H&W

Huisarts en Wetenschap

4
april 2018
jaargang 61

NHG-Standaard
Chronische nierschade

Implementatie van
het diabetes-jaargesprek

Wees alert op
ESBL-producerende
bacteriën

Calprotectinetest kan
inflammatoire darmziekte
veilig uitsluiten

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap nhg

De mondige patiënt is van alle tijden

Persoonlijke diabeteszorg, zonder klemmende protocollen en meer aandacht voor de wensen van de patiënt. Daarvoor pleit Diabetes Federatie directeur Lea Bouwmeester in dit nummer. Heel goed, als huisarts ben ik het helemaal eens met wat ze wil bereiken. Toch wringt er iets.

Onder wisselende naamgeving (patiënt centraal, persoonsgerichte zorg, *patient empowerment,* zorg op maat) zien we telkens hetzelfde ideaal terugkomen. Vaste prik is de suggestie dat het om iets nieuws, iets moderns gaat. Vroeger had je de autoritaire arts, de patiënt moest luisteren en slikken. Nu, met alle informatie die na enkele muisklikken beschikbaar is, staat de geëmancipeerde patiënt eindelijk op. Ik geloof dat niet.

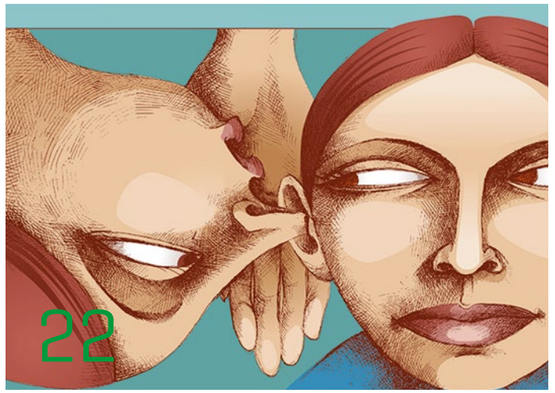
De mondige patiënt is van alle tijden. In vorige eeuwen waren patiënten minstens zo mondig als nu. In de jaren ’70 is juist vanuit de huisartsgeneeskunde de emancipatie van de patiënt sterk gestimuleerd. Niet omdat de patiënt het wilde, maar omdat het volgens de dokters beter zou werken. Een mooie paradox, toch?

We worstelen dus al langer met dit thema. Dat ziet Bouwmeester ook. “Het lijkt eenvoudig, de praktijk is weerbarstig.” Waarom? Ik denk omdat dit een van die dingen is die elke generatie voor zichzelf telkens opnieuw moet uitvinden. Een arts heeft tijd nodig om richtlijnen onder de knie te krijgen en ze met souplesse te gebruiken. Een patiënt heeft gebrek aan kennis en ervaring of emoties die in de weg kunnen staan. Sommige situaties staan veel, andere staan weinig ruimte tot overleg toe. Dat is gewoon ingewikkeld.

Het is nodig om telkens opnieuw te praten en denken over persoonlijke zorg. Dat patiënten daarbij protesteren tegen overprotocollering is zeer welkom. Persoonlijke zorg gaat volgens mij niet via nieuwe, externe instrumenten maar via internalisering van dat ideaal in de hoofd van dokter en patiënt en het vergroten van hun vaardigheden. Het is dus niet Bouwmeesters ideaal dat wringt, het is haar weg ernaartoe. Het gaat niet om nieuwe inzichten of ICT-toepassingen, maar om tijd, motivatie en gewetensvolle inzet van twee mensen, namelijk u en de patiënt, in de beslotenheid van de spreekkamer. ■

Sjoerd Hobma

‘Persoonlijke zorg bereik je niet met ICT of patiëntprofielen, maar door ruimte voor de ervaring en vaardigheden van twee mensen in de spreekkamer’



Wetenschap

14 **Hartpatiënt moet meer weten over alarmsymptomen**
Vooral subjectieve factoren zijn bij ACS-klachten bepalend voor de keuze van de keteningang.

18 **CRP-test alleen bij acuut zieke kinderen met hoger risico**
Het klinische oordeel van de arts blijft essentieel, zelfs als een lage CRP-waarde een ernstige infectie lijkt uit te sluiten.

22 **Implementatie van het diabetes-jaargesprek**
In het diabetes-jaargesprek stellen patiënt en zorgverlener samen vast welke behandeling en ondersteuning nodig zijn.

26 **NDF-directeur Lea Bouwmeester over 'het goede gesprek' in de diabeteszorg**

29 **Calprotectinetest kan inflammatoire darmziekte veilig uitsluiten**
Met de fecaal-calprotectinetest zijn we beter in staat te bepalen of er al dan niet een inflammatoire darmziekte aanwezig is.

34 **Wees alert op ESBL-producerende bacteriën**
Ook huisartsen moeten alert zijn op infectie met ESBL-producerende bacteriën.

38 **Centrale rol huisarts bij antibioticaresistentie**
De huisarts is een belangrijke schakel in de keten als het gaat om antibioticaresistentie.

40 **De rol van de huisarts bij soaconsulten**
De huisarts heeft met twee derde van alle soaconsulten nog altijd een belangrijk aandeel in de soazorg.

Fotografie omslag: Shutterstock

Praktijk

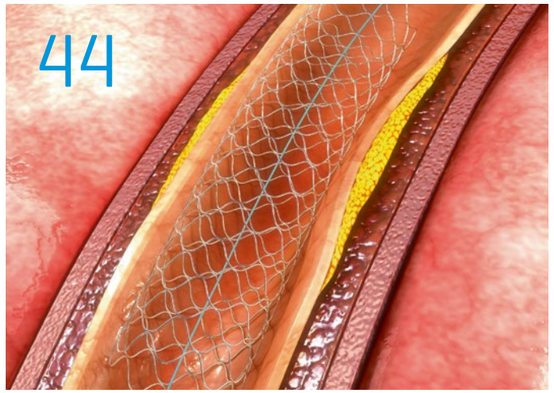
68 **Monsters in de nacht: bedwantsen**
De incidentie van bedwantsbeten stijgt door toenemend reisverkeer en doordat dit insect steeds meer resistent wordt tegen insecticiden.

69 **Kennistoets**
ESBL-producerende bacteriën

70 **Behandeling van jeuk**
Bij jeuk kan lokale of systemische medicatie zinvol zijn bij specifieke oorzaken, maar wees alert op schadelijke bijeffecten.

74 **Erysipeloïd na sectie van of contact met geïnfecteerd pluimvee**
Erysipeloïd is onder mensen veelal een beroepsziekte, die sporadisch tot klachten leidt.

76 **Uw diagnose**



Nieuws

6 **Opioïden na operatie liever kort en krachtig**

6 **Een sigaret per dag is al te veel**

7 **Slechte registratie afwijkend medicijnmetabolisme**

7 **Grote regionale verschillen in prescriptie bij DM type 2**

8 **Verdikte voeding vermindert reflux baby's**

9 **Sms'jes faciliteren gewichtsverlies bij obesitas**

10 **Foamverband bij decubitus niet beter**

10 **Behandeling urge-incontinentie kan veel doelmatiger**

13 **Aandacht voor partners van patiënten met chlamydia**

13 **Langdurig gebruik antidepressiva groeit in eerste lijn**

77 **Tramadol nauwelijks effectief bij neuropathische pijn**

78 **Pijnbestrijding bij patiënten met kanker**

79 **Orale of lokale antibiotica bij een loopoor?**

80 **Ivermectinecrème als behandeling voor rosacea**

83 **Combinatie van triptaan en NSAID bij migraine**

84 **NHG stelt HIS-referentiemodel continu bij**

85 **Alarmbellen bij empathie**

86 **Apptip Eye Chart Pro**

NHG

44 **Herseninfarct voortaan ook endovasculair te behandelen**
Herziening NHG-Standaard Beroerte

50 **NHG-Standaard Chronische nierschade**
Het leeftijdscriterium voor het beleid is in deze standaard komen te vervallen. Het nieuwe classificatiesysteem is gebaseerd op de prognose.

66 **Terughoudend met antivirale medicatie bij gordelroos**
Herziening NHG-Behandelrichtlijn Gordelroos

88 **Nieuwe manier van werken bij huiselijk geweld**

90 **Interview met Maria van den Muijsenbergh**
'Als we nou maar eens zouden controleren of de patiënt heeft begrepen wat we adviseren.'

www.henw.org

- Apathie bij ouderen voorbode van dementie
- Maandelijks subcutane prik werkt mogelijk tegen migraine
- Definitieve einddatum op herhaalrecept alfablokkers
- Klinisch beeld goede voorspeller pneunomie

Opioïden na operatie liever kort en krachtig

Vincent van Vugt

Na een operatie kunnen opioïden beter korter worden voorgeschreven in een hoge dosis dan langer in een lage dosis. Dat is de conclusie van een Amerikaans onderzoek onder meer dan een miljoen postoperatieve patiënten. Het ophalen van een herhaalrecept en langdurig gebruik na ontslag waren sterker geassocieerd met de ontwikkeling van opioïdenverslaving dan een hoge postoperatieve dosering.

In Nederland neemt problematisch opioïdengebruik toe. Foto: iStock

De onderzoekers analyseerden retrospectief alle 1.015.116 patiënten uit een zorgverzekeraarsdatabase die tussen 2008 en 2016 een grote operatie of kleine ingreep ondergingen. De mediane follow-up van de patiënten was 2,67 jaar. Patiënten die voor hun operatie al regelmatig opioiden innamen of opiaten misbruikten, werden van het onderzoek uitgesloten. De belangrijkste onderzoeksvraag was of postoperatief voorschrijven van opioïden kan leiden tot problematisch gebruik. Meer dan de helft van de patiënten (56%) kreeg opioïden na hun operatie. Een kleine groep van 5906 patiënten (0,6% van alle patiënten) ontwikkelde een opioïdenverslaving. Het ophalen van een herhaalrecept na ontslagmedicatie was geassocieerd met een grotere kans om in deze groep te komen (hazard ratio 44%; 95%-BI 40,8 tot 48; $p < 0{,}001$). Het risico nam ook toe met iedere week dat patiënten na ontslag langer opioïden gebruikten (hazard ratio 19,9%; 95%-BI 18,5 tot 21,4). De hoogte van de postoperatieve dosis opioïden had nauwelijks invloed op het wel of niet ontwikkelen van opioïdenmisbruik.
In de Verenigde Staten is op dit moment sprake van een opioïdencrisis. Ook in Nederland neemt problematisch opioïdengebruik toe. Bij postoperatief gebruik van opioïden bij mensen die niet gewend zijn aan deze middelen lijkt een lange behandelduur een groter risico dan een hoge dosis. Het oude adagium 'start low, go slow' gaat hier dus niet op. De huisarts speelt een belangrijke rol bij het implementeren van dit beleid, omdat herhaalrecepten vaak via de praktijk gaan. Geef dus niet te snel een herhaalrecept opioïden! ■

Brat G, et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. BMJ 2018;360:j5790.

