het vermoeden dat plaatsing tijdens de menstruatie en periovulatoir gemakkelijker zou zijn omdat het ostium dan minder gesloten is [Anonymus 1988, De Graaf 2002]. Plaatsing binnen zeven dagen na aanvang van menstruatie is praktisch, omdat het dan direct bescherming biedt tegen zwangerschap [CBG-MEB 2008].

42 Medicatie rondom plaatsing

Pijnstilling
Een Cochrane-review (4 onderzoeken, n = 2204) onderzocht de effectiviteit van pijnmedicatie voor de plaatsing van een spiraal. NSAID's en misoprostol hadden geen effect op de pijn tijdens plaatsing. De resultaten van pijnmedicatie na plaatsing waren tegenstrijdig [Allen 2009].

Beïnvloeding insertie
Misoprostol 'verzacht' de cervix, wat de insertie eenvoudiger zou kunnen maken. In een RCT (n = 80) kregen vrouwen een uur voor plaatsing van een koperspiraal of misoprostol (400 microg sublinguaal) en diclofenac 100 mg oraal of alleen diclofenac 100 mg. In de misoprostol groep waren er minder moeilijker inserties (3 versus 6) en waren er meer makkelijker inserties (29 versus 22, p = 0,039). In de misoprostolgroep werden meer bijwerkingen (rillingen) gerapporteerd [Saav 2007].

In een ander RCT (n = 200) werd onderzocht of misoprostol 400 mg vaginaal effect had op het percentage succesvolle inserties. Echter in beide groepen waren weinig mislukte plaatsingen en waren er meer bijwerkingen (vasovagale reactie) in de misoprostolgroep [Dijkhuizen 2010]. Of misoprostol effectief is na falen van eerdere insertie is niet onderzocht.
Conclusie: NSAID's zijn niet effectief voor bestrijding van pijn tijdens plaatsing. NSAID's zijn effectief voor de behandeling van menstruatiepijn en het is daarom te verwachten dat NSAID's effectief zijn na plaatsing. De werkgroep adviseert daarom de mogelijkheid voor pijnstilling te bespreken met de patiënte en eventueel al te geven vóór plaatsing zodat er na plaatsing een goede bloedspiegel is. Er is geen plaats voor het standaard geven van misoprostol.

43 Profylactisch antibiotica bij plaatsing spiraal

In een systematisch review is gekeken naar het effect van het profylactisch geven van antibiotica voor insertie van een spiraal. Zes RCT's van goede kwaliteit werden geïncludeerd. Profylactisch gebruik van doxycycline (200 mg gedurende 3 dagen) of azitromycine (500 mg, één voor insertie) leidde niet tot minder vaak optreden van PID dan placebobehandeling of geen behandeling (OR 0,89; 95%-BI 0,53 tot 1,51). Profylactisch geven van antibiotica voor insertie van een spiraal ging wel gepaard met een kleine reductie van het aantal ongeplande bezoeken aan de arts (OR 0,82; 95%-BI 0,70 tot 0,98). Er was geen effect op het aantal spi-

ralen dat verwijderd werd binnen 90 dagen (OR 1,05; 95%-BI 0,68 tot 1,63) [Grimes 1999].

44 Complicaties tijdens plaatsing spiraal
Tijdens plaatsing kan een vasovagale collaps (0,2%) soms met tonisch-klonische krampen, dan wel bradycardie (1,8%) plaatsvinden [Farmer 2003].

45 Herstel fertiliteit na verwijdering spiraal
Uit een Cochrane-review blijkt dat er geen verschil is, met een relatief risico op een geplande zwangerschap na verwijderen van een hormoonspiraal in vergelijking met het CuT380Ag spiraal van 1,05 (95%-BI 0,83 tot 1,33) na een jaar [French 2000].

46 Anticonceptie en borstvoeding
Hormoonconcentratie in moedermelk bij gebruik van combinatiepreparaten is vergelijkbaar met concentraties tijdens ovulatoire cycli. Theoretisch geeft een combinatiepreparaat postpartum een hoger risico op trombose. Een Cochrane-review (5 onderzoeken, n = 491) heeft het effect van combinatiepreparaten en preparaten met alleen progestageen op borstvoeding onderzocht. Twee onderzoeken die effect van combinatiepreparaten in vergelijking met placebo onderzochten, hadden tegenstrijdige resultaten. Een onderzoek dat effect van een preparaat met alleen progestageen onderzocht, liet geen effect op de hoeveelheid borstvoeding zien. In een onderzoek dat het effect van combinatiepreparaten in vergelijking met preparaten met alleen progestageen onderzocht, was de hoeveelheid borstvoeding minder bij gebruik van combinatiepreparaten. Gedurende de onderzoeksperiode (6 tot 24 weken) nam de gemiddelde hoeveelheid borstvoeding af bij gebruik van combinatiepreparaten (42% van melkvolume) en bij gebruik van preparaten met alleen progestageen (12% van melkvolume). Er waren geen significante verschillen tussen deze groepen wat betreft de samenstelling van melk of groei van het kind.

Echter alle onderzoeken waren van matige kwaliteit en het is de vraag in hoeverre de meetmethode representatief is voor de werkelijk gegeven borstvoeding [Truitt 2010].

Een systematische review onderzocht het effect van combinatiepreparaten op borstvoeding. Er werden 8 artikelen gevonden (4 RCT's en 4 observationele onderzoeken) van 6 trials. De onderzoeken waren zeer divers van opzet. Zo werden er verschillende soorten pillen (30 tot 50 microg oestrogeen) en uitkomstmaten gebruikt. Ook waren er wisselende startmomenten (1 tot 90 dagen postpartum). De resultaten waren inconsistent. Bij sommige onderzoeken was er een effect op de groei van het kind, of staakten vrouwen eerder met borstvoeding bij gebruik van een pil. Bij andere onderzoeken was er geen enkel effect op de duur van het geven van borstvoeding of groei. Concluderend zijn er inconsistente resultaten en is het niet aangetoond dat combinatiepreparaten een effect hebben op borstvoeding en in welke mate [Kapp 2010b]. Over de vaginale ring en pleister zijn nog onvoldoende gegevens bij borstvoeding bekend.

Een andere systematische review onderzocht het effect van preparaten met alleen progestageen op borstvoeding. Er werden 43 artikelen geïncludeerd (5 RCT's en 38 observationele onderzoeken) die diverse methoden onderzochten, zoals de prikpil, implantatiestaafje en pil met alleen progestageen. De onderzoeken waren vaak van matige kwaliteit. Methoden met alleen progestageen hadden geen nadelig effect op de hoeveelheid borstvoeding of groei van het kind [Kapp 2010a].
Conclusie: preparaten met alleen progestageen hebben waarschijnlijk geen effect op de hoeveelheid borstvoeding en kunnen daarom geadviseerd worden aan vrouwen die borstvoeding geven. Het effect van combinatiepreparaten op borstvoeding is minder onderzocht. Mogelijk is er een nadelig effect op de hoeveelheid borstvoeding, maar de uitkomsten zijn inconsistent en het is onduidelijk in hoeverre dit effect klinisch relevant is. De groei van het kind wordt niet nadelig beïnvloed. Langetermijneffecten van beide methoden zijn onbekend. De werkgroep vindt dat er onvoldoende bewijs is om combinatiepreparaten te ontraden.

Andere (niet-hormonale) anticonceptiemethoden zoals het condoom, vrouwencondoom en pessarium zijn ook goede mogelijkheden tijdens lactatie.

47 De overgang en anticonceptie
In het algemeen kan gesteld worden dat na het 55e levensjaar geen anticonceptie meer nodig is. Er zijn ook vrouwen die geen hormonale anticonceptie op hun 55e gebruiken en nog wel menstrueren. Anticonceptie is dan nog wel wenselijk. Gezien de toename van bijwerkingen bij langdurig gebruik en hogere leeftijd is het de vraag in hoeverre het wenselijk is om nog combinatiepreparaten (risico hart- en vaatzieken en mammacarcinoom, in verband met relatie hormoonsuppletietherapie en mammacarcinoom) of de prikpil (langdurige amenorroe) te gebruiken na het 50e levensjaar. Een alternatief is om methoden te gebruiken die alleen progestageen bevatten zoals de pil met alleen progestageen, implantaat, spiraal met levonorgestrel of een barrièremethode [Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare 2010]. Betrouwbare zwangerschapsgegevens van vrouwen boven de 50 (inclusief abortussen, miskramen, voldragen zwangerschap met al dan niet gebruik van anticonceptie) ontbreken. Op basis van consensus is besloten om een vrouw van 52 jaar of ouder geen anticonceptie meer te adviseren, mits de vrouw over de risico's is voorgelicht: zoals uitleg dat risico niet nul is, als de vrouw nog perimenopauzaal is en er mogelijk nog ovulaties zijn, frequentie seksueel contact, bespreking andere methoden zoals condoom tijdens afwachting terugkeer cyclus.
Conclusie: omdat de menopauze alleen anamnestisch retrospectief is vast te stellen, is het geven van een advies voor het gebruik van anticonceptie in de perimenopauze niet eenvoudig. De huisarts weegt samen met de patiënt diverse mogelijkheden af, zoals voorkeur van methode, overgangsklachten, risico op bijwerkingen en risico op zwangerschap, om zo tot een passend advies te komen.

48 Noodanticonceptie
In Nederland heeft één op de vijf vrouwen de morning-afterpil ooit gebruikt [Bakker 2010]. Er zijn diverse morning-aftermethoden beschikbaar, zoals levonorgestrel, ulipristalacetaat en het koperspiraal.

Levonorgestrel onderdrukt de ovulatie en voorkomt implantatie in het endometrium. Als innesteling heeft plaatsgevonden, is het endometrium niet meer effectief. Ulipristalacetaat remt of stelt de ovulatie uit.

Levonorgestrel
Von Herzen et al. vergeleken een drietal morning-aftermethoden bij 4136 vrouwen die tot vijf dagen na een onbeschermde coïtus een morning-aftermethode wensten. Zij kregen dubbelblind en gerandomiseerd 10 mg mifepriston (niet in Nederland geregistreerd), 1,5 mg levonorgestrel of tweemaal 0,75 mg levonorgestrel met een interval van 12 uur. De primaire uitkomstmaat was een onbedoelde zwangerschap. Het bleek dat de zwangerschapskans in de mifepristongroep en in de eenmalig gedoseerde levonorgestrelgroep 1,5% was. Als levonorgestrel in twee doseringen werd gegeven was de kans 1,8%. Het verschil was niet statistisch significant [Von Hertzen 2002]. Een meta-analyse van het onderzoek van Von Hertzen et al. en een ander onderzoek (totaal n = 5296) liet zien dat er geen statistisch significant verschil was in het voorkomen van het aantal zwangerschappen bij de twee verschillende doseringsschema's (RR 0,77; 95%-BI 0,45 tot 1,30). Er waren ook geen verschillen tussen de beide groepen wat betreft bijwerkingen, behalve dat er meer hoofdpijn werd gerapporteerd in de eenmalige doseringsgroep (RR 1,23; 95%-BI 1,04 tot 1,47) [Cheng 2008].

Ulipristalacetaat (CDB-2914)
Ulipristalacetaat is een tweedegeneratieprogesteronreceptor modulator. In een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek werd de effectiviteit van ulipristalacetaat vergeleken met levonorgestrel tot 72 uur na onbeschermd seksueel contact (dus niet vijf dagen). Het percentage zwangeren was in de levonorgestrelgroep hoger, maar het verschil was niet statistisch significant (RR 1,86; 95%-BI 0,75 tot 4,64) [Cheng 2008].

In een gerandomiseerd enkelblind *non-inferiority* onderzoek bij 2221 vrouwen werd de effectiviteit van 30 mg ulipristalacetaat vergeleken met 1,5 mg levonorgestrel. Bij vrouwen die zich presenteerden na 72 uur, werd in eerste instantie een koperspiraal aangeboden, bij een aanwezige contra-indicatie werd ulipristalacetaat aangeboden. Ulipristalacetaat was in dit onderzoek niet minder werkzaam dan levonorgestrel tussen 0 en 72 uur na onbeschermd contact. Tussen 72 en 120 uur gebruikten 203 vrouwen noodanticonceptie (ulipristalacetaatgroep n = 97, levonorgestrelgroep n = 106), waarbij 3 zwangerschappen optraden in de levonorgestrelgroep. Tussen 72 tot 120 uur zijn er onvoldoende gegevens om het risico op zwangerschap te beoordelen [Glasier 2010].

Koperspiraal
Uit een Cochrane-review bleek dat de effectiviteit van een koperspiraal als morning-aftermethode alleen in een klein gerandomiseerd onderzoek (n = 285) is onderzocht in vergelijking met 50 mg mifepriston. Er was 1 zwangerschap in de mifepristongroep (1/190). Uit een aantal niet-gerandomiseerde onderzoeken is gebleken dat een koperspiraal effectief is als morning-aftermethode (3 zwangerschappen/3470 vrouwen, failure rate 0,09%) [Cheng 2008]. In een niet-systematische review van niet-gerandomiseerde onderzoeken werd voor het koperspiraal als morning-aftermethode een *failure rate* van ongeveer 1% genoemd [Anonymus 2006].

Vergeten van één of meerdere pillen
In een systematische review (20 onderzoeken, n = 556) werd onderzocht of het vergeten van een pil tot ovulatie leidt. De criteria voor ovulatie waren in de onderzoeken verschillend. In 3 onderzoeken werd tevens gekeken naar andere voorwaarden voor het ontstaan van een bevruchting en zwangerschap (doorgankelijk cervixslijm, secretoir endometrium). Hoewel er wel kritiek op de onderzoeken mogelijk is, wijzen zij zonder uitzondering in dezelfde richting: bij het vergeten van één of twee pillen blijft het risico op zwangerschap minimaal [World Health Organization 2004]. De WHO adviseert om bij het vergeten van 1 of 2 sub50-pilen en 1 sub30-pil de vergeten pil zo snel mogelijk in te nemen. Aanvullende maatregelen zijn niet nodig. Pas als het aantal vergeten pillen 3 of meer bedraagt (in het geval van sub30-pillen), adviseert de WHO in alle gevallen aanvullende maatregelen, zowel in de eerste, de tweede en de derde week. Echter als vrouwen om advies vragen in verband met het vergeten van pillen, zal het vrijwel altijd om één pil gaan. Het risico op zwangerschap is dan dermate klein dat het verder verkleinen hiervan door het gebruik van noodanticonceptie tot overbehandeling zou leiden. Bij het vergeten van één pil voldoen de WHO-adviezen. Gaat het om twee pillen in de eerste week en met name aan het begin van de strip, dan blijft het NHG-advies voorzichtiger dan het WHO-advies.
Conclusie: na onbeschermd seksueel contact wordt 1,5 mg levonorgestrel (tot maximaal 72 uur na het contact) of een koperspiraal (tot maximaal 120 uur na het contact) geadviseerd. Er zijn geen redenen om ulipristalacetaat te verkiezen boven levonorgestrel. Vanwege onvoldoende onderzoeksresultaten na 3 tot 5 dagen wordt in deze periode ulipristalacetaat niet aanbevolen als morning-afterpil. In die situatie is een koperspiraal eerste keus.

49 Libido
Bron: in een gerandomiseerd onderzoek wordt de seksuele beleving van de vrouw en partner vergeleken tussen vrouwen met de vaginale hormonale ring (n = 26), een oraal anticonceptivum (20 microg ethinylestradiol en 150 microg desogestrel, n = 25) en vrouwen zonder hormonale anticonceptie (n = 25) [Guida 2005]. De gemeten uitkomsten zijn: de seksuele beleving van de vrouw en de man (gemeten via een vragenlijst) en het aantal keren dat er seksueel contact plaatsvindt per week. De meetmomenten vinden plaats op baseline en na drie en zes maanden.
Bewijs: na drie maanden was er een algehele verbetering in seksueel functioneren te zien in de vaginale ring- en orale anticonceptiegroep ten opzichte van de controlegroep (plezier aan seks, angst, frequentie en intensiteit van het orgasme, tevredenheid, seksuele interesse). Na zes maanden was er geen verdere verandering te zien. De frequentie van het seksueel contact nam toe in beide groepen na drie en zes maanden ten opzichte van de controlegroep. Na zes maanden bedroeg de wekelijkse frequentie in de vaginale ringgroep en orale anticonceptiegroep ten opzichte van de controlegroep respectievelijk 4,4 ± 1,8 en 4,5 ± 0,8 versus 3,0 ± 1,0, $p < 0,001$).
Commentaar: er is afgeweken van het intention-to-treatprincipe. Het is een klein onderzoek en er worden veel punten vergeleken waardoor de kans op toevalsbevindingen wordt vergroot. De uitkomsten zijn echter wel redelijk consistent. De controlegroep is niet gerandomiseerd, maar willekeurig gekozen uit een groep die geen hormonen wilden gebruiken. Dit is waarschijnlijk geen groot probleem want de vrouwen waren vergelijkbaar op baseline, ook qua seksuele beleving. Eventuele sponsoring is onduidelijk.
Conclusie: in dit onderzoek hebben de vaginale ring en orale anticonceptie geen negatief effect op de seksuele beleving van de vrouw en haar partner vergeleken met een controlegroep. De bewijskracht is zwak.
Overweging: libidoverlies wordt soms toegeschreven aan het gebruik van hormonale anticonceptie. Deze hypothese is niet in dit onderzoek bevestigd. Wel is de klinische relevantie van de uitkomstmaten onduidelijk.
Aanbeveling: er is weinig goed onderzoek naar het effect van de pil op het libido. Aan de vrouw kan uitgelegd worden dat er geen bewijs is dat de vaginale ring en orale anticonceptie een negatief effect hebben op seksualiteit (zwakke aanbeveling, zwakke bewijskracht; 2C).