Een sigaret per dag is al te veel

Marcelle van Eupen

'Rookt u?' 'Ja, maar ik probeer de laatste tijd te minderen.' Een veelgehoorde zin in de spreekkamer, en waarschijnlijk vaak beloond met een compliment ter aanmoediging. Uit recent onderzoek blijkt echter dat zelfs het roken van een sigaret per dag de kans op hart- en vaatziekten aanzienlijk verhoogt.

De onderzoekers keken naar de relatie tussen het aantal sigaretten dat per dag wordt gerookt en het risico op hart- en vaatziekten in een grote systematische review en meta-analyse onder 141 cohortonderzoeken. Bij mannen bleek het roken van een sigaret per dag in vergelijking met niet-rokers een risicoverhoging (RR) van 1,47 keer (47%) zo groot te geven op coronaire hartziekten. Bij het roken van twintig sigaretten was dit risico 2,04 keer (104%) groter dan bij niet-rokers. Bij vrouwen waren de getallen vergelijkbaar: een RR van 1,57 bij een sigaret per dag en een RR van 2,84 bij twintig sigaretten. Voor het risico op een herseninfarct werd dezelfde trend gezien: bij mannen een RR van 1,25 bij een sigaret per dag en een RR van 1,64 bij twintig sigaretten, bij vrouwen een RR van 1,31 bij een sigaret per dag en een RR van 2,16 bij twintig sigaretten. Bij het inhaleren van maar liefst twintig keer minder sigarettenrook verlaagt het risico op hart- en vaatziekten dus maar met ongeveer de helft, veel minder dan je zou verwachten. De NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken maakt geen onderscheid tussen risicoreductie

Een sigaret per dag verhoogt de kans op hart- en vaatziekten aanzienlijk. Foto: iStock

van longkanker of hart- en vaatziekten, maar ook uit de daar vermelde mortaliteitscijfers blijkt minderen in verhouding veel minder op te leveren dan helemaal stoppen. En dat is een belangrijke boodschap voor de spreekkamer. ■

Hackshaw A, et al. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. BMJ 2018;360:j5855.

Slechte registratie afwijkend medicijnmetabolisme

Nicole Verbiest

Het enzym CYP2D6 zorgt voor de omzetting van ongeveer een kwart van de medicijnen. Bij sommigen werkt dit enzym minder goed dan bij anderen en dat heeft consequenties voor de medicatie. In de Nederlandse gezondheidszorg gaan uitslagen van de CYP2D6 genotypering echter op grote schaal verloren, waarschijnlijk door slechte communicatie en registratie. Patiënten lopen daardoor het risico om een verkeerd gedoseerd medicijn te krijgen. Dat blijkt uit een recent onderzoek.

De activiteit van CYP2D6 bepaalt hoe goed patiënten bepaalde medicijnen kunnen omzetten. Het gaat met name om antidepressiva en antipsychotica, maar ook om bijvoorbeeld metoprolol en tramadol. De metabole capaciteit kan worden ingedeeld in afwezig/slecht, verlaagd, normaal en verhoogd. Ongeveer 80% van de Nederlandse populatie heeft het normale polymorfisme. Bij de overige vormen adviseren de NHG-Standaarden vaak een aanpassing van de dosis of een ander medicijn.
Nederlandse onderzoekers bekeken retrospectief in welke mate specialisten de resultaten van de CYP2D6 genotypering deelden met de huisarts en apotheker. Daarnaast onderzochten ze de invloed op het voorschrijfgedrag. In een genetisch laboratorium werd het enzym CYP2D6 bepaald bij 1307 patiënten. Van hen konden de onderzoekers 216 medische dossiers achterhalen. Bij de huisarts waren deze uitslagen in slechts 3,1% van de gevallen bekend, bij de apotheek in 5,9% van de gevallen. Deze betroffen alleen de afwijkende uitslagen. De onderzoekers vonden geen verschil in de dosering van psychofarmaca tussen patiënten met normale en afwijkende polymorfismen ($p \geq 0{,}486$).
De uitslagen van de CYP2D6 genotypering zijn dus nauwelijks bekend in de eerste lijn. Dit kan komen doordat de aanvragend specialist die informatie niet doorgeeft, maar ook doordat de huisarts deze niet registreert. Bij de enkele patiënten van wie bekend was dat de CYP2D6 genotypering afwijkend was, veranderde het voorschrijfbeleid niet. Het is aan te raden om alert te zijn op CYP2D6-uitslagen die binnenkomen, deze in te voeren als contra-indicatie in de prescriptiemodule van het HIS en het voorschrijven daarop af te stemmen. ■

Simoons M, et al. Availability of CYP2D6 genotyping results in general practitioner and community pharmacy medical records. Pharmacogenomics 2017;18:843-51.

Grote regionale verschillen in prescriptie bij DM type 2

Bèr Pleumeekers

Er zijn grote regionale verschillen in voorschrijfgedrag bij de nieuwe generatie orale bloedsuikerverlagende middelen, zoals DPP4- en SGLT2-remmers en GLP1-analogen. In bepaalde regio's schrijven huisartsen deze middelen tot tienmaal vaker voor dan in andere delen van het land.

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017 onderzocht de keuze van huisartsen bij het voorschrijven van de nieuwe generatie bloedsuikerverlagende orale middelen. Landelijk gezien kreeg ongeveer 2,2% van diabeten een DPP4-remmer voorgeschreven in 2016, 0,6% een GLP1-analogen en 1,3% een SGLT2-remmer. Huisartsen lijken dus terughoudend te zijn bij het voorschrijven van deze middelen.
Er is een forse spreiding wat voorschrijfgedrag betreft. Tussen de hoogste en de laagste percentielen voorschrijvers is deze respectievelijk 0,6% tot 4,2% voor DPP4, 0,2% tot 0,9% voor GLP1 en 0,3% tot 2,6% voor SGLT2. Daarnaast valt op dat de huisarts de DPP4-remmers het frequentst voorschrijft. In en rond Den Haag worden deze middelen relatief vaak gekozen, in Nijmegen en de kop van Noord-Holland zijn de huisartsen het meest terughoudend met het voorschrijven van deze middelen.
De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert om de nieuwe generatie orale middelen te reserveren voor situaties waar metformine en SU-derivaten op bezwaren stuiten. Een belangrijke reden voor deze keus is de relatief hoge prijs van de nieuwe generatie orale middelen. Bovendien is er onvoldoende bewijs dat deze middelen behalve een bloedsuikerverlagend effect een gunstig effect hebben op de diabetesgerelateerde mortaliteit en morbiditeit.
In absolute zin is het aantal voorschriften beperkt, maar de grote regionale verschillen doen vermoeden dat er nog enige ruimte voor verbetering is. ■

Foto: Shutterstock

Lambooij A, et al. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2017.

Verdikte voeding vermindert reflux baby's

Vincent van Vugt

Verdikking van flesvoeding is een veilige methode om regurgitatieklachten te verminderen. Foto: iStock

Volgens een recente Cochrane-review nemen refluxklachten bij jonge zuigelingen af na inname van verdikte voeding. De onderzochte baby's waren jonger dan zes maanden, à terme en dronken voornamelijk flesvoeding. Uit het onderzoek werd niet duidelijk welke voedselverdikker het effectiefst was. Verder is het nog onduidelijk of verdikte voeding ook effect heeft bij zuigelingen die borstvoeding krijgen.

De resultaten zijn gebaseerd op acht verschillende RCT's met in totaal 637 zuigelingen die last hadden van reflux. Deze diagnose werd in zes onderzoeken gesteld met gevalideerde vragenlijsten en in twee onderzoeken met oesofageale pH-metingen. De helft van de zuigelingen kreeg verdikte voeding en de andere helft kreeg placebovoeding. De behandelperiode varieerde tussen een week en twee maanden.
Zuigelingen die verdikte voeding kregen, hadden twee regurgitatie-episodes minder per dag (gemiddeld verschil -1,97 episodes; 95%-BI -2,32 tot -1,61, matige kwaliteit bewijs GRADE) en een 2,5 maal grotere kans om klachtenvrij te zijn aan het einde van de behandelperiode (risicoratio 2,50; 95%-BI 1,38 tot 4,51; lage kwaliteit bewijs GRADE). In een onderzoek kregen baby's na de verdikte voeding vaker diarree, verder werden er geen verschillen in bijwerkingen gerapporteerd. Door de korte follow-upduur van maximaal twee maanden konden de auteurs geen uitspraken doen over langetermijneffecten.
We moeten niet vergeten dat gastro-oesofageale reflux bij zuigelingen een normaal fysiologisch fenomeen is. Bij hinderlijke klachten is verdikking van flesvoeding echter een veilige methode om regurgitatieklachten te verminderen met gemiddeld twee episodes per dag. Deze resultaten sluiten aan bij het huidige advies van de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraamperiode en de NVK-Richtlijn Gastro-oesofageale reflux. Het populairste verdikkingsmiddel, en tevens een mooi scrabblewoord, is johannesbroodpitmeel. Of dit ook de beste voedselverdikker is, blijft vooralsnog onduidelijk. ■

Kwok T, et al. Feed thickener for infants up to six months of age with gastro-oesophageal reflux. Cochrane Database Syst Rev 2017;12:CD003211.

Sms'jes faciliteren gewichtsverlies bij obesitas

Nicole Verbiest

Tweewekelijkse sms'jes met tips voor gewichtsverlies helpen obese patiënten bij het afvallen, zo blijkt uit een onderzoek door huisartsen. Na een jaar waren het gewicht en de buikomvang van de deelnemers iets afgenomen. Acht procent van de interventiegroep haalde het doel van 10% gewichtsverlies vergeleken met 0% in de controlegroep.

Huisartsen uit zes huisartsenpraktijken nodigden tijdens hun spreekuur mensen uit voor het onderzoek. Daarvoor kwamen patiënten in aanmerking van 30 tot 45 jaar met een BMI van meer dan 25 m^2/kg. Deze patiënten mochten geen andere aandoeningen hebben en geen medicatie gebruiken. De interventie- en de controlegroep kregen dezelfde leefstijladviezen aan het begin van het onderzoeksjaar. Vervolgens kreeg de interventiegroep elke twee weken een automatische sms waarin een advies werd herhaald. Na een jaar vergeleken de huisartsen onder andere gewicht, buikomvang, lipidenprofiel en nuchter glucose van beide groepen.
Van de 129 mensen die geschikt waren, rondden er 123 het onderzoek af. Het gewicht en de buikomvang namen in de interventiegroep significant af, met respectievelijk 2,4 kg (95%-BI -4,23 tot -0,57) en 5,0 cm (95%-BI -6,81 tot -2,3). Van de mensen in de interventiegroep haalde 8% het doel van 10% gewichtsverlies. In de controlegroep haalde niemand dit doel. Het lipidenprofiel veranderde niet. De nuchtere glucose steeg in beide groepen. Leefstijlaanpassingen zijn een belangrijke pijler van de NHG-Standaarden. Veel mensen streven een gezondere leefstijl na, maar veranderen blijft moeilijk. Niet voor niets is afvallen elk jaar het meest voorkomende goede voornemen. E-health met sms'jes blijkt een goede aanvullende ondersteuning, alle kleine beetjes helpen! ■

Silina V, et al. Text messaging (SMS) as a tool to facilitate weight loss and prevent metabolic deterioration in clinically healthy overweight and obese subjects: a randomised controlled trial. Scand J Prim Health Care 2017;35:262-70.

E-health met sms'jes blijkt een goede aanvullende ondersteuning voor gewichtsverlies. Foto: Shutterstock

Foamverband bij decubitus niet beter dan andere verbanden

Sjoerd Hobma

Volgens een recente Cochrane-review is er geen bewijs dat foamverbanden effectiever zijn bij decubitus dan andere verbandmaterialen. Er is evenmin bewijs dat foamverbanden beter scoren op kosteneffectiviteit dan andere materialen, zeker niet gezien de prijzen van de beschikbare producten.

Deze conclusies sluiten aan bij de NHG-Standaard Decubitus, maar niet bij de klinische praktijk waarin de verzorging en verpleging vaak gericht vragen naar deze materialen.
Er zijn over dit onderwerp echter weinig onderzoeken beschikbaar en de meeste daarvan laten geen positieve resultaten zien. Bovendien zijn er methodologisch beperkingen door het geringe aantal geïncludeerde patiënten en te onduidelijk beschreven methoden. In bijna 25 jaar zijn wereldwijd slechts negen onderzoeken met in totaal 483 patiënten beschreven. Het is bijzonder jammer te moeten concluderen dat over een onderwerp dat zoveel voorkomt, zoveel leed veroorzaakt en zoveel zorgkosten genereert eigenlijk veel te weinig bekend is. ■

Walker RM, et al. Foam dressings for treating pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2017;10:CD011332.

Behandeling urge-incontinentie kan veel doelmatiger

Bèr Pleumeekers

Eenvoudige FTO-afspraken kunnen waarschijnlijk al een duidelijk verschil maken bij urge-incontinentie.

Foto: iStock

Tolterodine is het middel van eerste keus bij de medicamenteuze behandeling van patiënten met urge-incontinentie volgens de NHG-Standaarden Incontinentie voor urine bij vrouwen en Mictieklachten bij mannen. Als meer huisartsen dit advies opvolgen, is er een aanzienlijke kostenbesparing mogelijk. Dit middel is namelijk veel goedkoper dan de gangbare preparaten, die momenteel vaker voorgeschreven worden.

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017 keek naar de prescriptie van anticholinergica voor de medicamenteuze behandeling van urge-incontinentie, zowel voor mannen als vrouwen. In 49% van de gevallen is de huisarts de eerste voorschrijver en 72% van de herhaalrecepten wordt eveneens door de huisarts uitgeschreven. Solifenacine wordt in 47% van de gevallen het frequentst voorgeschreven, daarna tolterodine in 22%, oxybutinine in 14% en mirabegron in 10% van de eerste uitgifterecepten.
De spreiding wat voorschrijfgedrag betreft is enorm. In sommige regio's krijgt een nieuwe gebruiker nooit tolterodine voorgeschreven, terwijl dat in andere regio's bij 67% van de voorschriften wel het geval is. Dit geldt in gelijke mate voor de andere middelen. Solifenacine is in sommige regio's zelfs in 97% van de gevallen het middel van eerste keus. Ondanks het advies om na zes maanden een stopperiode in te lassen, is dit in 25% niet gebeurd. Ook hier zijn aanzienlijke regionale verschillen, variërend van 11% in Goes tot 41% in Heereveen.
Het belangrijkste verschil tussen de urologische spasmolytica is de prijs. Zo kost tolterodine € 30 per jaar en solifenacine ruim € 300 per jaar. Jaarlijks zijn er tientallen miljoenen euro's te besparen door een doelmatigere behandeling van patiënten met urge-incontinentie. Gezien de grote regionale verschillen in voorschrijfgedrag kunnen eenvoudige FTO-afspraken waarschijnlijk al een duidelijk verschil maken. ■

Lambooij A, et al. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2017.

Aandacht voor partners van patiënten met chlamydia

Marloes Minnaard

Huisartsen behandelen partners van patiënten met chlamydia over het algemeen niet. Naar schatting behandelt slechts 2 tot 6% de partners van deze patiënten. Huisartsen staan wel open voor de patiëntgeïnitieerde behandeling van de partner (PIBP), mits er een duidelijke richtlijn is.

Nederlandse onderzoekers analyseerden hoe het momenteel gaat in de huisartsenpraktijk met partnerwaarschuwing en behandeling van partners van patiënten met chlamydia. Zij namen in hun onderzoek ook de houding van de huisarts mee ten opzichte van deze onderwerpen. De onderzoekers voerden hiervoor een overzichtsanalyse uit waarbij zij informatie uit verschillende bronnen combineerden. Die verschillende bronnen bestonden onder andere uit data van de stichting farmaceutische kengetallen, NIVEL Primary Care Database (PCD), enquêtes onder bezoekers van het NHG-congres en enquêtes onder de huisartsen van de NIVEL peilstations.
Het totale aantal gedoseerde voorschriften van azithromycine (1 g eenmalig oraal, als eerste keus bij een ongecompliceerde chlamydia-infectie) was 1078. Bij 2,1% van de voorschriften was sprake van een dubbel gedoseerd voorschrift, wat kan duiden op gelijktijdige partnerbehandeling. De meeste voorschriften waren in de leeftijdscategorie van 30 tot 39 jaar. In de meeste gevallen laat de huisarts het initiatief voor vervolgstappen voor PIBP bij de patiënt zelf (83%), waarbij de huisarts wel advies geeft over de noodzaak tot testen (56%) en/of behandeling (28%).
De tijd is rijp voor een duidelijke richtlijn voor huisartsen met indicaties voor PIBP, voor de patiënten en partners die daarvoor in aanmerking komen en met een helder juridisch kader, bijvoorbeeld over het ongezien voorschrijven van medicatie aan een 'onbekende' patiënt. ■

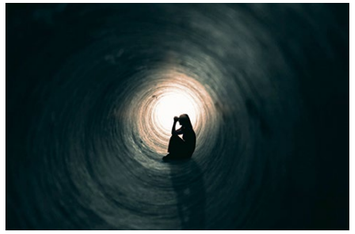
Van den Broek IVF, et al. Partner notification and partner treatment for chlamydia: attitude and practice of general practitioners in the Netherlands; a landscape analysis. BMC Fam Pract 2017;18:103.

Langdurig gebruik antidepressiva groeit in de eerste lijn

Marcelle van Eupen

Het totale en langdurige gebruik van antidepressiva stijgt wereldwijd. Huisartsen schrijven veel antidepressiva voor, al dan niet als herhaalmedicatie. De vraag rijst of zij langdurig gebruik voldoende tegengaan en of zij kritisch genoeg zijn bij herhaalmedicatie. Dit Amsterdamse onderzoek maakt duidelijk dat het belangrijk blijft hierop alert te zijn.

In Nederland krijgen 1,1 miljoen mensen eens in hun leven een antidepressivum voorgeschreven. Zowel wereldwijd als in Nederland lijkt er een trend gaande naar meer langdurig gebruik. Deze trend staat haaks op duidelijke richtlijnen, zoals de NHG-Standaard, die aanraden het gebruik af te bouwen na een stabiele periode. Huijbregts et al. onderzochten het antidepressivagebruik onder 156.620 patiënten uit 34 huisartsenpraktijken in Amsterdam en omgeving in een retrospectief observationeel onderzoek.
Over een periode van twintig jaar kreeg 17,2% van de patiënten een antidepressivum voorgeschreven. Bij 30% (1995 tot 2005) was er sprake van langdurig gebruik (> 15 maanden) en dat percentage steeg naar 44% in de tien jaar daarna (2005 tot 2015). Er was meer langdurig gebruik onder vrouwen, oudere patiënten en patiënten met in het HIS geregistreerde klachten over depressie of angst; zij gebruikten ook vaker een SSRI of SNRI. Er was geen verschil in sociaaleconomische status tussen beide groepen.
De NHG-Standaard adviseert om bij een eerste depressie zes maanden en bij angststoornissen zes tot twaalf maanden na remissie te proberen het antidepressivum af te bouwen. Afbouwen duurt gemiddeld een tot twee maanden. De afkapwaarde van vijftien maanden lijkt dus wat kort, zeker voor angststoornissen.



Veel patiënten blijven langdurig antidepressiva slikken, veelal uit angst voor terugval.

Foto: iStock

Het is echter een feit dat veel patiënten langdurig antidepressiva blijven slikken, veelal uit angst voor terugval. Gezien de evidente nadelen, zoals bijwerkingen en mogelijke interacties, is het goed om hiervan bewust te zijn. Blijf kritisch bij herhaalmedicatie en ga het gesprek aan met de patiënt over het medicatiegebruik, ook als deze er zelf niet mee komt. ■

Huijbregts KM, et al. Long-term and short-term antidepressant use in general practice. Data from a large cohort in the Netherlands. Psychother Psychosom 2017;86:362-9.

Hartpatiënt moet meer weten over alarmsymptomen

Sanne Bentum, Janneke Hendriks, Carine Doggen, Rolf Egberink, Rulon Sandvliet, Jorien Pierik

Inleiding Patiënten met symptomen van een acuut coronair syndroom (ACS) hebben zo snel mogelijk de juiste behandeling nodig om schade aan het hart te voorkomen of te beperken. Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar prehospitale vertraging en de oorzaken daarvan, is er weinig bekend over de motivatie van de patiënt voor het kiezen van een keteningang. Het doel van dit onderzoek is het vinden van factoren die invloed hebben op deze keuze.

Methode We deden een explorerend dwarsdoorsnedeonderzoek, waarbij we met een vragenlijst gegevens verzamelden van 67 ACS-patiënten.