50 Transvaginale echo na plaatsing spiraal
In een tweedelijns prospectief onderzoek uitgevoerd in Leiden (n = 195) is gekeken of het nodig om direct na plaatsing en na zes weken de positie te controleren met echografisch onderzoek. De kans op een verkeerde positie zonder klinische verdenking was heel klein (negatief voorspellende waarde respectievelijk direct en na zes weken is 0,98 en 1,00). Een gecompliceerde insertie was een voorspeller voor incorrecte positie [de Kroon 2003]. Bij een onderzoek werd de positie van een TCu-380A spiraal bij 214 vrouwen gecontroleerd middels echografie, direct na plaatsing en na 90 dagen. Van de 214 spiralen waren 17 niet optimaal geplaatst. Na 90 dagen waren 11 daarvan alsnog in goede positie terecht gekomen, en zaten 21 spiralen niet optimaal, bij slechts 6 daarvan was dit dus direct na plaatsing zichtbaar [Faundes 2000].
Conclusie: het is niet nodig om routinematig een transvaginale echo te maken ter controle van de positie van het spiraal. Indien de arts twijfelt aan de juistheid van de positie, vooral na een gecompliceerde insertie, is een transvaginale echo zinvol.

51 Teratogeniciteit
Een causale associatie tussen het gebruik van hormonale anticonceptie (combinatiepreparaat of methode met alleen progestagenen) en teratogeniciteit is niet gevonden [Brent 2005, Lareb 2011, Penney 2006, World Health Organization 2010].

52 Immunosuppressie en hormonale anticonceptie
Bij de volgende groepen patiënten is dit onderwerp van toepassing: patiënten waarbij het immuunsysteem is aangetast vanwege een ziekte (zoals AIDS), immuunsuppressieve patiënten die geneesmiddelen (zoals antivirale middelen) gebruiken die een interactie met hormonale anticonceptiva kunnen hebben, patiënten die immunosuppressiva gebruiken (zoals na een transplantatie) die een interactie met hormonale anticonceptiva kunnen hebben.

Zo wordt het immunosuppressieve tacrolimus, dat gebruikt wordt bij transplantatiepatiënten, via CYP3A levenenzymen gemetaboliseerd, waardoor een interactie kan ontstaan met steroïden zoals oestrogenen en progestagenen [Belle 2002]. Daarom wordt aan vrouwen die dit middel gebruiken, een niet-hormonale methode geadviseerd. Andere neveneffecten als gevolg van transplantatie (bijvoorbeeld hypertensie en leverfunctiestoornissen) dienen apart te worden beoordeeld.

Omdat informatie over deze problematiek snel kan veranderen, wordt de lezer aangeraden om de richtlijnen van de World Health Organization te volgen [World Health Organization 2010].

LITERATUUR

Bij verwijzingen naar NHG-producten zie www.nhg.org.

1 Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. Thromb Haemost 2003;89:493-8.
2 Ahrendt HJ, Makalova D, Parke S, Mellinger U, Mansour D. Bleeding pattern and cycle control with an estradiol-based oral contraceptive: a seven-cycle, randomized comparative trial of estradiol valerate/dienogest and ethinyl estradiol/levonorgestrel. Contraception 2009;80:436-44.
3 Allen RH, Bartz D, Grimes DA, Hubacher D, O'Brien P. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database Syst Rev 2009;CD007373.
4 Andersson K, Odlind V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. Contraception 1994;49:56-72.
5 Anonymus. IUD's, a new look. Population Reports B-5, 1. Baltimore: John Hopkins University, 1988.
6 Anonymus. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Lancet 1996a;347:1713-27.
7 Anonymus. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet 1996b;348:498-505.
8 Anonymus. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Contraception 1998;57:315-24.
9 Anonymus. FFPRHC Guidance (April 2006). Emergency contraception. J Fam Plann Reprod Health Care 2006;32:121-8.
10 Anonymus. Estradiol + dienogest. Oral contraception: estradiol does not provide a therapeutic advantage. Prescrire Int 2010;19:65-7.
11 Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodhill A, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. Lancet 2007;370:1609-21.
12 Atthobari J, Gansevoort RT, Visser ST, De Jong PE, De Jong-van den Berg LT. The impact of hormonal contraceptives on blood pressure, urinary albumin excretion and glomerular filtration rate. Br J Clin Pharmacol 2007;63:224-31.
13 Back DJ, Grimmer SF, Orme ML, Proudlove C, Mann RD, Breckenridge AM. Evaluation of Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. Br J Clin Pharmacol 1988;25:527-32.
14 Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab 2005;90:3863-70.
15 Bakker F, De Graaf H, De Haas S, Kedde H, Kruijer H, Wijsen C. Seksuele gezondheid in Nederland 2009. Utrecht: Rutgers Nisso Groep, 2010.
16 Baxter K. Stockley's drug interactions: a source book of interactions, their mechanisms, clinical importance and management. 8th ed. London/Chicago: Pharmaceutical Press, 2008.
17 Belle DJ, Callaghan JT, Gorski JC, Maya JF, Mousa O, Wrighton SA, et al. The effects of an oral contraceptive containing ethinyloestradiol and norgestrel on CYP3A activity. Br J Clin Pharmacol 2002;53:67-74.
18 Beral V, Doll R, Hermon C, Peto R, Reeves G. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. Lancet 2008;371:303-14.
19 Berenson AB, Rahman M. Changes in weight, total fat, percent body fat, and central-to-peripheral fat ratio associated with injectable and oral contraceptive use. Am J Obstet Gynecol 2009;200:329-8.
20 Bilian X. Intrauterine devices. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002;16:155-68.
21 Brent RL. Nongenital malformations following exposure to progestational drugs: the last chapter of an erroneous allegation. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2005;73:906-18.
22 Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. Eur J Contracept Reprod Health Care 2003;8:150-5.
23 CBG-MEB. Geneesmiddeleninformatiebank (2008). http://www.cbg-meb.nl/CBG/nl/people/geneesmiddeleninformatiebank/default.htm.
24 Cheng L, Gulmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev 2008;CD001324.
25 Chi I. What we have learned from recent IUD studies: a researcher's perspective. Contraception 1993;48:81-108.
26 Christensen J, Petrenaite V, Atterman J, Sidenius P, Ohman I, Tomson T, et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. Epilepsia 2007;48:484-9.
27 Commissie Farmaceutische Hulp. Farmacotherapeutisch Kompas 2008. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2008.
28 Cook LA, Pun A, Van Vliet H, Gallo MF, Lopez LM. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD004112.
29 Cox M, Tripp J, Blacksell S. Clinical performance of the levonorgestrel intrauterine system in routine use by the UK Family Planning and Repro-

ductive Health Research Network: 5-year report. J Fam Plann Reprod Health Care 2002;28:73-7.
30 Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study. BMJ 1989;298:165-8.
31 De Graaf A. Geboorteregeling in 2008. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009.
32 De Graaf L. Meldingen aan Lareb over mogelijke systemische effecten bij gebruik van het hormoon bevattende IUD Mirena. Tijdschr Huisartsgeneeskd 2002;4:134-7.
33 De Kroon CD, Van Houwelingen JC, Trimbos JB, Jansen FW. The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study. Hum Reprod 2003;18:2323-7.
34 Diaz J, Bahamondes L, Diaz M, Marchi N, Faundes A, Marini M. Evaluation of the performance of the copper T380A IUD up to ten years. Is this IUD a reversible but potentially permanent method? Adv Contracept 1992;8:275-80.
35 Dickinson BD, Altman RD, Nielsen NH, Sterling ML. Drug interactions between oral contraceptives and antibiotics. Obstet Gynecol 2001;98:853-60.
36 Dijkhuizen K, Dekkers OM, Holleboom CA, De Groot CJ, Hellebrekers BW, Van Roosmalen GJ, et al. Vaginal misoprostol prior to insertion of an intrauterine device: an RCT. Hum Reprod 2011;26:323-9.
37 Dinger JC, Heinemann LA, Kuhl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. Contraception 2007;75:344-54.
38 Dogterom P, Van den Heuvel MW, Thomsen T. Absence of pharmacokinetic interactions of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing with oral amoxicillin or doxycycline in two randomised trials. Clin Pharmacokinet 2005;44:429-38.
39 Edelman AB, Carlson NE, Cherala G, Munar MY, Stouffer RL, Cameron JL, et al. Impact of obesity on oral contraceptive pharmacokinetics and hypothalamic-pituitary-ovarian activity. Contraception 2009;80:119-27.
40 Edelman AB, Gallo MF, Jensen JT, Nichols MD, Schulz KF, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2005;CD004695.
41 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Contraception for women aged over 40 years (2010). http://www.fsrh.org/pdfs/ContraceptionOver40July10.pdf.
42 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Drug interactions with hormonal contraception (2011). http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceDrugInteractionsHormonal.pdf.
43 Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. Lancet 1992;339:785-8.
44 Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications: can they be predicted? J Fam Plann Reprod Health Care 2003;29:227-31.
45 Faundes D, Perdigao A, Faundes A, Bahamondes L, Petta CA. T-shaped IUDs accommodate in their position during the first 3 months after insertion. Contraception 2000;62:165-8.
46 Fleischer K, Van Vliet HA, Rosendaal FR, Rosing J, Tchaikovski S, Helmerhorst FM. Effects of the contraceptive patch, the vaginal ring and an oral contraceptive on APC resistance and SHBG: a cross-over study. Thromb Res 2009;123:429-35.
47 French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, et al. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD001776.
48 French RS, Cowan FM, Mansour D, Higgins JP, Robinson A, Procter T, et al. Levonorgestrel-releasing (20 microgram/day) intrauterine systems (Mirena) compared with other methods of reversible contraceptives. BJOG 2000;107:1218-25.
49 Gaffield ME, Culwell KR, Ravi A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. Contraception 2009;80:372-80.
50 Gaffield ME, Culwell KR, Lee CR. The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. Contraception 2011;83:16-29.
51 Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF. Cervical cap versus diaphragm for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2002;CD003551.
52 Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Database Syst Rev 2008a;CD003987.
53 Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. 20 microg versus > 20 microg estrogen combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2008b;CD003989.
54 Gareen IF. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease. Curr Womens Health Rep 2003;3:280-7.
55 Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. Lancet 2010;375:555-62.
56 Goudswaard AN, In 't Veld GH, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten/Utrecht: Prelum Uitgevers, 2009.
57 Grimes D, Schulz K, Van Vliet H, Stanwood N. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev 2001;CD003036.
58 Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD001777.
59 Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a metaanalysis of the randomized controlled trials. Contraception 1999;60:57-63.
60 Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. Lancet 2000;356:1013-9.
61 Grimes DA, Lopez L, Raymond EG, Halpern V, Nanda K, Schulz KF. Spermicide used alone for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2005;CD005218.
62 Guida M, Di Spiezio SA, Bramante S, Sparice S, Acunzo G, Tommaselli GA, et al. Effects of two types of hormonal contraception – oral versus intravaginal – on the sexual life of women and their partners. Hum Reprod 2005;20:1100-6.
63 Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations. BMJ 2008a;336:1049-51.
64 Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Onso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008b;336:924-6.
65 Haile RW, Thomas DC, McGuire V, Felberg A, John EM, Milne RL, et al. BRCA1 and BRCA2 mutation carriers, oral contraceptive use, and breast cancer before age 50. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15:1863-70.
66 Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. BMJ 2007;335:651.
67 Hannaford PC, Iversen L, Macfarlane TV, Elliott AM, Angus V, Lee AJ. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. BMJ 2010;340:c927.
68 Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? Contraception 2003;67:53-6.
69 Heinemann LA, Lewis MA, Thorogood M, Spitzer WO, Guggenmoos-Holzmann I, Bruppacher R. Case-control study of oral contraceptives and risk of thromboembolic stroke: results from International Study on Oral Contraceptives and Health of Young Women. BMJ 1997;315:1502-4.
70 Holman CD, Wisniewski ZS, Semmens JB, Rouse IL, Bass AJ. Population-based outcomes after 28,246 in-hospital vasectomies and 1,902 vasovasostomies in Western Australia. BJU Int 2000;86:1043-9.
71 Hunter DJ, Colditz GA, Hankinson SE, Malspeis S, Spiegelman D, Chen W, et al. Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010;19:2496-502.
72 Iodice S, Barile M, Rotmensz N, Feroce I, Bonanni B, Radice P, et al. Oral contraceptive use and breast or ovarian cancer risk in BRCA1/2 carriers: a meta-analysis. Eur J Cancer 2010;46:2275-84.
73 Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, Ross D, Kaunitz AM. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. Contraception 2004;70:269-75.
74 Jick SS, Kaye JA, Russmann S, Jick H. Risk of nonfatal venous thromboembolism with oral contraceptives containing norgestimate or desogestrel compared with oral contraceptives containing levonorgestrel. Contraception 2006;73:566-70.
75 Jick SS, Hernandez RK. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. BMJ 2011;342:d2151.
76 Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. Mayo Clin Proc 2006;81:1290-302.
77 Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2010a;82:17-37.
78 Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2010b;82:10-6.
79 Kaunitz AM, Darney PD, Ross D, Wolter KD, Speroff L. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. Contraception 2009;80:7-17.
80 Ketting E. The relative reliability of oral contraceptives; findings of an epidemiological study. Contraception 1988;37:343-8.
81 Khader YS, Rice J, John L, Abueita O. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. Contraception 2003;68:11-7.
82 Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Informatorium Medicamentorum. Den Haag: KNMP, 2008.
83 Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, d'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD005347.
84 Kumle M, Weiderpass E, Braaten T, Persson I, Adami HO, Lund E. Use of oral contraceptives and breast cancer risk: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2002;11:1375-81.
85 Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose (2008). http://www.cbo.nl/Downloads/492/rl_stol_09.pdf.
86 Lareb. Geneesmiddelen, Zwangerschap en Borstvoeding. 5e druk. Houten: Stichting Health Base, 2011.
87 Leusink P, Tanis-Nauta M. Seksuele Gezondheidszorg. Deel 2: Handboek Seksualiteit en reproductie. Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding. Bilthoven: RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding, 2008.
88 Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. BMJ 2009;339:b2890.

89 Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. Cochrane Database Syst Rev 2009a;CD006033.
90 Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2009b;CD006586.
91 Lopez LM, Grimes DA, Chen-Mok M, Westhoff C, Edelman A, Helmerhorst FM. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. Cochrane Database Syst Rev 2010a;7:CD008452.
92 Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2010b;3:CD003552.
93 Lopez LM, Edelman A, Chen-Mok M, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives: effects on weight. Cochrane Database Syst Rev 2011;CD008815.
94 Lund E, Bakken K, Dumeaux V, Andersen V, Kumle M. Hormone replacement therapy and breast cancer in former users of oral contraceptives -The Norwegian Women and Cancer study. Int J Cancer 2007;121:645-8.
95 Macaluso M, Blackwell R, Jamieson DJ, Kulczycki A, Chen MP, Akers R, et al. Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse: a randomized clinical trial. Am J Epidemiol 2007;166:88-96.
96 MacClellan LR, Giles W, Cole J, Wozniak M, Stern B, Mitchell BD, et al. Probable migraine with visual aura and risk of ischemic stroke: the stroke prevention in young women study. Stroke 2007;38:2438-45.
97 Narod SA, Dube MP, Klijn J, Lubinski J, Lynch HT, Ghadirian P, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst 2002;94:1773-9.
98 NICE. Hysteroscopic sterilisation by tubal cannulation and placement of intrafallopian implants (2009). http://www.nice.org.uk/guidance/IPG315.
99 Nederlandse Vereniging voor Urologie. Herziene Richtlijn Vasectomie (2005). http://www.nvu.nl/uploads/hb/eN/...S1vw/Vasectomie_nr5_2e.editie1.pdf.
100 Newton J, Tacchi D. Long-term use of copper intrauterine devices. A statement from the Medical Advisory Committee of the Family Planning Association and the National Association of Family Planning Doctors. Lancet 1990;335:1322-3.
101 O'Brien PA, Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2005;CD003282.
102 Palombo-Kinne E, Schellschmidt I, Schumacher U, Graser T. Efficacy of a combined oral contraceptive containing 0.030 mg ethinylestradiol/2 mg dienogest for the treatment of papulopustular acne in comparison with placebo and 0.035 mg ethinylestradiol/2 mg cyproterone acetate. Contraception 2009;79:282-9.
103 Parkin L, Sharples K, Hernandez RK, Jick SS. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. BMJ 2011;342:d2139.
104 Passier JL, Van Puijenbroek EP, Van Grootheest AC. Meldingen bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb van expulsie van een vaginale-anticonceptie-ring (NuvaRing) en van zwangerschap tijdens het gebruik ervan. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148:2033-5.
105 Penney G, Brechin S, Glasier A. Family planning masterclass: evidence-based answers to 1000 questions. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006.
106 Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol 1996;174:1161-8.
107 Peterson HB. Sterilization. Obstet Gynecol 2008;111:189-203.
108 Pomp ER, Le Cessie S, Rosendaal FR, Doggen CJ. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. Br J Haematol 2007;139:289-96.
109 Power J, French R, Cowan F. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD001326.
110 Rahman M, Berenson AB. Predictors of higher bone mineral density loss and use of depot medroxyprogesterone acetate. Obstet Gynecol 2010;115:35-40.
111 Roumen FJ. Meldingen bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb van expulsie van een vaginale-anticonceptie-ring (Nuva Ring) en van zwangerschap tijdens het gebruik ervan. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148:2511-2.
112 Saav I, Aronsson A, Marions L, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of an intrauterine device in nulliparous women: a randomized controlled trial. Hum Reprod 2007;22:2647-52.
113 Samuelsson E, Hagg S. Incidence of venous thromboembolism in young Swedish women and possibly preventable cases among combined oral contraceptive users. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:674-81.
114 Schurks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009;339:b3914.
115 Seeger JD, Loughlin J, Eng PM, Clifford CR, Cutone J, Walker AM. Risk of thromboembolism in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives. Obstet Gynecol 2007;110:587-93.
116 Sitsen JMA, Geurts TBP, Goorissen EM, Coelingh Bennink HJ. Nieuwe orale anticonceptiva: meer kans op ongewenste interacties? Pharmaceutisch weekblad 1993;128:1203-7.
117 Sivin I, El Mahgoub S, McCarthy T, Mishell DR, Jr., Shoupe D, Alvarez F, et al. Long-term contraception with the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the copper T 380Ag intrauterine devices: a five-year randomized study. Contraception 1990;42:361-78.
118 Sivin I, Stern J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 ug/d and the Copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. Fertil Steril 1994;61:70-7.
119 Steen R, Shapiro K. Intrauterine contraceptive devices and risk of pelvic inflammatory disease: standard of care in high STI prevalence settings. Reprod Health Matters 2004;12:136-43.
120 Tacchi D. Long-term use of copper intrauterine devices (letter). Lancet 1990;182.
121 Truitt ST, Fraser AB, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. Cochrane Database Syst Rev 2010;CD003988.
122 Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2004;70:89-96.
123 Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397-404.
124 Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD001329.
125 Van Grootheest K, Sachs B, Harrison-Woolrych M, Caduff-Janosa P, Van Puijenbroek E. Uterine perforation with the levonorgestrel-releasing intrauterine device: analysis of reports from four national pharmacovigilance centres. Drug Saf 2011;34:83-8.
126 Van Houdenhoven K, Van Kaam KJ, Van Grootheest AC, Salemans TH, Dunselman GA. Uterine perforation in women using a levonorgestrel-releasing intrauterine system. Contraception 2006;73:257-60.
127 Van Hylckama V, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. BMJ 2009;339:b2921.
128 Van Hylckama, V, Helmerhorst FM, Rosendaal FR. The risk of deep venous thrombosis associated with injectable depot-medroxyprogesterone acetate contraceptives or a levonorgestrel intrauterine device. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2010;30:2297-300.
129 Van Vliet HA, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Biphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2006a;3:CD002032.
130 Van Vliet HA, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Biphasic versus triphasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2006b;3:CD003283.
131 Van Vliet HA, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Helmerhorst FM. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2006c;3:CD003553.
132 Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Risk of venous thromboembolism with cyproterone or levonorgestrel contraceptives. Lancet 2001;358:1427-9.
133 Veersema S, Vleugels MP, Moolenaar LM, Janssen CA, Brolmann HA. Unintended pregnancies after Essure sterilization in the Netherlands. Fertil Steril 2010;93:35-8.
134 Verduijn MM. Anticonceptiepleisters en hormoonbelasting. Gebu 2008;42:24.
135 Visser J, Snel M, Van Vliet HA. Hormonal versus non-hormonal contraceptives in women with diabetes mellitus type 1 and 2. Cochrane Database Syst Rev 2006;CD003990.
136 Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. Lancet 2002;360:1803-10.
137 Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG). Cervixcarcinoom. Landelijke richtlijn (2010). Oncoline. http://www.oncoline.nl/cervixcarcinoom.
138 WHO Collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. Lancet 1997;349:1202-9.
139 World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use (2009). http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf.
140 World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use (2004). http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf.
141 Zhou L, Harrison-Woolrych M, Coulter DM. Use of the New Zealand Intensive Medicines Monitoring Programme to study the levonorgestrel-releasing intrauterine device (Mirena). Pharmacoepidemiol Drug Saf 2003;12:371-7.

Bij de NHG-Standaard
Anticonceptie

De nieuwe NHG-Standaard Anticonceptie bespreekt naast de hormonale vormen ook andere vormen van anticonceptie. Het is een lijvig document dat vanwege de huisartsgeneeskundige relevantie vraagt om grondige lezing. Met H&W 12 verschijnt verder de LESA Overspanning en burn-out die is geactualiseerd met medewerking van eerstelijnspsychologen. Tot slot vindt u op de NHG-site de herziening van de LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek, een informatief naslagwerk.

NHG-STANDAARD ANTICONCEPTIE

In deze nieuwe standaard zijn de NHG-Standaarden Hormonale anticonceptie en Het spiraaltje samengevoegd en uitgebreid met andere vormen van anticonceptie (zoals de nuvaring, de pleister en het implantatiestaafje). Daarbij valt een aantal zaken op. De standaard beveelt pillen met cyproteron niet meer aan als anticonceptie. Huisartsen met veel allochtonen in hun praktijk zullen desondanks nog regelmatig vraag naar dit preparaat krijgen vanwege de anti-androgene werking bij hirsutisme. Van de vroegere waarschuwingen voor interacties tussen orale anticonceptie en antibiotica blijft alleen het middel rifampicine over, naast leverenzym-inducerende middelen zoals anti-epileptica. Ook bij braken en diarree zijn aanvullende maatregelen nodig. Bij borstvoeding hebben preparaten met alleen gestagenen de voorkeur.

De patiënt kan zelf een keuze maken uit de diverse anticonceptiemiddelen via de website www.kiesbeter.nl of via de nieuwe NHG-publiekswebsite www.thuisarts.nl. Verschillende implementatiematerialen – zoals de NHG-Patiëntenbrieven – zijn aangepast aan de nieuwe standaard. Verder komt in het voorjaar van 2012 een PIN over anticonceptie uit. Daarnaast is er over dit onderwerp onderwijsmateriaal beschikbaar voor toetsgroepen en voor praktijkassistentes (zie www.nhg.org/toetsgroepen).

LESA OVERSPANNING EN BURN-OUT

De LESA Overspanning uit 2005 beschreef de afspraken tussen bedrijfsartsen en huisartsen. Deze herziene versie beschrijft ook de rol van psychologen bij overspanning en vooral bij burn-out. Voor de diagnose overspanning geeft de LESA handvatten aan de hand van de 4DKL-vragenlijst, die voor de individuele huisarts vrij beschikbaar is als hij zich registreert als gebruiker (zie www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp). Bij de behandeling geeft de LESA duidelijke procescontingente stappen aan en ook wanneer de bedrijfsarts moet worden ingeschakeld en wanneer de psycholoog. Er zijn communicatieformulieren beschikbaar en een uitgebreide lijst met websites over het maken van afspraken. Ten slotte waarschuwt de LESA: laat de patiënt niet de boodschapper zijn tussen bedrijfsarts, huisarts en psycholoog. Voor de voorlichting aan de patiënt is de geactualiseerde NHG-Patiëntenbrief *Overspanning* beschikbaar.

LESA RATIONEEL AANVRAGEN VAN LABORATORIUMDIAGNOSTIEK

De uitgebreide LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek gaat in op de achtergronden van laboratoriumdiagnostiek, met alle voordelen en beperkingen vandien. Deze LESA is een actualisering van de versie uit 2005 en verschijnt zowel als boekje als online: www.nhg.org.

De LESA sluit aan bij de standaarden. De online versie van de LESA zal als 'levende' richtlijn continu actueel gehouden worden bij het verschijnen van nieuwe standaarden en herziening van bestaande standaarden.

De LESA geeft een overzicht van de specificaties van de verschillende tests, zoals de sensitiviteit, de specificiteit, de foutpositieve en foutnegatieve uitkomsten. Deze LESA is vooral bedoeld als naslagwerk en voor onderwijsdoeleinden om de huisarts bewust te maken van de toegevoegde waarde van laboratoriumonderzoek bij de diagnostiek in de eerste lijn. Zo kan hij hierin steeds een goede keuze kan maken.

H&W biedt ruimte voor de implementatie van onderwerpen die elders in het nummer worden besproken. Louwrens Boomsma vat de NHG-inbreng samen (l.boomsma@nhg.org).

Foto: Jeka84/Shutterstock

Paul van Dijk

Winden laten

INLEIDING

Winden laten is een proces in het lichaam waarbij overtollige lucht/gas via de anus uit het maag-darmkanaal ontsnapt. Mensen kunnen een wind of flatus actief of ongewild laten, wat meestal gepaard gaat met een karakteristiek geluid en een opvallende geur. Gemiddeld laten mensen 14 tot 25 winden per dag. In totaal ontsnapt daarmee dagelijks een halve tot anderhalve liter gas. Het gemiddelde ligt op 700 ml.[1-3] Hoewel er een grote dagelijkse gasproductie is, bevat het maagdarmkanaal tussen de maaltijden door niet meer dan 200 ml gas. In winden zitten minuscule deeltjes ontlasting. Het meeste gas verlaat het lichaam overigens tijdens de defecatie.

Sonja (27 jaar) heeft sinds jaren last van winderigheid. Vooral tijdens haar werk in de boekwinkel ervaart ze het als een groot probleem. Gedurende een werkdag laat ze minimaal dertig winden, na de lunch is het het ergst. Het maakt daarbij niet uit wat ze eet. Ze heeft weinig controle over de winden, ze voelt ze niet aankomen en ze ontglippen haar soms voor ze het door heeft. De winden zijn gelukkig niet te horen, maar wel te ruiken. Ze voelt zich erg ongemakkelijk tegenover haar collega's. Sonja schaamt zich vreselijk omdat het vaak gebeurt in bijzijn van de klant. Bovendien verraadt ze zichzelf doordat ze een hoofd krijgt als een biet. Omdat binnenhouden niet lukt, gaat ze vaak haastig naar het toilet.

Sonja eet gezond. Bij het ontbijt neemt ze extra vezels. Ze merkt dat ze bij spanningen meer last heeft van winden en een opgeblazen gevoel. Sonja denkt erover om haar baan op te zeggen, terwijl ze het werk heel leuk vindt. Op internetsites is ze niet veel wijzer geworden, ze vindt er te veel tegenstrijdige adviezen. Ze gaat naar haar huisarts voor advies.

Samenvatting

Van Dijk P.A. Winden laten. Huisarts Wet 2011;54(12):678-80.

Wanneer iemand meer dan 25 winden per etmaal produceert spreekt men van winderigheid of flatulentie. De winden die het lichaam via de anus verlaten bestaan voor 99% uit reukloze gassen (onder andere stikstof, zuurstof en methaan). De onaangename geur van winden heeft te maken met een geringe hoeveelheid (1%) stinkende gassen (onder andere zwavelwaterstof). Het laten van winden is in onze samenleving ongepast en roept schaamtegevoelens op. Omstanders reageren afkeurend of lacherig. De belangrijkste bron voor winden is de gasvorming in de dikke darm. Bacteriën in de dikke darm breken voedingsmiddelen af (vooral koolhydraten) die niet volledig zijn verteerd in de dunne darm. Bij deze activiteit komen gassen vrij. Zelden heeft winderigheid te maken met een medisch relevante oorzaak. De behandeling bestaat uit leefregels en voedingsadviezen. Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van geneesmiddelen.

Huisartsenpraktijk Ruiterstraat 10, Zaltbommel: P. van Dijk, huisarts • Correspondentie: paul.vandijk@zonnet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Mensen laten dag en nacht winden en er is sprake van een toename na de maaltijden.[3] Wat betreft flatusproductie zien we geen verschil tussen mannen en vrouwen. Naarmate mensen ouder worden neemt het aantal winden toe, wat onder meer het gevolg is van een afname van de hoeveelheid spijsverteringssappen, waardoor voedsel minder goed wordt verteerd. Bovendien neemt de kracht van de bekkenbodemspieren af, waardoor men winden moeilijker kan inhouden. Ook van baby's met buikkrampjes is bekend dat ze opvallend veel windjes laten.

Wanneer iemand meer dan 25 winden per etmaal produceert spreekt men van abnormale winderigheid of flatulentie.[1,4] Uiteraard is dit pas een probleem als iemand of zijn of haar omgeving er hinder van ondervindt.

Darmgassen worden met peristaltische bewegingen door het darmkanaal vervoerd, tot ze uiteindelijk de anus bereiken. Daar bevindt zich een stukje van de dikke darm dat onderscheid kan maken tussen winden en ontlasting, de zogenaamde *sampling*-functie. Bij verlies van dit stukje darm of bij diarree kan er verwarring ontstaan over de uit te voeren taak.

De winden die het lichaam via de anus verlaten bestaan voor 99% uit reukloze gassen: stikstof, zuurstof, methaan (moerasgas), kooldioxide en waterstof.[2,5] Per persoon kunnen de onderlinge verhoudingen van deze gassen sterk uiteenlopen. Niet iedereen beschikt voor zijn of haar winden over methaangas, want de bacteriën die nodig zijn om dit gas te produceren zijn slechts bij een derde deel van de mensen aanwezig. Wel of geen methaanproductie is familiair bepaald.[6] Methaan en waterstof zijn brandbare gassen. Er zijn verschillende medische casus bekend waarbij tijdens elektrochirurgie explosies ontstonden in de dikke darm.[4]

De onaangename geur van winden heeft te maken met een geringe hoeveelheid (1%) stinkende gassen, voornamelijk zwavelverbindingen (zwavelwaterstof, carbonylsulfide, koolstofsulfide, dimethylsufide). Maar ook stoffen als boterzuur, ammoniakgas, skatol en indol dragen bij aan de stank.[7] Wat men eet, bepaalt in sterke mate de geur van winden. Ruikt een wind zurig, dan is er sprake van gisting in de darm door

De kern

- Als iemand meer dan 25 winden per etmaal produceert spreekt men van winderigheid of flatulentie.
- Winden bestaan voor 99% uit reukloze gassen (onder andere stikstof, zuurstof en methaan) en voor 1% uit stinkende gassen (onder andere zwavelwaterstof).
- Het laten van winden is in onze samenleving ongepast en roept schaamtgevoelens op. Omstanders reageren afkeurend of lacherig.
- Zelden heeft winderigheid een medisch relevante oorzaak.
- De behandeling bestaat uit leefregels en voedingsadviezen.

een overmaat aan koolhydraten (suikers, zetmeel). Stinken winden naar rotte eieren, dan komt dat door de vertering van vooral dierlijke eiwitten afkomstig uit vlees, kip of vis. Omdat plantaardige voeding moeilijker te verteren is laten vegetariërs meer winden dan vleeseters. Hun winden stinken echter minder.

Het laten van winden in gezelschap is in onze samenleving ongepast en roept schaamtegevoelens op. Omstanders reageren afkeurend of lacherig. Flatulentie kan aanleiding zijn tot het vermijden van contacten en sociaal isolement. In een onderzoek onder bijna 1000 Nederlanders zegt 70% in het bijzijn van de eigen partner wel een wind te durven laten.[8] In gezelschap van vreemden durft slechts 4% een wind te produceren. In de rij bij de kassa probeert 81% van de vrouwen en 76% van de mannen een wind in te houden. Jongeren generen zich minder voor een ontsnapte wind dan ouderen.

Winderigheid kan vervelend zijn, vooral als er geen controle is over de luchtpassage via de anus. Flatulentie gaat vaak gepaard met een opgezette of onrustige buik, een opgeblazen of vol gevoel, buikkrampen en opboeren, waarbij men het gevoel krijgt dat de hoeveelheid lucht in de buik is toegenomen, hetgeen echter lang niet altijd het geval is.[9] Vaak is de passage van gas in de dunne en dikke darm vertraagd en/of zijn de darmen extra gevoelig voor het trage gastransport. Mensen die last hebben van het prikkelbaredarmsyndroom hebben ook vaak te kampen met winderigheid en een opgeblazen en vol gevoel.

ACHTERGROND

In een normaal functionerend maag-darmkanaal zijn lucht en gas afkomstig uit verschillende bronnen. Bij elke slikbeweging slikt men een kleine hoeveelheid (1-3 ml) lucht (zuurstof en stikstof) in. Het grootste deel hiervan boert men op. De belangrijkste bron voor winden is de gasvorming van bacteriën in de dikke darm. In de dikke darm bevinden zich bacteriën die verantwoordelijk zijn voor de verdere afbraak van voedingsmiddelen (vooral koolhydraten) die in de dunne darm niet of onvolledig zijn verteerd. Daarbij komen reukloze gassen vrij. Groenten met moeilijk verteerbare koolhydraten en onverteerbare suikers, zoals kunstmatige zoetstoffen, veroorzaken extra gasvorming. Verder komt er lucht naar binnen met veel luchtbevattende voedingsmiddelen en koolzuurhoudende dranken.

Er vindt ook een uitgebreide uitwisseling van gassen plaats tussen de darm en de bloedvaten. Gassen vanuit de bloedbaan kunnen naar de darm diffunderen – gasuitwisseling van de darm naar het bloed is een belangrijke route om gas kwijt te raken. Deze gassen verlaten vervolgens het lichaam via de ademhaling.

Wanneer de afvoer van lucht en gas achterblijft bij de aanvoer en productie ontstaan er klachten, zoals een opgeblazen gevoel, opboeren en excessieve winderigheid.

Oorzaken van hinderlijke flatulentie kunnen zijn: overmatig inslikken van lucht, gebruik van bepaalde voedingsmiddelen, een onevenwichtig voedingspatroon en een overmaat aan bacteriën in de dikke darm.

Winderigheid heeft zelden te maken met een medisch relevante oorzaak. Wanneer overmatige winderigheid gepaard gaat met andere verschijnselen, zoals gewichtsverlies, hevige buikpijn, langdurige diarree of bloed bij de ontlasting, kan dit wijzen op een medische aandoening. Voorbeelden van aandoeningen die gepaard gaan met winderigheid zijn obstipatie, het prikkelbaredarmsyndroom, giardiasis, diverticulitis, coeliakie, galstenen, pancreasinsufficiëntie, de ziekte van Crohn en lactasedeficiëntie.

Overmatige flatulentie komt ook voor bij angst, spanning, na een recente bevalling en bij gebruik van bepaalde medicijnen (zie hierna). Vaak is er echter geen oorzaak aanwijsbaar voor hinderlijke flatulentie.

BEHANDELING

De behandeling bestaat vooral uit het geven van gerichte adviezen.