Resultaten Patiënten kregen toegang tot de acute zorgketen via vier verschillende ingangen: de huisarts (43%), de huisartsenpost (28%), de meldkamer ambulancezorg (112) (21%) of de spoedeisende hulp (7%). De overtuiging van patiënten dat hun huisarts het beste weet wat ze nodig hebben maakte dat ze vaker contact zochten met hun eigen huisarts. Dit deden ook de patiënten die alleen waren toen de symptomen ontstonden. Patiënten met een *fast onset* van de klachten en acute pijn belden vaker 112, net als patiënten die hun klachten als ernstig inschatten.

Conclusie Niet de kennis over alarmsymptomen, maar vooral subjectieve factoren, zoals de interpretatie van de ernst van de klachten, de overtuigingen van de patiënt over wie de juiste zorgverlener is, en de manier (plotseling, pijn) waarop de klachten zich voordoen zijn bepalend voor de keuze van de keteningang bij patiënten met ACS-klachten. Voor het reduceren van prehospitale vertraging kunnen huisartsen een rol spelen door patiënten de juiste voorlichting te geven.

INLEIDING

Om schade aan de hartspier te beperken en overlijden te voorkomen is het van groot belang dat de juiste behandeling van een acuut coronair syndroom (ACS) zo snel mogelijk plaatsvindt (*time = muscle*). Het verminderen van de (pre) hospitale vertraging leidt tot betere patiëntuitkomsten.[1-3] Een patiënt met ACS kan verschillende ingangen tot de acute zorgketen kiezen: de huisarts, de huisartsenpost (HAP), de meldkamer ambulancezorg (112), de spoedeisende hulp (SEH) en de Eerste Hart Hulp (EHH).[3,4] Ruim 80% van alle patiënten met verdenking op ACS neemt als eerste contact op met de eigen huisarts of de HAP.[3] De tijd van melding tot behandeling in het ziekenhuis wordt beïnvloed door de keteningang die de patiënt kiest; een directe 112-melding is het snelst.[3]

Hoewel er onderzoeken zijn naar (oorzaken van) de vertraging in de zorgketen, is er weinig bekend over de motivatie van de patiënt bij het kiezen van een bepaalde keteningang. Het doel van ons onderzoek is inzicht verkrijgen in factoren die de keuze voor een keteningang bepalen.

METHODE

Onderzoeksopzet

We deden een retrospectief dwarsdoorsnedeonderzoek naar de motivatie van een patiënt met een ACS voor de keuze voor een bepaalde keteningang. In 2016 hebben we een vragenlijst afgenomen bij Nederlands sprekende volwassenen in de regio die binnen drie maanden na de diagnose ACS (DBC-codes 203 (instabiele angina pectoris (IAP)), 204 (ST-elevatie myocardinfarct (STEMI)) of 205 (non-STEMI)) 1) een intakegesprek hadden voor het hartrevalidatieprogramma, 2) aanwezig waren bij een informatiebijeenkomst over hartrevalidatie of 3) fysiotherapeutische hartrevalidatie kregen. Wilsonbekwame of gereanimeerde patiënten hebben we geëxcludeerd.

Resultaten

Van de 78 patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden vulden 67 patiënten (86%) de vragenlijst in. Geen interesse, fysieke en mentale omstandigheden waren redenen om niet deel te nemen. Het grootste deel van de patiënten was man (73%) en de gemiddelde leeftijd was 63 jaar (sd = 11). De respondenten waren gediagnostiseerd met IAP (27%), STEMI (48%) en non-STEMI (25%). Het merendeel van de respondenten koos een keteningang via de huisartsenzorg (72%): 43% via de eigen huisarts en 28% via de huisartsenpost. Geen enkele patiënt meldde zich direct bij de EHH.

Huisartsen blijven poortwachter omdat ze patiënten met pijn op de borst zonder cardiale klachten eruit filteren. Foto: iStock

Factoren

Leeftijd en geslacht hadden geen verband met de keuze van de keteningang. Hoogopgeleiden lijken vaker voor de huisarts te kiezen (57% versus 33%; $p = 0{,}12$).

Of de patiënt typische klachten (zoals pijn in de borst of kaken) ervoer, eventueel in combinatie met atypische klachten (zoals last van de spijsvertering, pijn in de rug of buik), had geen relatie met de keuze. Slechts twee patiënten gaven aan alleen atypische klachten te hebben. Patiënten met *fast onset* (snel progressieve) klachten kozen vaker voor de HAP (38%) of belden 112 (28%), terwijl patiënten met een *slow onset* meer voor de eigen huisarts kozen (63%) (38% versus 14%; $p < 0{,}05$). Als de pijn acuut optrad en duidelijk aanwezig was namen patiënten vaker contact op met de SEH of 112 (38%). Wanneer pijn niet prominent aanwezig was koos 68% voor contact met de eigen huisarts ($p < 0{,}05$).

Cognitie en emotie

Op de vraag wat de beste route is bij ACS-klachten zei 70% van de patiënten direct 112 te bellen. Van deze patiënten had 30% daadwerkelijk 112 gebeld. De kennis van de patiënt over ACS-symptomen, de eigen inschatting over het behoren tot een risicogroep, noch het eigen beeld van de gezondheid was gerelateerd aan de keuze voor een keteningang. De conclusie die de patiënt zelf over de klachten trok leek wel gerelateerd: patiënten die de klachten hadden geïnterpreteerd als een hartprobleem belden vaker 112 (35% versus 18%; $p = 0{,}09$).

WAT IS NIEUW?

- Vooral subjectieve factoren en niet zozeer de kennis over specifieke alarmsymptomen zijn bepalend voor de keuze voor de keteningang bij ACS.
- Huisarts of praktijkondersteuner kan een belangrijke rol spelen bij het geven van de juiste voorlichting aan patiënten die deelnemen aan cardiovasculair risicomanagementketenzorg.
- Het gaat er vooral om dat patiënten ACS-gerelateerde klachten herkennen én zelf met spoed een zorgverlener inschakelen.

WAT IS BEKEND?

- Uit eerder onderzoek blijkt dat ruim 80% van alle patiënten met verdenking op ACS als eerste contact opneemt met de eigen huisarts of huisartsenpost.
- De tijd van melding tot behandeling wordt beïnvloed door de keteningang die de patiënt kiest; bij een 112-melding is de mediane tijd het kortst (60 min), via de eigen huisarts het langst (197 min; bij directe verwijzing van huisarts naar de ambulancedienst: 100 min).
- Het verminderen van de prehospitale vertraging leidt tot betere patiëntuitkomsten bij een ACS.

OPENSTAANDE DISCUSSIEPUNTEN

- Bij ACS kiest 72% van de patiënten een keteningang via de huisartsenzorg, waardoor de tijd tot behandeling langer wordt. De huisarts blijkt een waardevolle poortwachter doordat deze bij patiënten met pijn op de borst de cardiale klachten eruit filtert en verwijst voor diagnostiek. Is de huisartsenzorg dan een verkeerde keteningang bij ACS-gerelateerde klachten?
- Patiënten met minder progressieve slow onset-klachten en patiënten die zelf de klachten niet als ernstig inschatten kiezen vaker voor contact met de huisarts. Hoe kan de huisarts door middel van triage of voorlichting de prehospitale vertraging bij deze groep voorkomen?

De interpretatie van de ernst van de aanwezige klachten speelde ook een rol: patiënten die hun klachten als zeer ernstig inschatten (48% versus 8%; $p < 0{,}01$) of ziekenhuisopname noodzakelijk achtten (30% versus 13%; $p = 0{,}02$) belden eerder 112. Het merendeel van alle patiënten belde echter het liefst hun huisarts voor hulp, omdat deze hen goed kent en het beste weet wat ze nodig hebben, en voelde zich niet bezwaard om de huisarts met een hulpvraag te belasten. Van deze groep patiënten belde 83% een huisarts. Emoties, zoals angst voor de dood, de invloed van angst op de keuze, de mate en invloed van paniek hadden geen invloed op de keuze voor een bepaalde keteningang.

Slechts 34% van de patiënten interpreteerde de klachten als cardiaal

Omgeving

De aanwezigheid van omstanders en de woonomgeving van de patiënt waren van invloed op de keuze. Wanneer er op het moment dat de klachten zich voordeden niemand bij de patiënt aanwezig was, nam deze vooral contact op met de huisarts (69%). Bij aanwezigheid van anderen viel de keuze op de HAP, SEH of het bellen van 112 (65%, $p < 0{,}05$). Patiënten uit stedelijke gebieden kozen vaker voor de HAP (43% versus 16%), terwijl mensen die in een dorp of op het platteland woonden vaker voor de eigen huisarts kozen (54% versus 39%, $p < 0{,}05$). Het advies uit de omgeving, schaamte voor hartproblemen en het willen voorkomen van gedoe in de buurt waren niet van invloed op de keuze voor een keteningang.

BESCHOUWING

Uit dit onderzoek blijkt dat het opkomen van de klachten (de onset en het ontstaan van pijn), de interpretatie van de ernst van de klachten (de inschatting van de ernst van de klachten en van de vraag of ziekenhuisopname noodzakelijk is), overtuigingen van de patiënt over de juiste zorgverlener, en de omgevingsfactoren woongebied en aanwezigheid van omstanders, bepalende factoren zijn bij de keuze voor een bepaalde keteningang bij klachten die duiden op een ACS. De huisartsenzorg is de meest gekozen keteningang.

In dit onderzoek waren geslacht noch soort klachten bepalend voor de keuze. Eerdere onderzoeken laten echter zien dat vrouwen minder vaak geneigd zijn om 112 te bellen en dat het hebben van atypische klachten invloed heeft op de keuze voor een keteningang.[5,9-11] Tussen patiënten bestaan er grote verschillen in klachten die de herkenning en interpretatie van symptomen – zeker bij vrouwen – als ACS-gerelateerd bemoeilijken.[12]

Hoewel cognitieve factoren vaak invloed hebben op de keuze hebben we deze effecten in ons onderzoek niet gevonden.[5-7,10-13] Kennis over de symptomen beïnvloedde de keuze niet. Kennis over symptomen leidt overigens niet direct tot een goede herkenning en interpretatie van de klachten.[14] Ons onderzoek laat zien dat slechts 34% van de patiënten de klachten als cardiaal interpreteerde. Degenen die dit deden belden vaker 112.