- Het is belangrijk om voldoende tijd te nemen voor het eten. Rustig eten, niet slurpen, niet met volle mond praten en rechtop zitten zorgen ervoor dat men niet te veel lucht inslikt.[3]
- Het is verstandig om goed te kauwen en frequent kleine maaltijden te nemen. Het spijsverteringskanaal is dan in staat om het voedsel te verteren.[3]
- Van bepaalde voedingsmiddelen is bekend dat zij extra gasvorming kunnen geven. Dit kunnen echter voor ieder persoon weer andere producten zijn. Voedingsmiddelen die bij een groot aantal mensen veel lucht produceren zijn bonen, radijs, koolsoorten, spruiten, knoflook, uien, pepers en onrijp fruit.[3,10]
- Over het gebruik van extra vezels bestaat geen eenstemmigheid. Toevoeging van vezels aan de dagelijkse maaltijden geeft bij sommige mensen een afname van de winderigheid. Bij anderen verergert deze juist. Het geleidelijk opvoeren van het aantal vezels vormt hierbij een oplossing.[1,11] Na zes tot acht weken neemt de gasvorming af. Het is in elk geval belangrijk om obstipatie te voorkomen.
- Stoppen met drinken van koolzuurhoudende dranken (bier, champagne, frisdranken) en voedingsmiddelen die veel lucht bevatten, zoals appels (25% lucht), vers brood, ijsjes en slagroom, is een advies dat algemene instemming geniet.[3]

Abstract

Van Dijk P.A. Flatulence. Huisarts Wet 2011;54(12):678-80.

A person who breaks wind more than 25 times a day is considered to suffer from flatulence. Wind consists for 99% of odourless gases (such as nitrogen, oxygen, and methane) – its unpleasant smell comes from a small proportion (1%) of malodourous gases (such as hydrogen sulphide). Passing wind is considered 'not done' in our society and causes feelings of shame and embarrassment. Bystanders react with disapproval or laughter. The main source of wind is gas formation in the large intestine, during the further digestion by resident bacteria of food (mainly carbohydrates) that has been incompletely digested in the small intestine. Flatulence rarely has a medically relevant cause and is treated by means of dietary advice and lifestyle changes. There is insufficient evidence that drugs are effective.

- Light-producten zijn vaak gezoet met zoetstoffen (sorbitol en dergelijke). De dunne darm breekt deze stoffen niet af, waardoor ze onverteerd in de dikke darm terechtkomen. Daar zorgen bacteriën voor vergisting en daarmee voor extra winderigheid. Ook fructose in fruit en vruchtensappen is minder goed verteerbaar.
- Mensen met een lactose-intolerantie kunnen melkproducten niet goed afbreken, waardoor er veel extra gas ontstaat. Als men deze producten (deels) weglaat, kan het aantal winden afnemen.
- Het kan helpen om een voedingsdagboek bij te houden. Om ervoor te zorgen dat de voeding gezond en gevarieerd blijft kan men een bezoek aan de diëtiste overwegen. In overleg met haar kan men ook kiezen voor een koolhydraatarme voeding. Bij sommige mensen kan deze de windfrequentie aanzienlijk doen afnemen.[3]
- Begeleiding door een logopedist is een goede keuze wanneer er sprake is van een verkeerde sliktechniek bij het eten en/of praten.[3]
- Het is aan te raden flatulentie veroorzakende medicamenten te vermijden. Deze bijwerking is vooral bekend bij codeïne, laxeermiddelen, en acarbose (glucobay). Ook zuiveringszout (natriumwaterstofcarbonaat) geeft een sterke koolzuurgasontwikkeling in het maag-darmkanaal.
- Omdat er door roken extra lucht in de maag komt en kauwgom kauwen het inslikken van lucht bevordert, is het ter voorkoming van flatulentie beter om niet te roken en geen kauwgom te gebruiken.[7] Men kan beter niet door een rietje drinken.
- Over sporten en bewegingsactiviteiten als advies bij overmatige winderigheid bestaat verschil van mening.[3] Sommigen beweren dat ze er baat bij hebben.

De volgende medicamenten worden in de literatuur genoemd als mogelijke therapie bij flatulentie: de middelen worden in de literatuur beschreven als therapie maar omdat dit vaak op zeer dubieuze gronden plaatsvindt zou ik niet durven beweren dat ze als zodanig gebruikt kunnen worden: anticholinergica, metoclopramide, domperidon, neostigmine, pyridostigmine (mestinon), mebeverine (duspatal), sedativa, dimeticon (polisilane), pinaverium, rifamycin, metronidazol en natriumbicarbonaat.

Dimeticon is geregistreerd voor de indicatie flatulentie. Het verlaagt de oppervlaktespanning van de darmwand, waardoor luchtbellen oplossen. Het is zonder recept te koop onder de naam Aeropax. Ook rennie deflatine bevat dimeticon, in combinatie met calciumcarbonaat en magnesiumcarbonaat. Chlorofyl, een bestanddeel van veel zelfzorgmiddelen, en koolstoftabletten verminderen de flatulentie niet, maar helpen wel tegen de onaangename geur.

Men past ook verschillende probiotica toe bij winderigheid (onder andere *Lactobacillus*, *Bifidobacteria*, *Acidophilus*). Deze veranderen de bacteriële verhoudingen in de dikke darm. De toegediende bacteriën kunnen de groei van onvriendelijke dikkedarmbacteriën verdringen en onderdrukken. Dit kan een gunstig effect hebben op de flatulentie.[12]

EVIDENCE

De effecten van bovenstaande adviezen worden niet door wetenschappelijk onderzoek gesteund. Dit geldt ook voor de genoemde medicatie. Alleen voor dimeticon, toegepast bij dyspeptische klachten, is een gecontroleerd onderzoek beschreven.[13] Het betreft een RCT waarin men dimeticon onderzocht in combinatie met geactiveerde kool- en magnesiumoxide. Aan het onderzoek namen 276 patiënten deel, die het spreekuur van de huisarts bezochten met functionele dyspeptische klachten. Het gunstige effect op onder andere gasvorming in de buik was in de onderzoeksgroep significant hoger dan in de controlegroep. Wat het effect van dimeticon puur is, blijft hiermee onduidelijk. Bovendien is de klacht gasvorming in de buik niet hetzelfde als de klacht flatulentie.

In het kader van een andere RCT heeft men het effect van probiotica (*Lactobacillus rhamnosus*) onderzocht. Negentien patiënten met overmatige gasvorming doorliepen twee behandelingstrajecten, één met probiotica en één met een placebo. In de onderzoeksgroep was er een gunstig effect op de flatulentie bij 13 van de 19 patiënten, terwijl men in de placebogroep maar bij 7 patiënten een effect vond.[12] Ik heb geen andere gecontroleerde onderzoeken gevonden.

KEUZE

Omdat er geen goed onderbouwde medicamenteuze therapieën zijn, bestaat de belangrijkste behandeling bij overmatig winden laten uit leefregels en voedingsadviezen. Men kan overwegen om bij de behandeling van overmatige flatulentie dimeticon en probiotica te gebruiken. ■

LITERATUUR

1 Tomlin J, Lowis C, Read NW. Investigation of normal flatus production in healthy volunteers. Gut 1991;32:665-9.
2 Satish S, Rao SSC. Belching, bloating and flatulence. How to help patients who have troublesome abdominal gas. Postgrad Med 1997;101:263-78.
3 Soekhoe JK, Ganesh S, Griffioen G, Kubben FJGM. Misselijkheid, braken, hikken en winderigheid. Modern Med 2008;1:30-4.
4 Levitt MD, Bond JH. Flatulence. Ann Rev Med 1980;31:127-37.
5 Danzl DF. Flatology. J Emerg Med 1992;10:79-88.
6 De Ru VJ, Van Spronsen R. Onaangename lichaamsgeuren II. Flatulentie. Ned Tijdschr Geneeskd 1986;130:912-4.
7 Suarez F, Springfield J, Levitt M. Identification of gases responsible for the odour of human flatus. Gut 1998;43;100-4.
8 De Graaf T. Laat gaan die wind. Gezond nu 2000;6:15-9.
9 Azpiroz F. Intestinal gasdynamics: mechanisms and clinical relevance. Gut 2005;54:893-5.
10 Van Ness MM, Cattau EL. Flatulence: pathopsychology and treatment. Am Fam Physician 1985;31:198-208.
11 Van der Horst HE, Meijer JS, Muris JWM, Sprij B, Visser FMPB, Romeijnders ACM, et al. NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom. Huisarts Wet 2001;44:58-65.
12 Di Stefano M, Miceli E, Armellini E, Missanelli A, Corazza GR. Probiotics and functional abdominal bloating. J Clin Gastr Enter 2004;38:102-3.
13 Coffin B, Bortolloti C, Bourgeois O, Denicourt L. Efficacy of a simethicone, activated charcoal and magnesiumoxide combination in functional dyspepsia. Clin Res Hepatol Gastroenterol 2011;35:494-9. Epub 2011 Apr 7.

Deze nascholing is een aflevering van de serie 'Genante kwalen'. De afleveringen worden in 2012 gebundeld tot een boek: Paul van Dijk. *Van gêne tot schaamrood.* Houten: Prelum Uitgevers, 2012. Publicatie in *H&W* gebeurt met toestemming van de uitgever.

Jozé Braspenning, Birgit Jansen, Lianne Wennekes

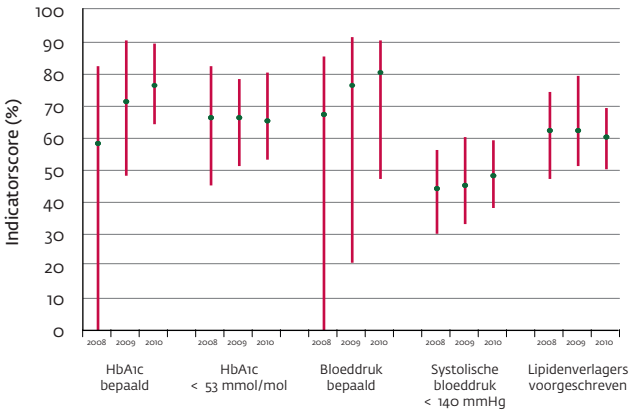
Indicatoren: meten ze zorg of registratie?

Huisartsen die deelnemen aan de NHG-Praktijkaccreditering® en zorggroepen worden geacht om gegevens over hun diabeteszorg aan te leveren. Vervolgens ontvangen zij hierover feedback op basis van kwaliteitsindicatoren: de eigen praktijkscores worden vergeleken met de scores van andere praktijken of zorggroepen. Het doel van deze feedback is het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Bij het terugkoppelen van de gegevens geven huisartsen vaak aan dat de cijfers meer zeggen over de kwaliteit van de registratie dan over de kwaliteit van de geleverde zorg. Zo meldden zij wel de bloeddruk te meten bij alle mensen met diabetes, maar alleen de afwijkende waarden te registreren in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Dit is een lastige discussie. Is de zorg inderdaad beter dan valt af te leiden uit de registraties? We laten de LINH-cijfers spreken.

DIABETESINDICATOREN UITGELICHT

We deden onderzoek naar vijf diabetesindicatoren die volgens huisartsen variëren in volledigheid van registratie in het HIS, zie de [**figuur**]. Onvolledigheid wordt vermoed voor het registreren van het HbA1c-gehalte en de bloeddruk, zowel wat betreft de uitvoering (procesindicatoren) als de uitslagen (uitkomstindicatoren). Volledige registratie is te verwachten voor het voorschrijven van lipidenverlagende middelen: voorschriften voor deze middelen verschijnen immers automatisch in het HIS. Voor het extraheren van de gegevens uit de HIS-sen hebben we gebruikgemaakt van de definities van de indicatoren zoals opgesteld door het NHG. Gegevens van diabetespatiënten voor wie de specialist de hoofdbehandelaar is zijn weggelaten uit dit onderzoek.

Figuur Trends van de mediane indicatorscores en de scores op het 10de en 90ste percentiel voor vijf proces- en uitkomstindicatoren rondom diabeteszorg voor de jaren 2008, 2009 en 2010



INDICATORSCORES EN PRAKTIJKVARIATIE

In de [**figuur**] staan voor 40 praktijken de mediane scores van de vijf indicatoren in 2008, 2009 en 2010. De variatie tussen de praktijken is weergegeven met de score op het 10de en 90ste percentiel. Het aantal registraties van het HbA1c-gehalte en de bloeddruk (procesindicatoren) nam jaarlijks toe: voor het HbA1c-gehalte met 18% in 2010 ten opzichte van 2008 en voor de bloeddruk met 13%. Verder nam de variatie in de scores tussen praktijken af. Wat betreft de uitkomstindicatoren bleef het aantal mensen met een uitslag binnen de streefwaarden (HbA1c < 7,0% (ook wel < 53 mmol/mol) en RR < 140 mmHg) min of meer constant en was de praktijkvariatie redelijk stabiel. De score voor het aantal patiënten dat lipidenverlagende middelen kreeg voorgeschreven, bleef redelijk constant in de onderzoeksperiode, evenals de praktijkvariatie.

CONCLUSIE

Uit de verbetering in mediane procesindicatorscores en de vermindering in praktijkvariatie voor het registreren van de controles van het HbA1c-gehalte en de bloeddruk blijkt dat de gegevens steeds vollediger worden. Deze toename gaat niet samen met verbeterde scores van de uitkomstindicatoren. Met slechts drie meetwaarden moeten we deze conclusie voorzichtig trekken maar de suggestie dat vooral afwijkende waarden worden vastgelegd (registratiebias) wordt niet bevestigd. De verbeterde registratie vergroot de zeggingskracht van de indicatoren, maar hieraan is wel drie jaar van registratie en feedback voorafgegaan. Goede cijfers vergen een opstartperiode om de registratie op orde te brengen. ■

De analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het landelijk informatienetwerk huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van deelnemende huisartsen. De LINH-huisartsen verzamelen continue 'productiegegevens' over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. Voor meer informatie zie www.linh.nl en www.iqhealthcare-indicatoren.nl of mail l.wennekes@iq.umcn.nl.

Wie niet horen wil...

Mijn eerste jaren pianoles kreeg ik van een oudere mejuffrouw voor wie ik een half uur in de tram moest zitten en wier naam ik hier niet zal noemen, omdat haar nabestaanden wellicht nog dierbare herinneringen aan haar hebben. Jarenlang heeft het domweg achter de piano gaan zitten alleen al mij de onaangename sensatie gegeven van katten met diarree en goedkope parfum om die lucht te overstemmen. Daarnaast was de mejuffrouw ongelooflijk streng. Hoe hard ik thuis ook had geoefend, ze zei altijd dat ik weer niets had gedaan en dat er aldus niets van mij terecht zou komen. Welke bewijzen ik ook aanvoerde ('Bel mijn moeder dan, die heeft het elke dag gehoord', of 'Ik mag pas voetballen nadat ik heb gestudeerd.'), niets bracht haar af van haar vaste overtuiging dat ik de hele week weer niets had uitgevoerd. Toen nam ik mijn toevlucht tot een list. De eerstvolgende lesdag was het Koninginnedag, dus ik had veertien dagen de tijd om de stukjes die zij voor mij had uitgezocht in te studeren. Die veertien dagen heb ik elke dag trouw geoefend, maar allemaal op oude stukjes die niets te maken hadden met de oefenstof. Aan de nieuwe stukjes had ik na veertien dagen dus helemaal niets gedaan. Zo toegerust waagde ik mij weer in het katten- en parfumhol te Hillegom. Hoopvol zette zij het stukje voor mij neer, waaraan ik naar beste kunnen begon, maar waarvan ik vrijwel elke noot apart moest uittellen of uitzoeken. Uit de zweetlucht kon ik opmaken dat zij de armen ten hemel had geheven. 'Veertien dagen geoefend en je kunt er nog helemaal niets van!' riep ze vertwijfeld uit. Ik vatte al mijn moed bij elkaar en zei: 'Ik heb het helemaal niet geoefend om u te laten horen hoe het klinkt als ik écht niet heb geoefend...'. De afloop weet ik niet meer. Wel dat ik een brief meekreeg voor mijn vader, die die mejuffrouw nog uit een ver verleden kende.

Op 6 oktober hadden wij in Amsterdam het genoegen in de RAI duizenden boze huisartsen te verwelkomen. Zou er één andere beroepsgroep in Nederland zijn waarvan de leden zo keurig netjes boos en verontwaardigd zijn als de huisartsen? Hier en daar een voorzichtig spandoekje, meestal met zo'n spitsvondige woordspeling waarmee wij in Nederland gewoon zijn aan te geven dat iets ons tot hier zit. Ik kan mij zo voorstellen dat Rutte die avond mevrouw Schippers heeft gebeld: 'Nou Edith, dat moet je toch reuze zijn meegevallen?' Hetgeen zij alleen maar kon beamen.

Hebben de huisartsen een punt? Ja, dat hebben zij zeker. Hebben ze gelijk dat het onrechtvaardig is wat de minister wil? Nee, volgens mij niet. Er waren afspraken over het inkomen en toen dat aanzienlijk hoger uitviel dan voorspeld en verwacht, kon je erop wachten dat daar een ministeriële reactie op zou komen. Het is echter wel enorm stom van de minister en erg *penny wise and pound foolish* om juist op de huisartsen te beknibbelen. Nog altijd lijken onze bestuurders niet tot zich te laten doordringen wat het betekent dat de huisartsen voor een fractie van de totale kosten van de gezondheidszorg 96% van de klachten afhandelen. Dat kunnen ze doen door hard te werken én door hulpkrachten aan te trekken die verrichtingen doen die anders door de huisarts of de tweede lijn zouden moeten worden gedaan.

Er lijkt mij maar één manier om als huisartsen het punt messcherp op de agenda te zetten. Alle huisartsen spreken via hun organisaties af dat zij op een Vrijdag in de zeer nabije toekomst allemaal 3 patiënten verwijzen bij wie er ook maar enige twijfel bestaat tussen laten terugkomen of een brief meegeven. De uitverkorenen kunnen allerlei patiënten zijn. Bijvoorbeeld degenen die zelf om een verwijzing vragen en aan wie u normaliter veel tijd besteedt om hen dat uit hun hoofd te praten. Dóórlaten: patiënt tevreden en het bespaart u een hoop tijd. Het kunnen ook patiënten zijn bij wie u twijfelt tussen eerst nog even aanzien en daarna al dan niet verwijzen. Deze Vrijdag niks eerst even aanzien: gelijk een brief mee en daar is het gat van de deur.

Daarna is het een kwestie van dagelijks naar het achtuurjournaal kijken. De eerste weken blijft het nog stil, dan komen de eerste berichten van wachtlijsten en hogere kosten. Blijven deze geluiden uit, dan wordt een volgende Vrijdag tot Verwijsdag verheven en herhalen de huisartsen de eerder gevolgde procedure. Op die manier kun je keurig netjes blijven én aantonen wat je als beroepsgroep werkelijk waard bent! ■

Hans van der Voort
hvdvoort@knmg.nl

KENNISTOETS: VRAGEN

Alexander, 8 jaar, komt samen met zijn vader op het spreekuur omdat hij nog in bed plast. Alexander wordt steeds vaker uitgenodigd voor 'slaapfeestjes' maar hij schaamt zich zó voor zijn bedplassen dat hij altijd een excuus verzint om niet te gaan. Alexander wil er graag vanaf, zeker nu zijn beste vriend dit weekend een slaapfeestje geeft. De huisarts schrijft Alexander voor het komende slaapfeestje imipramine voor. Vader geeft aan dat hij vroeger ook last heeft gehad van bedplassen. Hij vraagt zich af of het erfelijk is en of er een manier is waardoor Alexander blijvend van het bedplassen afkomt. De huisarts zegt dat de plaswekker bij een (1) bepaald percentage van de bedplassende kinderen binnen een jaar succesvol is. Ook vertelt hij (2) dat er geen verband bestaat tussen het bedplassen van een kind en het bedplassen van een of beide ouders in hun jeugd.

1 Imipramine is in dit geval het middel van voorkeur.

2 Dit percentage (1) ligt dichter bij de 30% dan bij de 70%.

3 De bewering na 2 is correct.

Sylvia, 13 jaar, komt met haar moeder op het spreekuur omdat ze al een week vloeit. Vier maanden geleden is ze voor het eerst ongesteld geworden. De menstruatie duurde vijf dagen en de hoeveelheid bloedverlies was normaal. Verder had ze nergens last van. Daarna bleef de menstruatie uit tot zij een week geleden weer ging vloeien: heviger dan de eerste keer en met stolsels. De moeder van Sylvia maakt zich ongerust over het overvloedige bloedverlies. Zwangerschap is bij Sylvia uitgesloten. De huisarts legt in begrijpelijke termen uit wat de oorzaak van het bloedverlies bij Sylvia is. Zij beweert (1) dat overvloedig bloedverlies een veelvoorkomend verschijnsel is in deze levensfase.

4 Inwendig onderzoek is in dit geval niet noodzakelijk.

5 De bewering van de huisarts na 1 is correct.

Mevrouw Dona, 19 jaar, komt op het spreekuur omdat ze sinds één dag heftige keelpijn heeft en moeilijk kan slikken. Ze voelt zich ziek en heeft koorts (39,6°C). Ze vraagt of de huisarts haar medicatie kan voorschrijven. Mevrouw Dona heeft een blanco medische voorgeschiedenis. De huisarts stelt na onderzoek de diagnose acute tonsillitis en besluit om een antibioticum voor te schrijven. De huisarts kiest voor een smalspectrumpenicilline voor de duur van tien dagen.

6 De keuze voor een smalspectrumpenicilline als antibioticum is hier correct.

7 De duur van de kuur is hier correct.

Mevrouw De Laat, 67 jaar, komt op spreekuur vanwege dikke enkels. Ze wil weten wat de oorzaak is. De huisarts onderzoekt haar. (1) Na druk vlak onder de malleolus blijft de impressie van de duim van de huisarts zichtbaar. Daarnaast merkt hij rond de mediale malleolus aan beide kanten een donkere verkleuring op. De centraalveneuze druk is niet verhoogd. De huisarts stelt de diagnose chronische veneuze insufficiëntie. Bij deze diagnose past/passen:

8 bevinding 1;

9 de plaats van de verkleuring.

Vervolgens spreekt de huisarts om de diagnose te bevestigen een dopplerondersoek af.

10 Dit onderzoek is in dit geval geïndiceerd.

De antwoorden staan op pagina 692.

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

Janneke Belo

Recidiverende *BLWI*: geen adenotomie

INLEIDING

Bovensteluchtweginfecties (BLWI) komen veel voor in de huisartsenpraktijk. Zo diagnosticeerden huisartsen in 2007 in Nederland ruim een miljoen keer een nieuw geval van verkoudheid.[1,2] Bijna de helft hiervan betreft kinderen in de leeftijd van 0 tot 9 jaar en het is daarmee de meest gestelde diagnose op de kinderleeftijd.[3] Naar schatting is bij 20% van kinderen sprake van recidiverende BLWI en veel van deze kinderen worden doorverwezen naar de KNO-arts voor adenotomie.[4] Vooralsnog is er echter nauwelijks bewijs dat een adenotomie effectief is voor recidiverende of chronische BLWI.[5] Nieuw onderzoek geeft handvatten om ouders van kinderen goed voor te lichten en het aantal verwijzingen naar de KNO-arts te beperken.

ONDERZOEK

Design Open gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Kinderen in de leeftijd van 1-6 jaar met recidiverende BLWI werden tussen april 2007 en april 2009 verwezen naar 11 perifere en 2 academische ziekenhuizen in Nederland. Van de 373 voor adenotomie geselecteerde kinderen werden 111 gerandomiseerd voor dit onderzoek en gevolgd gedurende 2 jaar.[4]

Interventie Adenotomie met/zonder myringotomie of expectatief beleid.

Uitkomstmaten Primaire uitkomstmaat was het aantal BLWI per kind gedurende de follow-up. Secundaire uitkomstmaten waren het aantal dagen met BLWI per persoonsjaar, incidentie van milde/ernstige BLWI, dagen met koorts, aantal dagen schoolverzuim vanwege BLWI en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Gedurende 2 jaar vulden ouders dagelijks een dagboek in over symptomen van een BLWI en werd de temperatuur van het kind gemeten. Op 3, 6, 12, 18 en 24 maanden onderzocht een arts keel, neus en oren van het kind en vulden ouders een vragenlijst in betreffende de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

Analyses Intention-to-treat-analyse. Aanvullend een per protocol en een *'as treated'*-analyse.

Resultaten Van de 111 kinderen werden 54 gerandomiseerd voor adenotomie met/zonder myringectomie binnen 6 weken en 57 voor expectatief beleid. De gemiddelde leeftijd (sd) was respectievelijk 36 (19) en 38 (18) maanden. Gedurende de follow-up onderging alsnog 40% van de expectatief beleid-groep adenotomie met/zonder myringectomie.

Er werd geen significant verschil gevonden voor het aantal BLWI per kind gedurende de follow-up. De incidentie van BLWI voor de adenotomie- en expectatief beleid-groep was respectievelijk 7,91 en 7,84 per persoonsjaar. Aanvullende analyses gaven eveneens geen statistisch significante verschillen.

In beide groepen nam gedurende de follow-up de incidentie van BLWI af van 9,23 respectievelijk 9,37 in het eerste jaar naar 6,43 respectievelijk 6,30 in het tweede jaar.

Voor de secundaire uitkomstmaten werd in alle analyses geen statistisch significant verschil gevonden voor de adenotomie- versus de expectatief beleid-groep, met uitzondering van het aantal dagen koorts. Kinderen in de adenotomiegroep hadden significant meer dagen koorts ten opzichte van kinderen in de expectatief beleid-groep, respectievelijk 20,16 versus 16,36 per persoonjaar.

Conclusie Adenotomie bij kinderen verwezen vanwege recidiverende BLWI biedt geen klinische voordelen boven een expectatief beleid.

INTERPRETATIE

Dit goed opgezette en uitgevoerde onderzoek bevestigt de conclusie van een recente Cochrane-review dat adenotomie niet effectief is bij recidiverende BLWI.[5] Daarbij komt naar voren dat het natuurlijk beloop van recidiverende BLWI gunstig is. Ondanks het feit dat een groot aantal kinderen alsnog een adenotomie onderging, is er geen sprake van vertekening van de resultaten. De uitkomsten van dit onderzoek geven dan ook aan terughoudend te zijn met verwijzingen van kinderen met recidiverende BLWI naar de KNO-arts. Daar waar al eerder bekend was dat antibiotica voor BLWI bij kinderen niet zinvol is,[6] vraagt de behandeling van BLWI bij kinderen vooral geduld en uitleg aan de ouders over het natuurlijk beloop, conform het advies in de NHG-Standaarden.[7] ■

LITERATUUR

1 Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/infecties-van-de-bovenste-luchtwegen/cijfers-infecties-van-de-bovenste-luchtwegen-incidentie-uit-de-vtv-2010/.
2 Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010. Van Gezond naar Beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010. http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061006.html
3 Van der Linden MW, Van Suijlekom-Smit LWA, Schellevis FG, Van der Wouden JC. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Het kind in de huisartspraktijk, 2005.
4 Van den Aardweg MT, Boonacker CW, Rovers MM, Hoes AW, Schilder AG. Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections: open randomised controlled trial. BMJ 2011;343:d5154.
5 Van den Aardweg MT, Schilder AG, Herkert E, Boonacker CW, Rovers MM. Adenoidectomy for recurrent or chronic nasal symptoms in children. Cochrane Database Syst Rev 2010, Issue 1. Art. No.: CD008282.
6 Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. Arch Dis Child 1998;79:225-30.
7 Zwart S, Dagnelie CF, Van Staaij BK, Balder FA, Boukes FS, Starreveld JS. NHG-Standaard Acute Keelpijn. Huisarts Wet 2007:50:59-68.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 9600, Postzone V0-P/6-46, 2300 RC Leiden: dr. J.N. Belo, huisarts en klinisch epidemioloog • Correspondentie: j.n.belo@lumc.nl

Bas Houweling, Hans van Hateren

Intensieve behandeling bij DM2

IMPORT

INLEIDING

Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2) geeft intensieve behandeling van verschillende risicofactoren een aanzienlijke vermindering van het risico van complicaties op de lange termijn. De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert dan ook een multifactoriële aanpak van risicofactoren (behandeling van hyperglycemie, hypertensie en hoge cholesterolwaarden).[1] De laatste jaren zijn steeds meer mensen met diabetes opgespoord, maar we weten dat het stellen van de diagnose niet altijd gelijktijdig met het ontstaan van de aandoening gebeurt. Bij sommige patiënten zijn er al complicaties op het moment dat de diagnose wordt gesteld. Mogelijk leidt vroege opsporing van diabetes tot minder complicaties en een betere prognose. Stel dat je DM2 middels *screening* vroegtijdig ontdekt en dat je deze mensen dan direct intensief multifactorieel behandelt, leidt dit dan tot minder complicaties? Dit is uitgezocht in het ADDITION-Europe onderzoek. Dit grote eerstelijns onderzoek is voor een deel uitgevoerd in Nederland en is in juli in *The Lancet* gepubliceerd.[2]

ONDERZOEK

Design Een screeningsfase gevolgd door een pragmatisch cluster-gerandomiseerd onderzoek in Denemarken, Nederland en het Verenigd Koninkrijk, waaraan in totaal 343 huisartsenpraktijken en 3057 patiënten tussen de 40-69 jaar hebben meegedaan. De gemiddelde follow-upduur bedroeg 5,3 jaar.

Interventie Een intensieve multifactoriële behandeling, waarbij lagere streefwaarden voor HbA1c, bloeddruk en cholesterol werden gehanteerd dan in de NHG-Standaard. De controlegroep kreeg zorg volgens de in elk land geldende richtlijnen.

Uitkomstmaten Het primaire eindpunt was samengesteld uit cardiovasculaire mortaliteit, myocardinfarct, beroerte, revascularisatie en niet-traumatische amputaties.

Analyse Op basis van intention-to-treat.

Resultaten Tijdens de screeningsfase werd bij 3233 patiënten de diagnose DM2 gesteld, waarvan 3057 patiënten wilden deelnemen aan het onderzoek. Intensieve behandeling leidde tot een niet-significante daling van 17% (95%-BI -5-35) van het risico op het samengestelde eindpunt in vergelijking met patiënten die de gebruikelijke zorg kregen. In de interventiegroep waren een aantal risicofactoren (HbA1c, bloeddruk en cholesterol) wat lager dan in de controlegroep, maar was het aantal rokers weer wat hoger aan het eind van het onderzoek.

Beschouwing De belangrijkste bevinding van de auteurs is de kleine niet-significante verlaging van het aantal hart- en vaatziekten en mortaliteit bij patiënten met DM2. In de beschouwing geven de auteurs een aantal mogelijke verklaringen voor het niet behalen van significantie, zoals het lage aantal cardiovasculaire gebeurtenissen in de controlegroep en de verbeterde zorg van patiënten in de controlegroep door de introductie van nieuwe richtlijnen (bijvoorbeeld de NHG-Standaard Diabetes mellitus uit 2006). Daarnaast lijkt de follow-upduur te kort, omdat het aantal cardiovasculaire gebeurtenissen pas na vier jaar uit elkaar schijnt te lopen.

INTERPRETATIE

Ondanks het feit dat dit onderzoek in eerste instantie weinig resultaten lijkt op te leveren, is dit een belangrijke publicatie. Het is een groot onderzoek dat in de gewone dagelijkse praktijk is uitgevoerd, onder andere bij 500 Nederlandse patiënten. Dit onderzoek heeft ons inziens twee belangrijke conclusies voor de dagelijkse praktijk.

Ten eerste is de standaard diabeteszorg, zoals die nu geleverd wordt in Nederland, van een hoog kwalitatief niveau. Ten tweede lijkt bij behandeling van DM2 de eerste klap een daalder waard. Dit was voor de glucoseregulatie al bekend uit het UKPDS post-interventieonderzoek.[3] Hieruit bleek het gunstige effect van vroegtijdige, scherpe glucoseregulatie bij pas ontdekte type 2-diabetes op micro- en macrovasculaire complicaties. Nu lijkt dit ook te gelden voor een multifactoriële behandeling na de diagnose. In beide groepen van het ADDITION-onderzoek was de mortaliteit namelijk net zo laag als de mortaliteit van de algemene populatie in Denemarken zonder diabetes (zo werd dit vermeld in de discussie van het ADDITION-onderzoek). Dit is echter nooit expliciet onderzocht en dient daarom met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Kortom: een vroegtijdige diagnose en behandeling volgens de NHG-Standaard is gunstig voor de patiënt. Het blijft daarom van belang om te screenen onder mensen met een hoog risico op DM2 (en dus op hart- en vaatziekten). Er is echter vooralsnog geen reden om nog scherper te behandelen dan de huidige NHG-Standaard voorstelt. ■

LITERATUUR

1 Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2003;348:383-93.

2 Griffin SJ, Borch-Johnsen K, Davies MJ, Khunti K, Rutten GE, Sandbæk A, et al. Effect of early intensive multifactorial therapy on 5-year cardiovascular outcomes in individuals with type 2 diabetes detected by screening (ADDITION-Europe): a cluster-randomised trial. Lancet 2011;378:156-67.

3 Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;359:1577-89.

Huisartsen Sleeuwijk, Munnikenland 23, 4254 EA Sleeuwijk: dr. S.T. Houweling, huisarts en lid DiHAG. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde: H. van Hateren, aios huisartsgeneeskunde en onderzoeker • Correspondentie: Houweling@langerhans.com

Femke Gijzen, Arie Knuistingh Neven

Ibuprofen remt werking acetylsalicylzuur

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

Vraagstelling In de huisartsenpraktijk zijn er veel patiënten die acetylsalicylzuur gebruiken als secundaire cardiovasculaire preventie. Pijnbestrijding in de vorm van paracetamol is niet altijd even toereikend. De volgende stap zijn NSAID's. Het is bekend dat de combinatie acetylsalicylzuur-NSAID's een verhoogde kans geeft op maagbloedingen door remming van het enzym cyclo-oxygenase waardoor de vorming van prostaglandines, die het maagslijmvlies beschermen, wordt geremd. Trombocytenaggregatieremming van acetylsalicylzuur berust op een irreversibele blokkade van het enzym cyclo-oxygenase-1 in de trombocyt, waardoor de vorming van tromboxaan A2 wordt voorkomen. Tromboxaan A2 zorgt ervoor dat trombocyten agglutineren.

Zijn er afgezien van de gastro-intestinale bijwerkingen van de combinatie acetylsalicylzuur-NSAID's andere belangrijke interacties tussen deze medicamenten?

Zoekstructuur We zochten in PubMed met de volgende zoektermen: 'aspirin' en 'ibuprofen' en 'interactions' en 'cardiovascular risk'.

Resultaten We vonden dertien artikelen, waarvan er drie relevant waren voor onze vraagstelling.

Bespreking Uit een review van observationele onderzoeken kwam naar voren dat ibuprofen de werking van acetylsalicylzuur tegengaat.[1] Ibuprofen remt eveneens het enzym cyclo-oxygenase-1. Omdat ibuprofen dit reversibel doet, verdwijnt het trombocytenaggregatieremmend effect tussen twee doseringen en kan acetylsalicylzuur in de tussentijd ook niet hechten aan zijn bindingsplaats. Daardoor bestaat mogelijk een verhoogd risico op een nieuw cardiovasculair event.

Het bewijs van zo'n interactie tussen acetylsalicylzuur en ibuprofen levert een dubbelblind, gerandomiseerd, crossover-onderzoek van Catella-Lawson.[2] Hierin hebben onderzoekers bij een groep gezonde vrijwilligers de trombocytenaggregatieremming gemeten bij verschillende combinaties van pijnstillende medicijnen en acetylsalicylzuur. Alleen bij het gebruik van driemaal daags ibuprofen wordt de trombocytenaggregatieremmende werking van acetylsalicylzuur tegengegaan. Acetylsalicylzuur is wél werkzaam als de patiënt het middel twee uur vóór ibuprofen inneemt en slechts eenmaal ibuprofen per dag. Aangezien dit geen gebruikelijke dosering is, wordt het gebruik van ibuprofen bij acetylsalicylzuur ontraden. De onderzoekers zagen dit effect niet bij diclofenac, paracetamol en rofecoxib (een cyclo-oxygenase-2-remmer). Kanttekening bij dit onderzoek is dat deze is uitgevoerd met gezonde vrijwilligers. Het is de vraag of we het gevonden effect in dit onderzoek kunnen extrapoleren naar patiënten met hart- en vaatziekten.