Ons onderzoek laat zien dat patiënten die hun klachten niet als acuut hulpbehoevend beschouwen als eerste contact opnemen met de huisarts.[5,7,11,15-17] De aanwezigheid van omstanders of naasten zorgde ervoor dat de patiënt vaker contact opnam met de HAP, meteen naar de SEH ging of 112 belde. Dit is in lijn met eerder onderzoek waarbij patiënten die symptomen ontwikkelden in aanwezigheid van omstanders een grotere kans hadden om binnen de juiste tijd behandeld te worden.[5,18]

Dit onderzoek is explorerend van aard en we hebben een relatief klein aantal patiënten geïncludeerd. De resultaten zullen een bevestiging moeten krijgen in een grotere populatie. Daarnaast hebben we de eigen huisarts en HAP meegenomen als aparte keteningang, hoewel ze niet gelijktijdig toegankelijk zijn. De keuze is mogelijk afhankelijk van het tijdstip of het urgentiebesef van de patiënt. Hetzelfde geldt ook voor de avondloket- (HAP), nacht- en weekenduren bij de ingangen SEH en HAP, aangezien in de regio spoedposten bestaan met één loket voor zelfverwijzers.

Toekomstige interventies zouden zich moeten richten op juiste herkenning en interpretatie van alarmsignalen voor ACS door patiënten én het belang van melding bij de juiste zorgverlener.

De huisarts of praktijkondersteuner kan een belangrijke rol spelen bij het geven van voorlichting aan patiënten die deelnemen aan ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) om ACS-gerelateerde klachten te herkennen én met spoed een zorgverlener in te schakelen. Conform de NHG-Standaard is de huisarts zeer geschikt om patiënten met een voorgeschiedenis van ACS duidelijk te maken dat ze bij dergelijke klachten het beste 112 kunnen bellen.[2]

Huisartsen behouden hun functie als poortwachter, omdat het waardevol is dat ze patiënten met pijn op de borst zonder cardiale klachten eruit filteren. Bij ongeveer 1% van alle huisartsconsulten komt pijn op de borst voor, waarvan bij slechts een deel (16-22%) sprake is van een cardiale etiologie.[19] De huisarts doet de selectie, de doorverwijzing naar de tweede lijn, op zorgvuldige wijze.[20] Hoewel de filterfunctie goed blijkt zijn er nog openstaande discussiepunten over de manier waarop de huisartsenpraktijk de prehospitale vertraging kan verminderen (zie [**openstaande discussiepunten**]).

Vooral subjectieve factoren zijn bepalend voor de keuze van de keteningang. Foto: Shutterstock

CONCLUSIE

Uit ons onderzoek blijkt dat de aard van de klachten, het interpreteren van de ernst van de klachten, de overtuigingen van de patiënt over wie de juiste zorgverlener is en enkele omgevingsfactoren van invloed zijn op de keuze voor een bepaalde keteningang bij ACS. Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het geven van informatie en het overtuigen van patiënten om met spoed een zorgverlener in te schakelen als ze (opnieuw) ernstige klachten ervaren. Op deze manier kunnen huisartsen een wezenlijk deel van de prehospitale vertraging bij toekomstige ACS-patiënten helpen voorkomen. Daarnaast is kennis over het urgentiebesef van de vervolgacties in de keten belangrijk. ■

DANKBETUIGING

Wij willen de leden van expertgroep Myocard Infarct van Netwerk Acute Zorg Euregio, in het bijzonder voorzitter cardioloog Gert van Houwelingen en Sjoerd Velsing van Hart&Vaatgroep Overijssel, bedanken voor hun kritische blik op de onderzoeksopzet. Daarnaast willen we alle medewerkers van de regionale hartrevalidatieafdelingen in Medisch Spectrum Twente, Ziekenhuis Groep Twente en Streekziekenhuis Koningin Beatrix bedanken voor de prettige samenwerking.

LITERATUUR

1. Poos MJJC, Van Dis I, Engelfriet PM, Deckers JW. Nationaal Kompas Volksgezondheid. 2014. Geraadpleegd 24 januari 2016. www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/coronaire-hartziekten/omvang/.
2. Rutten F, Bakx J, Bruins Slot M, Van Casteren B, Derks C, Rambharose V, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:564-70.
3. Doggen CJM, Zwerink M, Droste HM, Brouwers PJAM, Van Houwelingen KG, Van Eenennaam FL, et al. Prehospital paths and hospital arrival time of patients with acute coronary syndrome or stroke, a prospective observational study. BMC Emerg Med 2016;16:3.

De volledige literatuurlijst en de Engelse abstract staan bij dit artikel op www.henw.org.

Bentum SB, Hendriks JN, Doggen CJM, Egberink RE, Sandvliet RH, Pierik JGJ. Het hart op de juiste plaats. Huisarts Wet 2018;61(4):14-7. DOI: 10.1007/s12445-018-0097-0.

Health Technology and Services Research, Universiteit Twente, Enschede: S.B. Bentum, student Health Sciences; J.N. Hendriks, student Health Care Management. Universiteit Twente, Afdeling Health Technology and Services Research, Enschede: dr. C.J.M. Doggen, epidemioloog en universitair hoofddocent. Acute Zorg Euregio, Enschede: R.E. Egberink, beleidsadviseur Kenniscentrum; dr. J.G.J. Pierik, beleidsadviseur Acute Zorg, j.pierik@acutezorgeuregio.nl. Huisartsenpraktijk Sandvliet, Enschede: R.H. Sandvliet, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

CRP-test alleen bij acuut zieke kinderen met hoger risico

Jan Verbakel, Marieke Lemiengre, Tine de Burghgraeve, An de Sutter, Bert Aertgeerts, Bethany Shinkins, et al.

Inleiding Een CRP-sneltest via een vingerprik zou de huisarts kunnen helpen bij het uitsluiten van een ernstige infectie bij kinderen. Wij onderzochten of we de sneltest bij alle kinderen moeten aanbieden of alleen bij kinderen met klinische risicofactoren.

Methode We voerden een clustergerandomiseerd onderzoek uit onder acuut zieke kinderen die zich aanmeldden bij 133 huisartsen in 78 huisartspraktijken in België (3147 ziekte-episodes). We randomiseerden praktijken om een CRP-sneltest uit te voeren bij alle kinderen of alleen bij kinderen met klinische risicofactoren (kortademigheid, temperatuur ≥ 40 °C, diarree bij kinderen tussen 12 tot 30 maanden of een niet-pluisgevoel van de arts). De uitkomstmaat was ziekenhuisopname met een ernstige infectie binnen vijf dagen.

Resultaten Als kinderen een CRP-test krijgen op basis van klinische risicofactoren, is zo'n test slechts nodig bij 20% van de kinderen. Er was tussen de twee onderzoeksgroepen geen verschil in het aantal kinderen met een ernstige infectie dat de huisartsen dadelijk naar het ziekenhuis verwezen (0,16% versus 0,14%, p = 0,88), of misten bij het eerste contact (0,29% versus 0,14%, p = 0,35). Elf kinderen hadden een ernstige infectie, van hen hadden er zes een CRP van minder dan 20 mg/L. Slechts een kind met een CRP < 5 mg/L had een ziekte die een opname rechtvaardigde.

Conclusie De CRP-sneltest is alleen nuttig bij kinderen met klinische risicofactoren. Een CRP < 5 mg/L sluit een ernstige infectie uit en kan de huisarts helpen om onnodige verwijzingen te vermijden. Het klinische oordeel van de arts blijft essentieel, zelfs als een lage CRP-waarde een ernstige infectie lijkt uit te sluiten.

INLEIDING

Acute infectie is een van de meest voorkomende ziektebeelden bij kinderen in de eerste lijn. Ernstige infecties zijn zeldzaam (< 1% van de acuut zieke kinderen bij de huisarts).[1] Longontsteking komt het meest voor, gevolgd door urineweginfecties en (zelden) sepsis, meningitis of osteomyelitis.[2-4] Vroegtijdige herkenning is belangrijk om complicaties en overlijden te voorkomen, maar wordt bemoeilijkt door het aspecifieke beeld.[5] Voor de eerste lijn is er slechts een klinische beslisregel, die een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 81% heeft.[4] Hiermee kan je bij de meeste kinderen een ernstige infectie uitsluiten, maar 20% van de kinderen krijgt dan een ernstige infectie toegemeten.

Betere diagnostische hulpmiddelen kunnen de aanpak van acuut zieke kinderen in de eerste lijn versterken. Ontstekingsparameters, zoals C-reactief proteïne (CRP) en procalcitonine, hebben hun nut bewezen in het ziekenhuis.[6] Een CRP-sneltest kan ook interessant zijn voor de huisarts.[7,8]

We hebben gekeken of huisartsen de sneltest bij alle kinderen moeten aanbieden of alleen bij kinderen met een hoger risico na klinische evaluatie. Daarnaast bekeken we hoe we de CRP-resultaten moeten interpreteren – kan een lage CRP-waarde een ernstige infectie uitsluiten en een verwijzing naar het ziekenhuis voorkomen?

WAT IS NIEUW?

- De CRP-sneltest is alleen nuttig bij kinderen met klinische risicofactoren.
- CRP < 5 mg/L sluit een ernstige infectie uit, maar het klinisch oordeel van de arts blijft belangrijk.

WAT IS BEKEND?

- Vroegtijdige herkenning van ernstige infecties bij kinderen in de eerste lijn is cruciaal om complicaties en sterfte te vermijden.
- Een CRP-sneltest kan nuttig zijn in de eerste lijn.

Het is niet efficiënt om bij alle zieke kinderen een CRP-sneltest uit te voeren. Foto: iStock

METHODE

We voerden een clustergerandomiseerd onderzoek uit bij kinderen van 1 maand tot 16 jaar die zich aanmeldden met een ziekte-episode (maximaal vijf dagen) bij 133 huisartsen in 78 huisartsenpraktijken in België. Kinderen met een ziekte ten gevolge van een trauma of een neurologische aandoening, intoxicatie, een psychiatrisch probleem of verergering van een bekende chronische aandoening kwamen niet in aanmerking.

We hebben praktijken gerandomiseerd om ofwel een CRP-sneltest (Afinion™ CRP Test via vingerprik, met een meetbereik van 5-200 mg/L en resultaat binnen 4 minuten) uit te voeren bij alle kinderen (1730 ziekte-episodes) of alleen bij kinderen met een hoger risico op een ernstige infectie op basis van de eerdergenoemde beslisregel (1417 ziekte-episodes).[8] Deze is positief bij aanwezigheid van een van de volgende aanwijzingen: kortademigheid, temperatuur ≥ 40 °C, diarree bij een kind tussen 12 en 30 maanden of een niet-pluisgevoel van de arts.[2]

De uitkomstmaat was ziekenhuisopname voor een ernstige infectie binnen vijf dagen. Ernstige infecties zijn sepsis, meningitis, appendicitis, pneumonie, osteomyelitis, bacteriële gastro-enteritis of een complicatie bij een urineweginfectie.

We gingen na of het kind in het ziekenhuis terechtkwam door informatie in te winnen bij alle relevante ziekenhuizen en huisartsen, en bij de ouders via een dagboekje na het consult.

Secundaire uitkomstmaten waren verwijzing (onmiddellijk of uitgesteld) naar de tweede lijn en aanvraag van aanvullende onderzoeken (zoals bloed- of urinetests, beeldvorming) door de behandelende huisarts.

De huisartsen kregen geen instructies om de CRP-waarden te interpreteren.[6]

Met een *mixed-effect* logistische regressieanalyse onderzochten we het verschil in aantal tijdige diagnoses, verwijzingen naar het ziekenhuis en aanvullende onderzoeken tussen de interventiegroepen, rekening houdend met de clustering op praktijkniveau en andere interactietermen, zoals de leeftijd van het kind. De analyses voerden we uit in Stata software (versie 11.2; Stata Corp., VS) en JMP Statistical Discovery (versie Pro 12.1.0; SAS Institute Inc., VS).

RESULTATEN

Tussen 15 februari 2013 en 28 februari 2014 includeerden we 3147 ziekte-episodes bij 2773 kinderen. De mediane leeftijd van de kinderen was 3,2 jaar (interkwartielspreiding 1,5-6,9) en 1659 waren jongens (52,7%). [**Online tabel 1**] laat zien dat de twee groepen goed in evenwicht waren qua geslacht en aanmeldingsklachten, hoewel er een klein verschil was in leeftijd. De huisartsen stelden elf ernstige infecties vast, vier in de beperkte CRP-groep en zeven in de 'CRP bij iedereen'-groep.

Impact van de teststrategie op de klinische aanpak

[**Tabel 2**] laat zien dat het beperken van de CRP-sneltest tot kinderen met een hoger risico (op basis van kortademigheid, temperatuur ≥ 40°C, diarree en leeftijd 12 tot 30 maanden of een niet-pluisgevoel) het aantal te testen kinderen substantieel vermindert naar 20,1% (95%-BI 18,0 tot 22,2%). Met deze strategie krijgen alle kinderen met een ernstige infectie een CRP-test. Hoewel in de beperkte CRP-arm minder kinderen een verwijzing kregen (2,1% versus 2,9%), was het verschil niet statistisch significant (p = 0,15). Het aantal kinderen met een ernstige infectie (0,28% versus 0,40%), onmiddellijke verwijzing naar het ziekenhuis (0,14% versus 0,16%) en een

Tabel 2

Klinische aanpak en uitkomstmaat per randomisatie-arm

	CRP bij alle kinderen (n = 1730)		CRP enkel bij kinderen met hoger risico (n = 1417)		Oddsratio gecorrigeerd voor leeftijd en clustering	
	n	**%**	**n**	**%**	**GOR**	**(95%-BI)**
CRP-sneltest	1730	100%	285	20,1%	–	
Verwezen naar ziekenhuis	50	2,9%	30	2,1%	0,61	(0,31-1,21)
Ernstige infectie	7	0,40%	4	0,28%	0,61	(0,15-2,39)
Zonder CRP-sneltest	0	0	0	0	–	
Dadelijk verwezen	2	0,16%	2	0,14%	1,16	(0,16-8,41)
Laattijdig verwezen	5	0,29%	2	0,14%	0,43	(0,07-2,53)

GOR: gecorrigeerde oddsratio's; CRP: CRP-sneltest; 95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval

laattijdige opname in het ziekenhuis (0,14% versus 0,29%, p = 0,35) was ook niet significant lager in de beperkte CRP-arm.

Diagnostische waarde van de CRP-sneltest

De impact op de diagnostische waarde van de CRP-sneltest is weergegeven in [**online tabel 3**]. Het lage aantal ernstige infecties resulteert in brede betrouwbaarheidsintervallen, zonder duidelijk verschil tussen de randomisatiegroepen. Bij een afkapwaarde van 5 mg/L misten de huisartsen geen enkele ernstige infectie. Het aantal vals alarmen was vergelijkbaar in beide groepen, onafhankelijk van de gekozen afkapwaarde. Als de huisartsen 5 mg/L als enige criterium zouden gebruiken voor verwijzing naar het ziekenhuis, zou meer dan de helft (59,2%) van de kinderen een verwijzing hebben gekregen. Van deze kinderen had slechts 1 op 40 in de beperkte CRP-arm een ernstige infectie (positief voorspellende waarde: 2,4%). Indien de huisartsen alle kinderen zouden testen en degene met een CRP ≥ 5 mg/L zouden verwijzen, dan zou de positief voorspellende waarde zelfs nog lager zijn (0,8%), waarbij slechts 1 op 130 kinderen een ernstige infectie zou hebben [**figuur**].

Het klinisch oordeel van de arts blijft hoe dan ook essentieel

Doorverwezen kinderen met een normale CRP-waarde

Vierentwintig kinderen kregen een verwijzing naar het ziekenhuis met een lage CRP-waarde (< 5 mg/L), bij zeventien van hen (70,8%) om een ernstige infectie uit te sluiten. Slechts een kind werd opgenomen, vanwege dehydratie.

BESCHOUWING

Het is niet efficiënt om bij alle zieke kinderen een CRP-sneltest uit te voeren. De diagnostische waarde van de CRP-sneltest is hoger als men de test alleen uitvoert bij kinderen met ten minste een risicofactor van een klinische beslisregel. Er is een lage drempel nodig om ernstige infecties uit te sluiten, namelijk minder dan 5 mg/L. Op basis van ons onderzoek lijkt het veilig om kinderen met een dergelijk lage CRP-waarde niet te verwijzen naar het ziekenhuis. Door de klinische beslisregel en CRP-sneltest op zo'n stapsgewijze manier toe te passen, zal de huisarts een ernstige infectie bij 90% van de acuut zieke kinderen kunnen uitsluiten. Bij de resterende 10% (positief op de klinische beslisregel en met een CRP ≥ 5 mg/L) zal 1 op 40 kinderen een ernstige infectie hebben, wat aanmerkelijk hoger is dan het basisrisico van 1 op 300, maar mogelijk toch nog verdere verfijning behoeft.

Dit onderzoek vond plaats in een groot aantal praktijken, met 133 huisartsen, en omvat 3147 ziekte-episodes. We hebben gebruikgemaakt van robuuste methoden voor randomisatie en uitkomstbeoordeling, hoewel blindering niet mogelijk is in clustergerandomiseerde onderzoeken.

De artsen kregen geen instructies om de CRP-waarden te interpreteren, aangezien er op dat moment nog geen adviezen beschikbaar waren voor kinderen die bij de huisarts op het spreekuur kwamen. Dit kan het gebrek aan significante effecten van de CRP-sneltest op aanvullende onderzoeken en verwijzingen verklaren. Eerdere onderzoeken over het effect van CRP op antibioticavoorschrijfgedrag bij volwassenen toonden aan dat dit advies van cruciaal belang was om het gedrag te beïnvloeden.[9]

Het onderzoek omvatte geen groep zonder CRP-sneltest en we hebben de klinische evaluatie van alle kinderen gebaseerd op een gevalideerde beslisregel. Daardoor konden we geen vergelijking maken met gebruikelijke zorg.

Figuur

Diagnostische waarde van CRP om een ernstige infectie uit te sluiten

Om een kind met een ernstige infectie te detecteren, zou de beslisboom 57 kinderen aanduiden als hoog risico. Een CRP-sneltest kan een ernstige infectie uitsluiten bij 22 extra kinderen, waardoor minder kinderen een verwijzing krijgen of aanvullende onderzoeken hoeven te ondergaan.

Een systematische review van onderzoeken in het ziekenhuis suggereert dat een CRP < 20 mg/L het meest geschikt is om ernstige infecties bij kinderen uit te sluiten.[6] Wij vonden een lagere afkapwaarde in ons onderzoek (5 mg/L), waarschijnlijk omdat kinderen zich eerder in het ziekteproces bij de huisarts meldden en de CRP-waarde nog niet de tijd had gekregen om sterk te stijgen.[10]

De meeste onderzoeken naar het gebruik van CRP door de huisarts richten zich op antibioticavoorschrijfgedrag bij volwassenen. Een Cochrane-review suggereert dat artsen tot 30% minder antibiotica voorschrijven als ze een CRP-test uitvoeren bij volwassenen met aanwijzingen voor een lageluchtweginfectie.[9]

Gegevens van een multinationale RCT bij volwassenen suggereerde dat CRP de diagnostische onzekerheid bij de huisarts kan verminderen en patiënten kan geruststellen.[11] Het toevoegen van CRP > 30 mg/L verbetert de diagnostische accuraatheid van een beslisregel voor pneumonie bij patiënten met acute hoest.[12] Als huisartsen een vergelijkbare drempel van 20 mg/L bij kinderen zouden toepassen, zouden ze 40% van de ernstige infecties missen. We hebben ook het effect van CRP bij kinderen op het antibioticavoorschrijfgedrag van huisartsen onderzocht, vergeleken met een communicatiestrategie. Deze resultaten zullen we later apart publiceren.

In de dagelijkse praktijk blijft het klinisch oordeel van de huisarts essentieel, vooral wanneer er nog sprake is van diagnostische onzekerheid. Correcte vangnetprocedures (zoals herevaluatie, telefonische opvolging, uitleggen van alarmsignalen)[13,14] zijn hierbij van groot belang. Verder onderzoek kan zich het beste richten op de implementatie van deze beslisregel met de CRP-sneltest, en de kosten en baten van deze diagnostische strategie. Zoals het implementatieonderzoek van Minnaard et al. bij acute hoest bij volwassenen aantoont blijken huisartsen de aanbevelingen zoals opgesteld in een nationale richtlijn niet te volgen, met het risico tot overconsumptie en foutief gebruik van de CRP-sneltest.[15,16] Correcte nascholing en training zijn essentieel om zo daadwerkelijk een impact te hebben op de dagelijkse klinische praktijk.

CONCLUSIE

De CRP-sneltest is alleen nuttig bij kinderen met kortademigheid, koorts ≥ 40 °C, diarree bij kinderen tussen 12 en 30 maanden of wanneer de huisarts een niet-pluisgevoel heeft. Een CRP < 5 mg/L sluit dan een ernstige infectie uit. Het klinisch oordeel van de arts blijft essentieel. ■

LITERATUUR

1. Van den Bruel A, Bartholomeeusen S, Aertgeerts B, Truyers C, Buntinx F. Serious infections in children: an incidence study in family practice. BMC Fam Pract 2006;7:23.
2. Van den Bruel A, Aertgeerts B, Bruyninckx R, Aerts M, Buntinx F. Signs and symptoms for diagnosis of serious infections in children: a prospective study in primary care. Br J Gen Pract 2007;57:538-46.
3. Van den Bruel A, Thompson M. Research into practice: acutely ill children. Br J Gen Pract 2014;64:311-3.