Een dubbelblinde RCT van Farkouh bevestigt een dergelijke interactie ook op klinisch niveau.[3] Dit onderzoek komt voort uit de TARGET studie. Hierbij vergeleken onderzoekers een selectieve cox-2-remmer (lumiracoxib) met twee niet-selectieve NSAID's (naproxen en ibuprofen) op het vóórkomen van gastrointestinale en cardiovasculaire bijwerkingen. De onderzoekers zagen meer cardiovasculaire events bij de hoogrisicopatiënten die de combinatie acetylsalicylzuur-ibuprofen gebruikten dan bij degenen die de combinatie acetylsalicylzuur-lumiracoxib gebruikten (HR 9,08; 95%-BI 1,13-72,6; p = 0,038). Voor acetylsalicylzuur-naproxen was er geen verschil met acetylsalicylzuur-lumiracoxib (HR 1,07; 95%-BI 0,40-2,84). Voor de uitkomst hartfalen waren de risico's niet-significant. We merken op dat het in dit onderzoek gaat om slechts een zeer klein aantal patiënten met een cardiovasculair event of met hartfalen. Verder ontbreekt een controlegroep van hoogrisicopatiënten die alleen acetylsalicylzuur gebruiken. We kunnen dus alleen concluderen dat het risico bij het gebruik van acetylsalicylzuur-ibuprofen significant hoger is dan bij het gebruik van acetylsalicylzuur-lumiracoxib.

Conclusie Chronisch gebruik van ibuprofen remt de trombocytenaggregatieremmende werking van acetylsalicylzuur. Bij naproxen en diclofenac hebben onderzoekers dit effect niet waargenomen en dus lijkt het veilig om een van deze middelen voor te schrijven als een NSAID is gewenst. Het is raadzaam om patiënten die acetylsalicylzuur gebruiken van deze interactie op de hoogte te stellen omdat ibuprofen zonder recept verkrijgbaar is.

Betekenis De interactie tussen ibuprofen en acetylsalicylzuur lijkt niet alleen klinisch relevant bij gezonde vrijwilligers maar ook bij patiënten met hart- en vaatziekten. Het lijkt dan ook verstandig om patiënten die acetylsalicylzuur gebruiken geen ibuprofen voor te schrijven maar een ander NSAID. De toegenomen kans op gastro-intestinale bloedingen is bij de combinatie NSAID-acetylsalictylzuur echter wel een beperking. ■

LITERATUUR

1 Catella-Lawson F, Muredach PR, Kapoor SC, Cucchiara AJ, DeMarco S, Tournier B, et al. Cyclooxygenase inhibitors and the antiplatelet effects of aspirin. N Engl J Med 2001;345:1809-17.
2 MacDonald TM, Wei L. Is there an interaction between the cardiovascular protective effects of low-dose aspirin and ibuprofen? Basic Clin Pharmacol Toxicol 2006;98:275-80.
3 Farkouh ME, Greenberg JD, Jeger RV, Ramanathan K, Verheugt FWA, Cheseboro JH, et al. Cardiovascular outcomes in high risk patients with osteoarthritis treated with ibuprofen, naproxen or lumiracoxib. Ann Rheum Dis 2007;66:764-70.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 Leiden: F. Gijzen, huisarts (destijds aios); dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: a.knuistingh-neven@lumc.nl

Patrick Poels

PDE4-remmers niet interessant bij COPD

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, UMC St Radboud Nijmegen.
Correspondentie: F.vandeLaar@elg.umcn.nl

Context COPD wordt gekenmerkt door een verlies van longfunctie, met als gevolg invaliditeit, verminderde kwaliteit van leven en (vroegtijdige) sterfte. Alleen stoppen met roken kan verder verlies van longfunctie voorkomen. Bij COPD komen zowel ontsteking als bronchoconstrictie in de luchtwegen voor. Twee nieuwe medicijnen (roflumilast en cilomilast) uit de groep selectieve fosfodiësterase-4-remmers (PDE4-remmers) zouden mogelijk effectief zijn door bronchoconstrictie tegen te gaan.

Klinische vraag Zijn PDE4-remmers effectief bij de behandeling van een stabiele COPD-patiënt?

Conclusie auteurs PDE4-remmers verbeteren de longfunctie (stijging FEV_1 46 ml; 95%-BI 39 - 52), en hebben een klein effect op de kwaliteit van leven (St. George Respiratory Questionaire -1,0; 95%-BI -1,7 - -0,4). PDE4-remmers zijn geassocieerd met minder exacerbaties (OR 0,78; 95%-BI 0,72 - 0,85), maar hebben geen effect op de inspanningstolerantie. Diarree (OR 2,81; 95%-BI 2,42 – 3,26) en gewichtsverlies (OR 4,62; 95%-BI 3,38 – 6,31) komen relatief vaak voor. De plaatsbepaling voor PDE4-remmers is na deze onderzoeken nog niet duidelijk.

Beperkingen De duur van de onderzoeken was kort (variërend tussen de 3 en 12 maanden). De meeste van de 23 bekeken onderzoeken betroffen het middel Cilomilast. Vaak ontbraken de gegevens over de ernst van de COPD. Hoewel er een verbeterde longfunctie werd gevonden (46 ml), wordt normaal gesproken 100 ml als een klinisch relevant verschil gehanteerd.

Bron Chong J, Poole P, Leung B, Black PN. Phosphodiesterase 4 inhibitors for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2011; Issue 5. Art. No.: CD002309. De review omvat 23 onderzoeken met in totaal 15.668 patiënten.

COMMENTAAR

In Nederland hebben meer dan 350.000 mensen de diagnose COPD. De zorgvraag van COPD-patiënten zal stijgen en men verwacht dat in 2015 COPD wereldwijd gezien de derde doodsoorzaak is. De huisarts behandelt de patiënten met een lichte tot matige ziektelast, wat samen goed is voor 80% van alle COPD-patiënten in Nederland.

De hier onderzochte middelen zijn nieuwkomers op de Nederlandse markt. Cilomilast is in Nederland nog niet geregistreerd. De Commissie Farmaceutische Hulpmiddelen heeft de minister recent geadviseerd roflumilast niet op te nemen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. De NHG-Standaard COPD adviseert om met kort- en langwerkende luchtwegverwijders klachten en exacerbaties symptomatisch te behandelen. Inhalatiecorticosteroïden (ICS) kunnen aanvullend overwogen worden bij patiënten met frequente exacerbaties. Het ouderwetse theofylline (niet-selectieve PDE4-remmer) wordt in de tweede lijn nog wel eens als aanvullende medicatie gegeven voor nachtelijke klachten, maar komt niet meer in de NHG-Standaard voor.

Is deze review dan 'een-ver-van-onze-bed-show', of gaat het om een vooruitstrevende behandelstrategie? De patiënten in de onderzoeken mochten gewoon hun comedicatie (kort- en langwerkende luchtwegverwijders en inhalatiesteroïden) gebruiken. Hierdoor is de generaliseerbaarheid van de resultaten goed. De patiënten hadden matig tot zeer ernstig COPD (GOLD II-IV). Bij deze patiënten kwamen met de nieuwe PDE4-remmers 25% minder exacerbaties voor. Dit is op zich een mooie bevinding. Maar of de resultaten praktisch van toepassing zijn voor de huisarts is de vraag: deze groep matig tot zeer ernstige COPD-patiënten is meestal bij de longarts onder behandeling.

Daarbij is de gevonden afname in exacerbatiefrequentie een kleine bevinding in de marge. Het accent van de COPD-behandeling ligt tegenwoordig niet alleen meer bij medicamenteuze therapie. COPD als longaandoening met systemische effecten vraagt om een integrale aanpak, waarbij educatie, zelfmanagement, rookstopbegeleiding, bewegen, gezonde voeding en exacerbatiemanagement een rol spelen. In 2010 verscheen de *Zorgstandaard COPD* en in 2011 het *Handboek protocollaire COPD-Zorg* om de huisarts te helpen bij deze integrale aanpak. Deze richtlijnen helpen richting te geven aan de behandeling van COPD, waarin de patiënt een centralere rol krijgt toebedeeld in het zorgproces.

Kortom, er is enige bewijskracht voor de kortetermijnwerkzaamheid van nieuwe PDE4-remmers bij ernstige COPD-patiënten. De huisarts zal echter niet snel deze nieuwe middelen introduceren in de behandeling van COPD-patiënten, omdat het bewijs voor de groep die in de eerste lijn gezien wordt wankel is. ■

Huisartsenpraktijk Bles en Poels, Keizersallee 1d, 6852 RA Huissen: dr. Patrick J.P. Poels, huisarts • Correspondentie: drpoels@gmail.com

Consulttoets

'Vijf consulten achter elkaar opnemen. Je mag niet selecteren: laat de video gewoon een uur achter elkaar aanstaan.' De stem van mijn terugkomdagbegeleider galmt in mijn oor, terwijl ik de videocamera opstel in mijn spreekkamer. Ik haat video-opnames: zodra ik de opnameknop heb ingedrukt, verlies ik acuut alle spontaniteit en verander in een overbewuste spast. *Kom op, Anne*, mompel ik, *'communiceren' schijnt je sterke punt te zijn, als je je beoordelingen moet geloven. Dus niet zeuren: video aan en gaan!*

De eerste patiënt heeft meteen drie klachten. Ik luister en probeer te ordenen. 'Ik vind uw klachten belangrijk genoeg om er de tijd voor te nemen. Anders ga ik ze afraffelen en dat zou zonde zijn.' De patiënt kijkt even verbaasd en knikt dan. 'Ja, dat is natuurlijk niet de bedoeling.' 'Zullen we vandaag uw buikpijn bespreken en dat u voor volgende week een dubbele afspraak maakt voor de rest?' Tien minuten later gaat ze tevreden de deur uit. Daarna komt een jongen met hyperventilatie die totaal gefixeerd is op een lichamelijke oorzaak. Ik doe ten overvloede nog een keer lichamelijk onderzoek en benadruk hoeveel béter het al gaat, vergeleken met vorige week. Moeilijk consult, maar ik red het toch aardig, vind ik. Ik begin wat zelfverzekerder te worden. De patiënten zijn tevreden, de sfeer is goed en het eerste consult had zelfs structuur! De assistente komt mijn kamer binnen: ze wil dat ik even meekijk naar een verzwikte enkel. Mijn zelfverzekerdheid slaat over in overmoedigheid: 'Dit is Ingrid, de assistente,' roep ik naar de camera. 'Zwaai even naar mijn terugkomdagbegeleiders, Ingrid...' Nog maar drie patiënten te gaan. Een vrouw met chronische rugpijn, een jongen die een moedervlek wil laten controleren en als laatste komt zelfs mijn favoriet: een rokerige en drinkerige pensionado die elke drie maanden op controle komt voor zijn bloeddruk. We keuvelen wat over leven en lifestyle en hij loopt weer vrolijk naar buiten.

Tevreden stop ik het videobandje in een envelop. Ze verwachten heus niet dat je álles volgens die eindeloze consultvoeringsscorelijst doet. Niemand kan vijf consulten perfect doen...

Drie weken later deelt de terugkomdagbegeleider de uitslagen van de consulttoets uit. Om me heen hoor ik allerlei letters vallen (wat is er gebeurd met scores van 1 tot 10?). Willem naast me heeft een A: *Gewenste niveau bereikt*. Tessa aan de andere kant probeert een voldane grijns te onderdrukken bij het zien van haar A+: *Haio presteert ruim voldoende*. Edwin zet een pruillip op, als hij ziet dat hij maar een B heeft gescoord: *Gewenste niveau niet bereikt, maar er wordt adequaat aan gewerkt*. Ik wil hem net wat psychologische steun verlenen ('Is nog steeds voldoende, dus je hoeft hem gelukkig niet over te doen') als de begeleider een A4'tje op mijn tafel legt '...maar jij helaas wel'. Er staat een dikgedrukte C op: *Gewenste niveau niet bereikt. Heeft te weinig aandacht gehad/is onvoldoende aan gewerkt. Eindniveau lijkt met vermeerderde inspanning wel haalbaar.*

Ik doe hard mijn best om 'cool' te blijven kijken, maar zonder succes. 'Je kijkt alsof je denkt: als ik een onvoldoende heb, hebben jullie vast op de verkeerde gronden beoordeeld,' zegt mijn begeleider voldaan. 'Nou, nee, natuurlijk niet...' stamel ik. 'Ik weet ook wel dat ik aan niet alle scorepuntjes voldoe, maar ik dacht: de sfeer is goed, de patiënten zijn tevreden...'

De begeleider pakt het blaadje van mijn tafel. 'Even kijken... Eerste consult: geen samenvatting, hulpvraag nauwelijks geëxploreerd. Jíj maakt de keuzes, niet de patiënt. Had ze niet liever eerst haar hartkloppingen besproken?' Voor ik kan antwoorden, vervolgt hij: 'Tweede consult: jongen met hyperventilatie. Zijn hulpvraag is überhaupt niet aan de orde geweest. Je legt het verband tussen je bevindingen bij het lichamelijk onderzoek en de diagnose niet uit en je uitleg is een lange monoloog, zonder te controleren of hij het begrijpt en het ermee eens is. Derde en vierde consult: zelfde problemen... En het laatste consult: die man met hypertensie... Even kijken: geen structuur, geen samenvatting, geen overleg over het huidige beleid en de uitvoerbaarheid ervan. Wat denk je zelf: gaat hij écht minder alcohol drinken?' ■

Anne Hermans
Anne is in opleiding in Noordwoud.

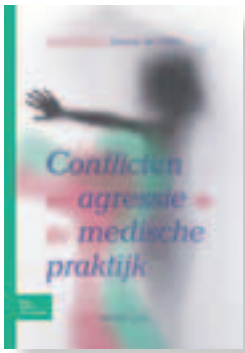
De namen zijn om privacyredenen gefingeerd.

Foto: Shutterstock/Olga Danylenko

Erover lezen en meemaken blijft een wereld van verschil

Schuur G, De Vries D. Conflicten en agressie in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011. 173 pagina's, € 39,95. ISBN 978 90 313 8343 6.

Doelgroep De auteurs stellen dat *Conflicten en agressie in de medische praktijk* voor een brede groep beroepsbeoefenaren geschikt is: huisartsen, medisch specialisten, assistenten, apothekers of maatschappelijk werkers. Maar de casuïstiek komt hoofdzakelijk uit de huisartsenpraktijk. Het is duidelijk te merken dat een van de auteurs een huisarts is met veel praktische ervaring. Daarom is dit boek vooral geschikt voor huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten die werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk.



Inhoud Op papier klinkt het allemaal vrij simpel hoe je als hulpverlener zou moeten reageren bij een conflictsituatie. De praktijk leert vaak anders. Menig hulpverlener houdt er een vervelende of zelfs traumatische ervaring aan over als een situatie met een patiënt uit de hand loopt. Voorkomt een boek dit? Na het lezen blijft de twijfel bestaan. Aan de ene kant is het goed om regelmatig stil te staan en na te denken over hoe je agressie kunt voorkomen of beheersen. Het boek maakt je weer bewust van je eigen reacties in stresssituaties, je eigen verdedigingsmechanismen. Verder staat het bol van praktische tips en adviezen. Deze tips en adviezen zijn een onderdeel van de dertien thema's over conflicten en agressie. Van verbale intimidatie, dreiging op de dokterspost, tot fysiek geweld in de spreekkamer. Het nadeel is dat als je het leest het allemaal zo makkelijk lijkt; gewoon de regie over het gesprek houden, niet alleen over de inhoud van het conflict communiceren, maar vooral metacommuniceren, ik-boodschappen geven en denken aan je eigen veiligheid. Geen vissenkom in je spreekkamer zetten, want voordat je het weet krijg je die als projectiel naar je hoofd geslingerd.

Het is en blijft vooral een praktisch boek. Daar hebben de auteurs bewust voor gekomen. Wetenschappelijke onderbouwing is zoveel mogelijk weggelaten. Maar na zes hoofdstukken word je daar als lezer toch wel nieuwsgierig naar. Doordat het zo praktisch van opzet is en elk hoofdstuk begint met een realistische, goed beschreven casus, leest het boek in het begin als een spannend verhaal, maar halverwege wordt het wat slaapverwekkend. De stijl van elk hoofdstuk blijft constant dezelfde: casus, beschouwing en reflectie, tips en adviezen. Vooral die tips en adviezen komen in grote lijnen elke keer op hetzelfde neer.

Oordeel Bepaalde hoofdstukken uit het boek vormen een goede leidraad bij een themadag of nascholing over agressie. Door met elkaar te discussiëren over hoe je met conflicten en agressie om moet gaan, creëer je bewustwording van je eigen handelen in dergelijke stresssituaties. Ook kun je afspraken maken hoe je als organisatie ermee om moet gaan als het zich voordoet en misschien speelt wel een stukje verwerking bij het nabespreken van een uit de hand gelopen situatie. Voor de 'ervaren rot' zullen er veel open deuren en vanzelfsprekendheden in het boek staan en zal het geen spectaculaire inzichten geven. De beginnende beroepsbeoefenaar zonder al te veel ervaring heeft misschien wel wat aan de tips en adviezen, waardoor ze mogelijk op een goede manier kunnen anticiperen op dergelijke situaties.

Maar conflicten en agressie laten zich niet in woorden vangen. Daar zit veel meer energie omheen. Op papier is het allemaal voorspelbaar en kunnen conflicten voorkomen worden. In de praktijk blijft het toch vaak een plotseling en onverwacht verschijnsel met soms grote gevolgen. De koper van dit boek moet dan ook niet de illusie hebben dat dit boek daarin een oplossing biedt. ■

Gerrit-Jan Vrielink

Waardering: ● ● ●

Toepassing CCQ bij COPD

Kocks J. Towards health status guided care in COPD: using the clinical COPD questionnaire (CCQ) [Proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen, 2011. 176 pagina's. ISBN 978-90-367-4901-5.