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

Verbakel JY, Lemiengre MB, De Burghgraeve T, De Sutter A, Aertgeerts B, Shinkins B, Perera R, Mant D, Van den Bruel A, Buntinx F. CRP-test alleen bij acuut zieke kinderen met hoger risico. Huisarts Wet 2018;61(4):18-21. DOI: 10.1007/s12445-018-0089-0.
Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, Verenigd Koninkrijk: J.Y. Verbakel, docent Huisartsgeneeskunde, jan.verbakel@phc.ox.ac.uk; R. Perera, professor of Statistics; D. Mant, professor of Primary Care; A. van den Bruel, hoofddocent Huisartsgeneeskunde. Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven, Leuven, België: J.Y. Verbakel, docent Huisartsgeneeskunde; T. de Burghgraeve, postdoctoraal onderzoeker; B. Aertgeerts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; F. Buntinx, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent, Gent, België: M.B. Lemiengre, doctoraatsstudent; A. de Sutter, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Leeds Institute of Health Sciences, University of Leeds, Leeds, Verenigd Koninkrijk: B. Shinkins, lecturer. Care and Public Health Research Institute Caphri, Maastricht University, Maastricht: F. Buntinx, hoogleraar Huisartsgeneeskunde.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit artikel is een bewerkte vertaling van Verbakel JY, Lemiengre MB, De Burghgraeve T, De Sutter A, Aertgeerts B, Shinkins B, Perera R, Mant D, Van den Bruel A, Buntinx F. Should all acutely ill children in primary care be tested with point-of-care CRP: a cluster randomised trial. BMC Med 2016;14:131.

Implementatie van het diabetes-jaargesprek

Guy Rutten, Heidi van Vugt, Inge de Weerdt, Eelco de Koning

Inleiding Steeds breder wordt erkend dat een persoonsgerichte aanpak en gedeelde besluitvorming onontbeerlijk zijn in de diabeteszorg. De Nederlandse Diabetes Federatie ontwikkelde een model voor een diabetes-jaargesprek ter vervanging van de jaarcontrole, wij onderzochten de toepassing, bruikbaarheid en toegevoegde waarde.

Methode In Nederlandse huisartsenpraktijken en ziekenhuizen rekruteerden we zorgverleners en patiënten met diabetes type 1 en type 2. De zorgverleners kregen twee gesprekstrainingen van elk twee uur. Patiënten en zorgverleners vulden bij ieder gesprek vragenlijsten in, biomedische gegevens haalden we uit de dossiers. We vergeleken de antwoorden van patiënten in de eerste en de tweede lijn, en analyseerden verschillen tussen gesprekken die gevoerd werden door een arts dan wel een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige.

Resultaten Onder de deelnemers waren 57 huisartsen, 23 praktijkondersteuners, 17 internisten, 8 diabetesverpleegkundigen en 1366 patiënten met diabetes type 2. De meeste gesprekken (72%) duurden korter dan 25 minuten. Zorgverleners vonden het diabetes-jaargesprek goed toepasbaar (artsen iets minder vaak dan praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen). Acht op de tien gesprekken mondden uit in een gezamenlijke beslissing, in negen op de tien gesprekken kwamen persoonsgebonden factoren aan de orde, vier op de tien patiënten voelden zich meer dan voorheen betrokken bij behandelbeslissingen en de helft van de patiënten vond het gesprek prettiger dan voorheen.

Conclusie Het gespreksmodel is goed toepasbaar. Uit de gesprekken blijkt dat persoonsgebonden factoren grote invloed hebben op persoonlijke doelen en daarmee op de behandeling van diabetes. Een korte training volstaat en het is dus goed mogelijk het model snel op nationale schaal te implementeren.

INLEIDING

Bij de behandeling van diabetes mellitus verschuift het accent van ziektemanagement naar persoonsgerichte zorg, wat betekent dat de zorgverlener rekening houdt met de *distress* – de dagelijkse zorgen over de ziekte –, de depressieve gevoelens en de eventuele cognitieve achteruitgang van de patiënt.[1] Bij diabetes staat zelfmanagement centraal, en de kwaliteit daarvan hangt af van de wijze waarop patiënten tegen hun ziekte aankijken (ziekteperceptie), van hun vertrouwen in eigen kunnen, van hun wensen en voorkeuren, en van de steun van een partner, de financiële mogelijkheden en de dagelijkse gebeurtenissen.[2] Daarom zijn een persoonsgerichte aanpak en gedeelde besluitvorming onontbeerlijk in de diabeteszorg.[3,4] Om dit te faciliteren ontwikkelde de Nederlandse Diabetes Federatie een gespreksmodel voor huisartsen, internisten, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen (zie [**Het diabetes-jaargesprek: vier stappen**] en de [**online figuur**]).[5] In dit nieuwe gespreksmodel vraagt de zorgverlener aan het begin van het gesprek niet alleen naar factoren die met de ziekte samenhangen, zoals klachten, regulering en medicatie, maar ook – en dat is het grote verschil met de 'jaarcontrole' – naar persoonsgebonden factoren zoals kwaliteit van leven, kennis van diabetes, ziektepercepties, vaardigheden om met de ziekte om te gaan, steun van de partner en steun uit de sociale omgeving. Een lijstje met onderwerpen die belangrijk zijn bij diabeteszelfmanagement fungeert als geheugensteun voor deze gespreksfase. In de fasen daarna komen de behandeldoelen en -mogelijkheden aan de orde met hun voor- en nadelen, waarna deze gezamenlijk worden vastgesteld en wordt bepaald welke professionele ondersteuning het komende jaar nodig is.

Wij onderzochten hoe zorgverleners dit gespreksmodel toepassen, of zij het bruikbaar vinden en welke toegevoegde waarde het model heeft voor patiënten.

METHODE

Onderzoeksopzet

Vanaf november 2015 benaderden we artsen, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen in huisartsenpraktijken en ziekenhuizen door heel Nederland. De deelnemers kregen twee trainingen van twee uur elk, waarin ze in groepen van tien tot veertien de toepassing van het gespreksmodel oefenden, onder andere met rollenspellen. Na de eerste training konden zij enkele weken in de praktijk oefenen, waarna ze in de tweede training ervaringen konden uitwisselen.

De inclusiecriteria voor patiënten waren dat ze diabetes type 1 of type 2 hadden, ouder waren dan 18 jaar en de Nederlandse taal voldoende machtig waren (dit artikel gaat alleen over patiënten met diabetes type 2). Ongeveer een maand voor de diabetes-jaarcontrole stuurden we potentiële deelnemers een brief met uitleg over het nieuwe gespreksmodel. Degenen die toestemden, adviseerden we het gesprek voor te bereiden aan de hand van vier door ons geformuleerde vragen. Voorafgaand aan het gesprek vulden de patiënten vragenlijsten in over hun achtergrondkenmerken, hun diabetes en comorbiditeit. Ook beantwoordden ze de *Patient Activation Measure* (PAM), een vragenlijst die in kaart brengt of iemand voldoende kennis en vaardigheden heeft voor zelfmanagement, en voldoende vertrouwen om die ook toe te passen in de dagelijkse omgang met de ziekte.[6]

Na afloop van het gesprek beantwoordden de patiënten elf vragen, vijf over gedeelde besluitvorming, drie over hun tevredenheid met het consult en drie over het 'zorgplan' voor het komend jaar. De zorgverleners beantwoordden na afloop van ieder gesprek online een serie vragen over toepassing en bruikbaarheid van het model, gedeelde besluitvorming en de rol van de patiënt. Als ze aangaven dat het model niet toepasbaar was, vroegen we hen dat te beargumenteren. Ten slotte werd hen gevraagd welke drie factoren bij de patiënt in kwestie de meeste invloed hadden op de gekozen behandeldoelen en zorg.

Uit het medisch dossier van de patiënten haalden we gegevens over HbA1c, bloeddruk, vetspectrum en BMI.

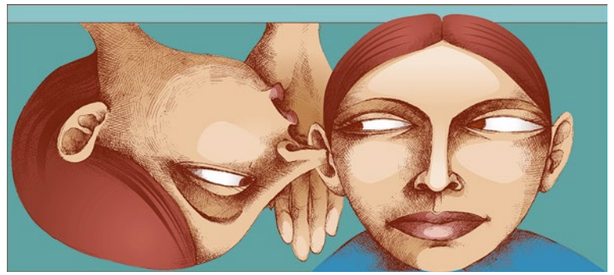
Statistische analyse

We analyseerden de PAM volgens de geldende regels; voor de overige vragenlijsten groepeerden we de antwoorden tot twee of drie categorieën.[7] De redenen die zorgverleners aanvoerden waarom ze het model niet konden toepassen, groepeerden we en telden we op. We vergeleken de antwoorden van de huisartspatiënten met die van de ziekenhuispatiënten en analyseerden ook de verschillen tussen gesprekken gevoerd door een arts en gesprekken gevoerd door een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige.

Met multivariabele binaire logistische regressie bepaalden we onafhankelijke verschillen tussen patiëntcategorieën, rekening houdend met achtergrondkenmerken van patiënten.

HET DIABETES-JAARGESPREK: VIER STAPPEN

- Bespreek naast ziektegebonden factoren ook de persoonsgebonden factoren die bepalen hoe iemands zelfmanagement gestalte krijgt. Welke zaken besproken worden, hangt mede af van wat voor de patiënt op dat moment belangrijk is.
- Bepaal op basis van zowel de ziekte- als de persoonsgebonden factoren de doelstellingen voor komend jaar.
- Bespreek welke behandeling en begeleiding daarbij passen. Wat vindt de patiënt daarvan? Moeten doelen worden bijgesteld?
- Als doelen en behandeling vaststaan, wat betekent dat dan voor de behandeling en begeleiding komend jaar?



Het diabetes-jaargesprek is goed toepasbaar. Foto: gettyimages

Een lijstje onderwerpen fungeert als geheugensteun voor een persoonsgericht jaargesprek

RESULTATEN

Het gespreksmodel werd geïmplementeerd in 47 huisartsenpraktijken (57 huisartsen, 23 praktijkondersteuners) en 6 ziekenhuizen (17 internisten, 8 diabetesverpleegkundigen), verspreid over het land. Van de huisartsenpraktijken waren er 25 (53%) een groepspraktijk en 19 (41%) een duopraktijk. Van de 6 ziekenhuizen waren er 2 academisch.