Op 1 juni 2011 promoveerde Janwillem Kocks aan het UMCG op zijn proefschrift over de toepassing van de *Clinical COPD Questionnaire* (CCQ) in de zorg voor eerstelijns-COPD-patiënten. In diverse onderzoeken betoogt de nieuwbakken doctor en voormalig aiotho Kocks dat de CCQ een goed alternatief vormt voor longfunctiemeting bij COPD.

De CCQ is zeker een hot topic nu de vorig jaar verschenen Zorgstandaard rept van 'ziektelast' als centraal paradigma voor de inkaarting en behandeling van COPD, daarmee instrijkend tegen de huidige wereldwijd gehanteerde GOLD-indeling naar longfunctiewaarden. Probleem tot op heden is dat er nog weinig concreets valt te meten aan het begrip ziektelast (er wordt gewerkt aan een ziektelastmeter onder auspiciën van de Long Alliantie Nederland), terwijl de CCQ al jaren een veelgebruikt instrument is in de Nederlandse eerstelijnspraktijk.

Kocks demonstreert in zijn proefschrift dat de CCQ bruikbaar is bij het meten van klachten en de impact daarvan op het dagelijks leven van patiënten (gezamenlijk benoemd als *health status*), waarbij de behandeling op nuttige wijze kan worden gestuurd. Daarnaast voorspelt de CCQ het beloop van COPD tijdens een opname wegens exacerbatie: hoe snel patiënten op de intensive care belandden, een heropname nodig hadden of zouden sterven. Maar dit betreft slechts een beperkte groep in de eerstelijnspopulatie. Wellicht is het meest bruikbare van de CCQ dat ondanks de goede hanteerbaarheid (tien vragen) er toch drie domeinen kunnen worden benoemd (klachten, functionele status en mentale status) die tot verschillende behandeltrajecten kunnen leiden. Prettig voor de praktijkondersteuner, want bij een afwijkende score op een bepaald domein vormt dit een prima aangrijpingspunt voor een gesprek over de achterliggende oorzaak. De eendimensionale longfunctiemeting zoals gepropageerd door GOLD kan daar zeker niet aan tippen, al lijkt hier met de aangekondigde update van GOLD wel verandering in te komen.

Los van de fase van diagnosestelling (COPD blijft nu eenmaal een obstructieve longziekte), is het praktische nut van telkens herhaalde spirometrie in de follow-up van COPD inmiddels twijfelachtig te noemen. Die bruikbaarheid van de CCQ in het afstemmen van beleid bij de individuele COPD-patiënt moet echter wel nog worden getoetst in een prospectieve gerandomiseerde klinische trial, maar gelukkig heeft Kocks daar al een veelbelovend onderzoeksprotocol voor klaarliggen.

Daarnaast is discussie mogelijk over de gehanteerde afkapwaarden voor de CCQ: 0,4 wordt door Kocks benoemd als minimaal klinisch relevante verandering, en in een recente analyse van zijn hand wordt een CCQ-score > 1,7 gepropageerd als afkappunt voor instabiel COPD. Er is echter sprake van enige spreiding rond die 0,4 en de gouden standaard voor 'instabiel COPD' is eigenlijk niet voorhanden. Dit gegeven vormt vanzelfsprekend een mooie uitdaging om bovengenoemde afkapwaarden in toekomstige onderzoeken te valideren in gevarieerde en andersoortige eerstelijnspopulaties, ook internationaal. Bovendien zijn er concrete plannen om de CCQ grondig te onderzoeken op zijn praktische merites in vergelijking met haar Britse tegenhanger, de *COPD Assessment Test* (CAT), naast een traject om deze te integreren in een nationaal valideringsonderzoek naar de ziektelastmeter. Al met al kan Kocks de komende jaren zijn mouwen nog flink opstropen! ■

Just Eekhof

Nico van Duijn

Moeie voeten

De gewone medisch specialist begint met het gezondheidsprobleem, de vraag van de patiënt. Daar wordt een oplossing bij gezocht. De patiënt krijgt antwoord op zijn vraag. De privékliniekspecialist doet het andersom. Die heeft een oplossing en daar worden patiënten bij gezocht. Neem nu spataderen. De patiënt heeft moeie voeten, misschien wat dik en pijnlijk. Of hij vindt zijn voeten lelijk. In de privékliniek krijgt de patiënt wat ze hebben: een echo-onderzoek en laseren van de vaten, zelden steunkousen. Of ze 100% succes garanderen zonder complicaties, dat weet ik niet. Dat zou ook raar zijn. Geneeskunde doet niet aan 100% garantie. Vanzelfsprekend zijn ze steengoed in echo's en laseren. Ze doen immers niets anders. Ze kunnen niets anders. Ze zijn misschien goed in de ingreep, het medisch trucje. Ze zijn niet het best in een antwoord geven op de vraag van de patiënt: wat helpt het best en kan zo'n ingreep kwaad? Die privékliniek maakt het niet uit. Ze doen in oplossingen, niet in vragen. Die oplossingen kunnen zomaar 1500 euro opleveren voor moeie voeten. Bij complicaties in het weekend mag de huisarts of de spoedeisende hulp het opknappen, want dan is de spataderkliniek gesloten. Die speciale klinieken met één medisch kunstje maken gebruik van de marktwerking in de zorg. Marktwerking was bedoeld om betere en goedkopere zorg te leveren. Of ze betere antwoorden geven betwijfel ik. Ze zijn vast handig in de oplossing, maar daar gaat het niet om. Goedkoper zijn ze ook niet, want ze doen nooit niets. 'Vraag zoekt oplossing' zou het moeten zijn. Voor speciale klinieken is het eerder 'Medisch kunstje zoekt budget'. ■

Sneltests: hoop of hype? 1

Mijn complimenten gaan uit naar Cals en Van Weert voor hun uitstekende beschouwing van sneltesten in het diagnostisch landschap van de huisarts.[1] Wetenschappelijke onderbouwing van het nut van de sneltest voor de huisartsenpopulatie en kwaliteitsaspecten van procedure en testgebruik zijn daarbij het meest bepalend voor mogelijke invoering van een nieuwe sneltest in de huisartsenpraktijk. De door de auteurs voorgestelde vijf criteria over 'uitvoering en kwaliteitscontrole' voor introductie van een nieuwe sneltest in de huisartsenpraktijk onderschrijf ik van harte. Samenwerking met een diagnostisch laboratorium is daarbij essentieel.

Graag zou ik een nog niet genoemd aspect willen toevoegen aan het nuttige lijstje dat over 'indicatie en effectiviteit' gaat. Het heeft te maken met het veranderende zorglandschap dat pas is ontstaan en waarvan we de groei en bloei nog amper kennen. Toename van screening en preventie, autonomie van de patiënt, service, (dubbele) vergrijzing, substitutie van zorg van ziekenhuis naar huisartsenpraktijk, marktwerking ('als wij het niet begeleiden, gaan zij – lees: commerciële partijen – het doen') en de acceptatie van steeds kleinere gezondheidsrisico's zullen invloed hebben op het consult en ons diagnostisch gedrag. Klassieke artsgecentreerde consulten maken vaker plaats voor minivergaderingen met de patiënt, waarbij arts én patiënt kunnen bepalen welke test er wordt verricht. Vertaald naar testeigenschappen zal het risico op foutpositieve testuitslagen meer worden geaccepteerd in ruil voor een kleiner risico om een ernstige ziekte te missen. Een (snel)test met bijvoorbeeld een matig positief voorspellende waarde mag dus niet onmiddellijk worden afgewezen voor de huisartsenpraktijk. Het is ook bekend dat huisartsen zich in het geval van een (fout)positieve, kwantitatieve testuitslag niet snel laten misleiden, omdat de mate van afwijking van het gemiddelde wordt meegewogen en de informatie van de test hooguit wordt opgeteld bij de informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek. Het kan dus zinvol zijn om ook minder excellente sneltesten te introduceren in de huisartsenpraktijk, zeker als reguliere testen uit anamnese en lichamelijk onderzoek (zoals vele) een beperkte diagnostische en prognostische waarde hebben. En indicatieverbreding bij de CRP-sneltest? Zeker, maar pas hiervoor op. Slechts een CRP van 140mg/l bij een (theatraal?) overkomende patiënt met buikklachten zal een hoop diagnostisch genoegen geven en – na operatie – een tevreden, gezonde patiënt! ■

Rogier Hopstaken

1 Cals J, Van Weert H. Sneltests: hoop of hype? Huisarts Wet 2011;54:543-7.

Sneltests: hoop of hype? 2

In uw oktobernummer staat een bijzonder lezenswaardige bijdrage van de heren Cals en Van Weert.[1] Zij bespreken op heldere wijze de problemen en mogelijkheden van diagnostiek. Ook benoemen zij, op een in mijn optiek juiste wijze, de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan wil je tot diagnostiek overgaan. Eerst gedegen anamnese en lichamelijk onderzoek en je dan afvragen: 'Wat vraag ik aan?' en 'Gaat de uitkomst van het aangevraagde de patiënt en mij verder helpen?'.

Aan de grote hoeveelheid genuanceerde waarheden die worden genoemd, zou ik toch iets willen toevoegen. In mijn optiek gaat het stuk van beide heren vooral over de analyse. Ik zou het belang van pre- en postanalyse onder de aandacht willen brengen. In ons laboratorium Izore voor infectieziektendiagnostiek in Friesland voeren wij sinds de zomer van 2010 géén borreliadiagnostiek meer uit indien er géén klinische informatie (de reden van de aanvraag) op het aanvraagformulier wordt vermeld. Dit betekent dat wij achter de reden van de aanvraag aanbellen. Zomer 2010 was nog 40% van de aanvraag zonder klinisch gegeven. Dat is nu teruggebracht naar 5%. Ook geven wij practica aan praktijkassistenten waarin wij de noodzaak van het vermelden van klinische informatie toelichten. Dit heeft er inmiddels toe geleid dat wij menen dat wij geen uitslag meer produceren, maar een antwoord geven op de vraag die wordt gesteld. Wij horen van huisartsen terug dat wij hen op een betere manier ondersteunen. Wij denken dus dat er hoop is voor de diagnostiek in de huisartsenpraktijk. Zeker indien wij van het laboratorium de huisarts hierbij helpen. ■

Jan Weel

1 Cals J, Van Weert H. Sneltests: hoop of hype? Huisarts Wet 2011;54:543-7.

ANTWOORD

Wij danken collegae Weel en Hopstaken voor hun positieve reacties. Wij zijn het geheel met Weel eens dat diagnostiek dient te passen in een klinisch beleid en daarbij hoort een juiste patiëntenselectie en een juist gebruik van de geïndiceerde test. Diagnostiek dient bij te dragen aan klinische beslissingen en zo niet, dan is testen in principe overbodig. Of het opschrijven van de reden van aanvraag er daarbij steeds veel toe doet, is een geheel andere kwestie. Ook collega Hopstaken benadrukt nogmaals terecht dat sneltestdiagnostiek dient plaats te vinden in aanvulling op gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek. *Off-label*-gebruik van sneltests? Liever wachten op wetenschappelijk bewijs. Net als medicatie zouden sneltests voor gerichte indicaties moeten worden geregistreerd. Regelmatig en regulier gebruik daarbuiten moet niet worden aangeraden en vergoed. ■

Jochen Cals en Henk van Weert

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 Onjuist / 2 Onjuist / 3 Onjuist

Er is sprake van enuresis nocturna als een kind van 5 jaar in de afgelopen drie maanden ten minste tweemaal per week 's nachts in bed heeft geplast of als een kind van 7 jaar of ouder (of een volwassene) ten minste eenmaal per maand in bed plast zonder andere lichamelijke ziekte en zonder andere symptomen. De aanpak van enuresis nocturna bij kinderen is gedragsmatig en vraagt om afstemming met kind en ouders. Medicatie speelt vrijwel geen rol, omdat die het probleem niet snel oplost en na het staken van de behandeling is er een grote kans op terugval. Als de huisarts voor medicamenteuze behandeling kiest, gaat de voorkeur uit naar desmopressine boven imipramine. Als alternatieven ontbreken kan hij desmopressine echter wel kortdurend voorschrijven bij bijvoorbeeld logeerpartijen en vakanties.

De plaswekker is een intensieve methode die ouders bij kinderen vanaf 5 jaar kunnen toepassen en waarbij het kind leert wakker te worden van het gevoel van een volle blaas; het succespercentage ligt op ongeveer 70%. Enuresis nocturna komt familiair voor. Als beide ouders in bed plasten, is de kans dat het kind het ook doet 77%. Als één ouder in bed plaste, heeft het kind 43% kans dat ook te doen.

Boomsma LJ, Van Dijk PA, Dijkstra RH, Van der Laan JR, Van der Meulen P, Ubbink JTh, et al. NHG-Standaard Enuresis nocturna (eerste herziening). www.nhg.org.

4 Juist / 5 Juist

Kort na de menarche komen soms hevige of langdurige bloedingen voor (twee tot drie weken), de zogenoemde 'métrorrhagie des jeunes vierges'.

Onregelmatig bloedverlies in de eerste vijf jaar na de menarche wordt vrijwel altijd veroorzaakt door anovulatoire cycli. Pas vijf jaar na de menarche is het aandeel van ovulatoire cycli 80%, hetgeen we in de vruchtbare levensfase als normaal beschouwen. Bij deze groep jonge vrouwen leveren bevindingen bij inwendig onderzoek geen wezenlijke bijdrage aan de diagnostiek en het beleid. In de zeldzame gevallen dat er wel een onderliggende oorzaak is, gaat het om aandoeningen die niet tijdens inwendig onderzoek worden gediagnosticeerd (bijvoorbeeld stollingsstoornissen of geneesmiddelengebruik).

Heineman MJ, Evers JLH, Massuger LFAG, Steegers EAP (redactie). Obstetrie en gynaecologie. 6e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.

Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Drost B, Hohmann FP, Leusink GL, et al. NHG-Standaard Vaginaal Bloedverlies (tweede herziening). www.nhg.org.

6 Juist / 7 Onjuist

Antibiotica bij acute keelpijn kunnen zinvol zijn, maar slechts bij een deel van de volwassen patiënten en alleen bij een bacteriële oorzaak: dan kunnen zij de duur van de klachten bekorten met 24 tot 48 uur. De kans dat behandeling met antibiotica complicaties voorkómt, is beperkt. Daarom zijn antibiotica alleen raadzaam bij patiënten met een ernstige keelontsteking of een verhoogd risico op complicaties. Bij alle andere patiënten maakt de huisarts samen met de patiënt de afweging of deze profijt kan hebben van antibiotica. Zo ja, dan schrijft de huisarts een smalspectrumpenicillinekuur van zeven dagen voor.

Zwart S, Dagnelie CF, Van Staaij BK, Balder FA, Boukes FS, Starreveld JS. NHG-Standaard Acute keelpijn (tweede herziening). www.nhg.org.

8 Juist / 9 Juist / 10 Onjuist

Chronische veneuze insufficiëntie (CVI) ontstaat door een lang voortdurende afvloedstoornis van de venen van de benen door gebrekkige werking van de kleppen. Hierbij kunnen reflux en stuwing in de aderen, pitting oedeem en diverse huidveranderingen optreden, zoals erytheem, eczema cruris, pigmentatie, atrophie blanche, corona phlebectatica paraplantaris en in een later stadium ook dermatoliposclerose. De ernstigste complicatie van CVI is een ulcus cruris. Aanvullend onderzoek is in de meeste gevallen niet nodig. Doppler- of duplexonderzoek wordt alleen aanbevolen voorafgaand aan eventuele sclerocompressietherapie in eigen beheer.

Walma EP, Eekhof JAH, Nikkels J, Buis P, Jans PGW, Slok-Raymakers EAM, et al. NHG-Standaard Varices (Tweede herziening). www.nhg.org.

Van Vloten WA, Degreef HJ, Stolz E, Vermeer BJ, Willemze R (redactie). Dermatologie en Venereologie. 3e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2000.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Jochen Cals, Eric van Rijswijk, Henk Schers, Wilma Spinnewijn, Theo Verheij, Hans van der Wouden.
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt.
De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Hafize Guven-Onder (030) 638 39 75, h.guven@bsl.nl
Paul Bakker (030) 638 39 28, paul.bakker@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

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

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten) particulieren: € 164,-, studenten: € 82,-
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070

Nederlandse uitgeversverbond
Groep uitgevers voor vak en wetenschap

HOI 2011 PRINT

Gezonde spil in de zorg

Onlangs overleed Morris Tabaksblat. Deze oud-bestuurder van Unilever was aan het begin van deze eeuw voorzitter van de Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg, die al gauw de 'Commissie Tabaksblat' werd genoemd.

De commissie sprak duidelijk uit dat de positie van de huisarts – de spilfunctie in het zorgcontinuüm – moest worden behouden. Uitgangspunten waren verder onder andere:

- de patiënt centraal;
- solidariteit en beschikbaarheid;
- bevordering van kwaliteit;
- de huisartsenzorg in het basisverzekeringspakket.

Het inkomen diende in de ogen van de Commissie Tabaksblat te zijn gebaseerd op 'loon naar werken' en 'loon naar prestatie', en inkomen en praktijkkosten moesten gescheiden blijven.

De rode draad voor het advies vormden eenvoud, flexibiliteit en het dáár leggen van verantwoordelijkheden waar ze horen. Het advies leidde tot een financieringssysteem in een boxenmodel. Kwaliteit is voorwaarde om te kunnen praktiseren en wordt geregeld via een certificeringssysteem.

Als het advies over de scheiding van het (vaste en variabele) inkomensdeel en het praktijkkostendeel was gevolgd, waren we vast nu ook in discussie geweest over bezuinigingen. Maar er was wellicht minder verwarring geweest. De kwaliteit zou in ieder geval op een andere manier zijn geborgd, evenals de kosten daarvan. De rol van de huisarts als 'spil in de zorg' was voor de Commissie Tabaksblat onomstreden en de financieringsstructuur had tot doel deze rol te bevorderen.

Het zou goed zijn als beleidmakers het werk van Tabaksblat postuum op waarde gaan schatten en onderdeel maken van de onderbouwing van het beleid. ■

Arno Timmermans

NHG lanceert www.thuisarts.nl

De nieuwe publiekswebsite www.thuisarts.nl is tijdens het NHG-Congres gelanceerd. Bestaande voorlichtingsmaterialen – zoals de NHG-Patiëntenfolders en -brieven, de ziektebeschrijvingen, patiëntenafbeeldingen en overige medische informatie – zijn bewerkt tot korte, goed leesbare webteksten voor een breed publiek. Hieraan zijn extra teksten, maar ook afbeeldingen, filmpjes en relevante links toegevoegd. Begin 2012 wordt de site aan het publiek gepresenteerd.

Betrouwbaar en onafhankelijk

De website informeert de patiënt voorafgaand aan het consult bij de huisarts en ondersteunt de voorlichting die de huisarts in de spreekkamer geeft. Het NHG biedt de patiënt hiermee vóór, tijdens en ná het consult betrouwbare en onafhankelijke informatie over de meest voorkomende klachten en ziekten. Ook verwijst de website naar relevante informatie van andere organisaties en professionals.

Suggesties tot verbetering?

Een deel van de onderwerpen op de website is al geheel gevuld met teksten, filmpjes, afbeeldingen en instructies; andere onderwerpen worden in de komende maanden nog aangevuld en uitgebreid. Wilt u een bijdrage leveren? Bezoek en gebruik dan de website en geef uw ervaringen, suggesties en aanvullingen door aan info@thuisarts.nl. ■

Afscheid Lex Goudswaard en Kees in 't Veld

Na vele jaren nemen In 't Veld en Goudswaard afscheid van het NHG. Kees werkte bijna negentien jaar bij het NHG, goeddeels als hoofd van de afdeling Implementatie. Hij heeft veel betekend voor het kwaliteitsbeleid van de huisartsgeneeskunde (zie ook het interview op de achterpagina). Lex heeft eveneens een lange geschiedenis bij het NHG, deels als hoofd van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. Hij leverde een grote bijdrage aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen en trad vaak op als NHG-woordvoerder in de media.

Afscheidsbijeenkomst en -receptie

Het vertrek van Lex en Kees wordt op 25 januari gemarkeerd met een korte inhoudelijke bijeenkomst, gevolgd door een afscheidsreceptie. U als collega, samenwerkingspartner of relatie bent daarbij van harte welkom. Op het middagprogramma staan in elk geval:

- Een afscheidswoord van Richard Grol, die een beeld schetst van het kwaliteitsbeleid in Nederland en internationaal.
- Een toelichting van Jako Burgers op de vernieuwing van de richtlijnontwikkeling in Nederland en in internationaal perspectief.

Meer informatie vindt u op www.nhg.org; u kunt zich daar ook aanmelden. ■

Actualisering NHG-TriageWijzer

Jaarlijks wordt de losbladige NHG-TriageWijzer tweemaal geactualiseerd. Abonnees ontvangen de gewijzigde pagina's gratis per post met daarbij een cd-rom met de gehele actuele TriageWijzer. Overigens wordt de actualisering automatisch naar alle gebruikers gezonden.

De actualisering van november betreft:
Cluster *Algemeen/Huid* – ingangsklacht *Diabetes ontregeld*
Cluster *Neurologie/Psychiatrie* – ingangsklacht *Insult*
Cluster *Hoofd* – ingangsklacht *Oorklachten* ■

&NHG

Mening huisartsinstituten over de Toekomstvisie

NHG en LHV werken samen met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde aan de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. De afgelopen maanden zijn op de 8 huisartseninstituten de wensen gepeild van aios, huisartsopleiders en stafleden. Zo'n 530 mensen discussieerden enthousiast mee. Hun input zal worden verwerkt in een concept-Toekomstvisie 2022. Hieronder volgt een impressie van de bijeenkomsten; een uitgebreider verslag vindt u op www.tkv2022.nl

Wat weten we al over 2022?
De toekomst is niet op alle fronten onzeker. Ook in 2022 zijn de pijlers van de huisartsenzorg – generalistisch, persoonsgericht en continu – onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het in juni vastgestelde Standpunt *Kernwaarden huisartsgeneeskunde* herbevestigt dit. Ook demografische en epidemiologische ontwikkelingen staan al vast: de Nederlandse bevolking wordt ouder en diverser van samenstelling, en het aantal patiënten met meerdere chronische aandoeningen groeit. Medisch-technologische ontwikkelingen vergroten de mogelijkheden rond diagnostiek en behandeling; informatietechnologie doet de communicatiemogelijkheden toenemen. Binnen deze context is het een uitdaging een visie te ontwikkelen voor een toekomstbestendige huisartsenzorg. De beroepsgroep staat voor enkele belangrijke keuzes. Daarover gingen de discussies op de huisartsinstituten.

De huisarts-patiëntrelatie
Laagdrempelige toegankelijkheid is de kracht van de huisarts. Maar het is niet altijd mogelijk om alle patiënten op het juiste moment toegang te bieden tot de noodzakelijke zorg. 'Het is de taak van de huisarts om patiënten de noodzaak van triage uit te leggen en dat het niet alijd nodig is dat de huisarts zelf de patiënt ziet.'[1] Gebruik van ICT kan de toegankelijkheid en bereikbaarheid vergroten. 'Huisartsen zijn niet verantwoordelijk voor de gezondheid van de patiënt; zij moeten goede generalistische zorg leveren', is men algemeen van mening. Belangrijk is de rol van de huisarts als coach: 'Het gezamenlijk maken van een probleemanalyse en behandelingsplan staat nu al centraal tijdens het consult; dat wordt alleen maar belangrijker.'

Doelmatigheid als leidend principe
Huisartsen kunnen bij uitstek de doelmatigheid in de gezondheidszorg bewaken. Dit is geen economisch principe van de beroepsgroep maar een uitvloeisel van goede huisartsgeneeskundige zorg, ingebed in een vertrouwde arts-patiëntrelatie. Het NHG kan huisartsen ondersteunen in patiëntenvoorlichting over doelmatige zorg. Ook moet doelmatigheid in de gehéle gezondheidszorg worden bevorderd; er zijn nu te veel perverse prikkels: 'Als wij doelmatig werken terwijl ziekenhuizen alles uit de kast trekken, moet het probleem elders worden opgelost' en: 'Patiënten moeten leren wat doelmatigheid en evidence based medicine betekenen. Dat is niet alleen een verantwoordelijkheid voor de huisarts, maar ook voor de overheid, verzekeraars en patiëntenverenigingen.'

Samenwerking, taakdelegatie en aanbod
Samenwerking is de sleutel voor goede, samenhangende en doelmatige zorg. Veel wordt gezegd over de relatie met de tweede lijn: 'Het zou goed zijn als huisartsen en specialisten een team vormen. Nu houdt mijn bemoeienis op als de patiënt in het ziekenhuis is.' Er zijn verschillende suggesties voor die samenwerking, zoals onderlinge consultatie, specialistenspreekuur in de huisartsenpraktijk en de gezamenlijke ontwikkeling van zorgpaden.
Om fragmentatie in de zorg tegen te gaan, moet de huisarts generalist blijven, maar om de zorgvraag te kunnen opvangen is taakdelegatie nodig. Voorop staat dat de huisarts samen met de patiënt een behandelingsplan maakt; anderen kunnen dat (deels) uitvoeren. 'De huisarts moet wel rechtstreeks aanspreekbaar zijn als zich een probleem voordoet. Dat geeft de patiënt zekerheid.'
Huisartsen kunnen in de toekomst meer taken overnemen van het ziekenhuis als de randvoorwaarden in de pas blijven. Kaderhuisartsen kunnen een brugfunctie vervullen in de samenwerking met specialisten. Toch moet de patiënt onder de hoede blijven van zijn eigen huisarts, vinden de deelnemers, met kaderhuisartsen op de achtergrond beschikbaar voor consultatie. Over uitbreiding van populatiegerichte preventieve taken voor de huisarts is men terughoudend. ■

Anke ter Brugge,
senior-beleidsmedewerker NHG

1 De citaten in de tekst zijn afkomstig van deelnemers aan de bijeenkomsten.

NHG-AGENDA 2012 data

- **LOVAH-Congres** 27 januari
- **Huisartsenbeurs LHV** 24 maart
- **NHG-Voorjaarscongres** 19 april
- **Algemene Ledenvergadering** 7 juni
- **WONCA Europe Conference** 4 t/m 7 juli
- **NHG-Congres** 9 november

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

Cursus *Verrichtingen in de huisartsenpraktijk*

Na de verschijning van het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk* bleek dat huisartsen graag de handelingen wilden oefenen alvorens die te gaan uitvoeren. Daartoe is een praktische cursus ontwikkeld die dit najaar voor het eerst van start ging in samenwerking met de WDH-MN. Het bleek een groot succes!

Opzet van de cursus

Deelnemers krijgen voorafgaand aan de cursus toegang tot een besloten gedeelte van de NHG-website, waar een instructiefilm over het betreffende onderwerp te zien is. Stap voor stap kan hier de uitvoering van de verrichting worden gevolgd. Tijdens het 'live' gedeelte van de cursus wordt aandacht besteed aan het lichamelijk onderzoek en de indicatiestelling van de diverse verrichtingen. Vervolgens oefenen de deelnemers op fantomen onder begeleiding van deskundige en zeer ervaren docenten.

Zelf oefenen?

In 2012 wordt de cursus opnieuw gegeven in onder andere de regio's Midden Nederland, Amsterdam en Noord-Holland. De eerste cluster verrichtingen bestaat uit:

- Injectietechnieken schouder: subacromiaal en intra-articulair
- Injectietechnieken hand/pols: syndroom van De Quervain, carpaletunnelsyndroom, trigger finger
- Injectietechnieken knie
- Inbrengen IUD
- Verwijderen cervixpoliep
- Meten enkel-armindex ■

Jarenlange ervaring met Het PreventieConsult!

De NHG-Standaard over dit onderwerp verscheen nog maar pas dit jaar, maar in de huisartsenpraktijk in De Wijk bij Meppel zijn huisarts Bert van Bremen en praktijkondersteuner Jeanet Scheper al twaalf jaar bezig met het PreventieConsult *avant la lettre*. Niet alleen vinden zij actieve preventie zeer nuttig, ze zijn beiden ook trots op wat ze op dit gebied hebben bereikt. In een dubbelinterview in het Tijdschrift voor Praktijkondersteuning vertellen zij over hun werkwijze en waarom zij daaraan zoveel plezier beleven. Omdat het interview veel wetenswaardigheden voor de huisarts bevat, is het ook geplaatst op de NHG-website. U vindt het op www.nhg.org > Nieuws > NHG-Nieuws uit H&W. ■

Vliegende start van HAweb

Na de officiële lancering van het online huisartsennetwerk HAweb op 24 oktober verrichtten LHV-directeur Lodi Hennink en NHG-bestuursvoorzitter Arno Timmermans diezelfde week de symbolische onthulling van het systeem. Zij deden dit door HAweb gezamenlijk 'uit te pakken' in bijzijn van de medewerkers en de testers van het netwerk.

Hooggespannen verwachtingen

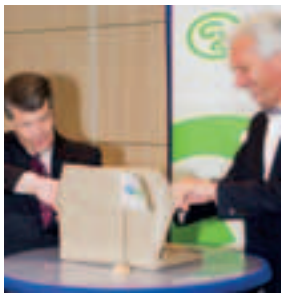
Projectleider Khing Njoo vroeg Hennink en Timmermans naar hun ervaringen met het netwerk. De verwachtingen bij beide beroepsorganisaties zijn hooggespannen. Ze gaan ervan uit dat huisartsen het dashboard naar eigen inzicht zullen inrichten zodat ze het als startpagina tijdens het spreekuur kunnen gebruiken. Ook denken ze dat huisartsen elkaar via het netwerk sneller kunnen vinden, bijvoorbeeld om in groepen te gaan samenwerken of gebruik te maken van elkaars expertise. HAweb biedt bovendien de leden een extra mogelijkheid om in contact te komen met NHG- en LHV-medewerkers.

Nu al een succes!

Kennelijk heeft de Nederlandse huisarts echt op de mogelijkheden van HAweb zitten wachten... Na twee weken hadden zich al 2500 gebruikers aangemeld!

Heeft u nog geen kijkje genomen op het netwerk en bent u lid van NHG of LHV? Ga dan naar www.HAweb.nl en registreer u met uw geboortedatum en BIG-nummer. U heeft direct toegang tot het netwerk en kunt meteen uw 'personal dashboard' gaan inrichten.

Voor meer informatie en ondersteuning tijdens het gebruik kunt u terecht bij de helpdesk: per e-mail via helpdesk@haweb.nl en per telefoon (tijdens kantooruren) via 030-28 23 645. Maar u kunt natuurlijk ook de uitgebreide Help-functie op HAweb bekijken. ■



HAweb

Afscheid van Kees in 't Veld:

'Werken bij het NHG is voor iedereen een aanrader'

Na bijna negentien jaar dienstverband verlaat Kees in 't Veld per 1 januari het NHG. Aanvankelijk was hij staflid bij de toenmalige afdeling Deskundigheidsbevordering, later werd hij hoofd van deze afdeling, die inmiddels was omgedoopt tot de afdeling Implementatie. In een interview kijkt hij terug op de hoogtepunten in zijn NHG-tijd.

Hoe kwam je bij het NHG terecht?
'Ik heb tweemaal een sollicitatiebrief gestuurd. Gek genoeg heb ik op mijn eerste brief nooit iets gehoord, dus ik heb gewoon nog een tweede brief geschreven. Ik dacht: je moet wel heel erg goed zijn om bij het NHG te kunnen werken, maar ik mocht toch komen. Zo ging ik aan de slag met het maken van de toenmalige Deskundigheidsbevorderingspakketten. Mijn eerste pakket ging over constitutioneel eczeem. Ik had dat allemaal keurig uitgewerkt, maar het kreeg vernietigend commentaar van de referenten. Dus herschreef ik het hele pakket, hetgeen opnieuw vernietigende kritiek van de referenten opleverde. Dit commentaar stond echter loodrecht op dat van de voorgaande versie en ik begreep er helemaal niets meer van. Ik heb toen maar naar de eerste versie teruggegrepen en dat is uiteindelijk een prima pakket geworden.'

En vervolgens werd je 'mister PIN'?
'Ja, de PIN's heb ik mede verzonnen. We wilden vijftien jaar geleden een goed alternatief zetten tegenover een initiatief van Accredidact, en dat werden de Programma's voor Individuele Nascholing. Feitelijk waren dat een soort mini-Deskundigheidsbevorderingspakketjes, met daarin dezelfde werkvormen. Ik vind dat leuk om te zien: in al die twintig jaar dat ik bij het NHG betrokken ben geweest bij het maken van nascholing, zijn de werkvormen niet wezenlijk veranderd. De manier waarop je mensen kunt meenemen in het leren van nieuwe vaardigheden is min of meer hetzelfde gebleven.'

Wat vond je van je tijd als afdelingshoofd?
'Toen Hans van der Voort in 1999 afscheid nam, volgde Arno Timmermans hem op als directeur en kon ik de ontstane vacature van afdelingshoofd Implementatie opvullen. Het leidinggeven heb ik met vallen en opstaan moeten leren. Want tegen zo'n club professionals kun je beter niet zeggen wat ze moeten doen; je moet bekijken wat ze in hun mars hebben, hen in hun natuurlijke gang begeleiden en proberen hun ideeën verder te dragen. Dus hen stimuleren in plaats van sturen. Ik heb er erg van genoten te merken dat je in dat leerproces altijd maar door kunt blijven groeien.'

Welke hoogtepunten waren er in negentien jaar NHG?
'Het allerleukst was het maken van *de Kwaliteitskoffer*, waaraan ook Roy Beijaert en Dorry Cox een belangrijke bijdrage leverden. Dat was zo'n goed idee: je combineert allemaal producten rond een bepaald onderwerp en stopt die samen in één prachtig koffertje. Nog altijd zijn die koffers op veel plaatsen te vinden.

Ook heb ik veel plezier beleefd aan mijn betrokkenheid bij het maken van bijvoorbeeld de Cahiers over Communicatie en Attitude, de patiëntenvoorlichting in folders, brieven en de patiëntenatlas, en aan mijn tijd in de redactie van het H&W-katern *In de Praktijk*. Recentelijk heb ik meegeschreven aan het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk* en het boek *Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde*. Dat was heel leuk en bovendien komt daar de vraag om bijscholing uit voort. Dit najaar heb ik al enkele keren de cursus *Verrichtingen* gegeven, samen met Lex Goudswaard, waarin huisartsen vooral hun injectietechnieken kunnen oefenen. Ook tijdens het LOVAH-congres in januari gaan we die nascholing geven. Ik heb daar veel plezier in.

Hoogtepunten waren natuurlijk ook het afscheidscongres van Hans van der Voort in 1999, en het door ons georganiseerde WONCA Europe Congres in 2004. Dat waren echt fantastische gebeurtenissen.'

En dan nu je vertrek...
'Tja, het is natuurlijk altijd de vraag wanneer je eigenlijk klaar bent bij zo'n organisatie. Ik heb vorig jaar het stokje van het afdelingshoofdschap al overgedragen aan Rob Dijkstra en vond dat prima, maar de periode daarna was minder gemakkelijk dan ik had gedacht. Bovendien wil ik mijn vleugels weer verder uitslaan: naast mijn praktijk wil ik onderwijs maken en geven, en voor jonge huisartsen fungeren als mentor en coach als ik hen "op weg in de praktijk" kan helpen. Ik vond het ook een mooi moment om tegelijk met Lex Goudswaard het NHG te verlaten en samen de wacht over te dragen.

Niettemin heb ik mijn tijd bij het NHG enorm inspirerend gevonden. Werken bij het NHG is voor iedereen een aanrader; het stimuleert je om te groeien en een beetje beter te worden, en heeft ook direct effect op je spreekuur. Je blijft je hier bewust waarom je je werk als huisarts ook alweer wilt doen en dat geeft betrokkenheid bij je vak.' (AS) ■

Colofon

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

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

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