We nodigden 2617 patiënten uit die diabetes type 1 of type 2 hadden, van wie er 1487 (56,8%) deelnamen aan het onderzoek. Van de 1366 (91,9%) deelnemers met diabetes type 2 tot wie we dit verslag beperken, werden er 1200 (87,8%) behandeld in de eerste lijn en 166 (12,2%) in de tweede lijn; 895 (65,5%) voerden het gesprek met een huisarts of internist, 471 (34,5%) met een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige. De leeftijd van de deelnemers week niet af van die van de patiënten die niet deelnamen; wel telden de deelnemers significant minder vrouwen dan de niet-deelnemers (42,9 versus 49,9%; $p = 0{,}001$).

De 1366 deelnemers waren gemiddeld 65,8 jaar oud, 76,5% was gehuwd, 20,9% was hoogopgeleid, 28,8% had een betaalde baan. Patiënten die in de eerste lijn behandeld werden, waren relatief ouder en minder lang bekend met diabetes (mediaan 8 versus 18 jaar; $p < 0{,}001$). Hun diabetes was beter ingesteld (mediaan HbA1c 51 versus 61 mmol/mol; $p < 0{,}001$), hun bloeddruk was lager (gemiddeld 136/78 versus 141/78 mmHg; $p = 0{,}001$) en ze hadden minder overgewicht (mediane BMI 29,3 versus 30,7; $p = 0{,}001$). De gemiddelde PAM-score voor alle deelnemers was 60,1 op een schaal van 0 tot 100.

Tabel

Beoordeling van het jaargesprek door zorgverleners en patiënten in de diverse settings

Setting → ↓ Oordeel	Totaal (n = 1366)	Eerste lijn (n = 1200)	Tweede lijn (n = 166)	Met arts (n = 895)	Met poh of dvk (n = 471)
Beoordeling door zorgverlener					
duur < 25 minuten	72,0%	72,8%	65,5%	80,4%	**56,9%†**
gespreksmodel grotendeels of volledig toepasbaar	72,4%	72,3%	73,1%	68,5%	**79,3%†**
grotendeels of volledig inzicht verkregen in persoonsgebonden factoren	88,8%	89,2%	85,5%	86,6%	**92,6%†**
grotendeels of volledig gezamenlijk besluit genomen over behandeldoelen	79,8%	80,1%	77,2%	79,8%	79,8%
gezamenlijk besluit genomen over behandeling en professionele ondersteuning	82,5%	82,5%	82,8%	81,5%	84,4%
Beoordeling door patiënten					
consult voorbereid aan de hand van de vier vragen	74,0%	74,6%	69,8%	73,5%	75,0%
voldoende geïnformeerd over de behandelkeuzes	92,4%	93,1%	87,3%*	91,7%	93,7%
voldoende geïnformeerd over de voor- en nadelen	86,0%	86,0%	86,0%	86,0%	86,2%
gezamenlijk besluit genomen over de behandeldoelen	94,4%	94,5%	94,1%	94,6%	94,0%
meer dan voorheen betrokken bij de beslissing over de behandeling	41,1%	40,7%	44,0%	45,1%	**33,6%†**
de behandelkeuze voor volgend jaar is goed tot uitstekend	96,4%	96,2%	98,0%	96,3%	96,6%
het gesprek was prettiger dan voorheen	46,0%	46,0%	46,0%	52,5%	**33,7%†**
gemiddelde gesprekssscore op een schaal van 1 (heel onprettig) tot 10 (heel prettig)	8,6	8,6	8,5	8,6	8,5

poh = praktijkondersteuner; dvk = diabetesverpleegkundige. De percentages hebben betrekking op het aantal respondenten dat de vraag beantwoordde. Deze aantallen verschillen per vraag, zie de oorspronkelijke publicatie.[8]
* Significant verschil tussen huisartsenpraktijken en ziekenhuizen (p < 0,05).
† Significant verschil tussen patiënten die het gesprek voerden met een arts dan wel een praktijkondersteuner c.q. diabetesverpleegkundige (p < 0,05).

De [**tabel**] laat zien hoe de deelnemers het jaargesprek volgens de nieuwe werkwijze beoordeelden. De meeste gesprekken (72%) duurden korter dan 25 minuten; dat gold vaker voor gesprekken met de arts dan voor gesprekken met de praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige. De zorgverleners vonden het gespreksmodel minder goed toepasbaar als het gesprek zich concentreerde op één of twee klachten, vragen of levensgebeurtenissen, of wanneer de patiënt helemaal geen problemen had met de diabetes. In negen van de tien gevallen hielp het model de zorgverlener om inzicht te krijgen in persoonsgebonden factoren, iets vaker bij praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen dan bij artsen (92,6 versus 86,6%; p = 0,004). Acht op de tien gesprekken mondden uit in een gezamenlijke beslissing over de behandeldoelen, de behandeling en de benodigde zorg. Die beslissingen werden volgens de zorgverleners het sterkst beïnvloed door de voorkeuren en motivatie van de patiënt, het HbA1c, het niveau van zelfmanagement en de leefstijl en kwaliteit van leven van de patiënt.

Bijna driekwart van de patiënten bereidde naar eigen zeggen het gesprek voor. Patiënten uit de eerste lijn rapporteerden vaker dat ze voldoende geïnformeerd waren over de behandelmogelijkheden (93,1 versus 87,3%; p < 0,001). Bijna alle patiënten meldden dat de zorgverlener hen betrok bij het vaststellen van de behandeldoelen. Vier op de tien patiënten voelden zich (veel) meer dan voorheen betrokken bij de behandelbeslissingen; die verandering kwam vaker voor in gesprekken met artsen dan in gesprekken met praktijkondersteuners of diabetesverpleegkundigen (45,1 versus 33,6%; p < 0,001). Ditzelfde patroon zien we terug in het antwoord op de vraag of het gesprek prettiger was dan voorheen. De patiënten gaven aan het gesprek gemiddeld een 'score' van 8,6 uit 10. De kans dat men zich betrokken voelde bij het vaststellen van de behandeling was kleiner voor patiënten die spraken met een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige (OR 0,62; p < 0,001), die een gemiddelde of hogere opleiding hadden (OR 0,52 respectievelijk 0.44; beide p < 0,001), of die de Kaukasische etniciteit hadden (OR 0,57; p = 0,022). Deze drie subgroepen vonden ook minder vaak dat het gesprek prettiger was dan voorheen. Bij toename van de leeftijd nam de kans toe dat mensen zich meer betrokken voelden bij de behandeling (OR 1,01; p = 0,047).

WAT IS NIEUW?

- De Nederlandse Diabetes Federatie ontwikkelde een model voor een diabetes-jaargesprek waarin patiënt en zorgverlener samen vaststellen welke behandeling en ondersteuning nodig zijn.
- Het diabetes-jaargesprek blijkt goed toepasbaar in de eerste en tweede lijn; patiënten ervaren het gesprek vaak als prettiger dan de eerdere jaarcontrole.
- Persoonsgebonden factoren hebben veel invloed op de doelen, de behandelkeuze en de zorginzet.
- Het diabetes-jaargesprek is relatief makkelijk en snel te implementeren.

WAT IS BEKEND?

- Het zelfmanagement van patiënten met diabetes is afhankelijk van persoonsgebonden factoren: hoe men tegen de ziekte aankijkt, vertrouwen in eigen kunnen, wensen en voorkeuren, steun van een partner, financiële mogelijkheden en dagelijkse gebeurtenissen.
- De huidige jaarcontroles bij diabetes beperken zich tot HbA1c, bloeddruk, vetspectrum en BMI, en houden te weinig rekening met persoonsgebonden factoren.
- Het belang van persoonsgerichte diabeteszorg wordt internationaal steeds meer erkend.

BESCHOUWING

Het diabetes-jaargesprek blijkt goed toepasbaar in zowel de eerste als de tweede lijn. Bijna de helft van de deelnemende patiënten ervoer het gesprek als (veel) prettiger dan de voorgaande jaarcontrole. Patiënten gaven onder andere aan dat er meer ruimte was voor 'de mens met diabetes' en voor aspecten die zij belangrijk vinden, zij werden meer dan voorheen in het beleid betrokken en voelden zich meer begrepen. Zorgverleners achtten het model niet in alle situaties toepasbaar, maar wij willen benadrukken dat het gespreksmodel ook in zulke situaties zinvol kan zijn. Het is goed mogelijk dat een patiënt die een levensgebeurtenis heeft doorgemaakt er behoefte aan heeft de ziekte in de context van die gebeurtenis te plaatsen. En ook mensen die geen probleem hebben met hun diabetes, kunnen dat over een jaar wel hebben.

Gezien de wijze waarop artsen over het algemeen gewend zijn consulten te voeren, betekent het nieuwe gespreksmodel voor hen waarschijnlijk een grotere aanpassing dan voor praktijkondersteuners en verpleegkundigen.[9] Ons onderzoek laat echter zien dat persoonsgebonden factoren sterk bijdragen aan de keuze van de behandeling en onderstreept de noodzaak deze factoren goed te bespreken.

Het gespreksmodel dat wij onderzochten vergt slechts een korte training en is op nationale schaal goed te implementeren. Onze onderzoekspopulatie was representatief voor zowel zorgverleners als patiënten; de respons bij patiënten was 57%, wat vergelijkbaar is met ander onderzoek.[10,11] Dat betekent niet dat niet-deelnemers per se geen prijs stellen op een diabetes-jaargesprek. Het is bekend dat diabetespatiënten in Nederland zeer verschillen in hun voorkeuren voor de frequentie van diabetescontroles en voor het aantal tabletten dat zij slikken.[12,13] Als die voorkeuren onbesproken blijven, ligt het voor de hand dat mensen zonder aankondiging wegblijven bij controles of hun tabletten niet slikken. De diabeteszorg zou waarschijnlijk doelmatiger worden als men deze zaken wel ter sprake brengt.

Moeten huisartsenpraktijken er dus toe overgaan het persoonsgerichte diabetes-jaargesprek in te voeren? Wij denken van wel. Niet om het praktijkgemiddelde voor HbA1c of bloeddruk te verbeteren, maar wel om zicht te krijgen op de oorzaak van een hoog HbA1c, om te horen hoe mensen hun diabetes ervaren en om ziektepercepties waar nodig bij te stellen, kortom: om mensen te steunen bij hun zelfmanagement. Die implementatie hoeft niet te wachten op de follow-up van het eerste jaargesprek, die wij momenteel analyseren. Het invoeren van het diabetes-jaargesprek kost de huisarts of praktijkondersteuner hooguit vier uur training en driekwart van de gesprekken duurt niet langer dan de thans gebruikelijke jaarcontroles.

Tweemaal twee uur training is voldoende

CONCLUSIE

Diabeteszorg die de mogelijkheden en wensen van diabetespatiënten respecteert blijkt prima in praktijk te brengen. Omvorming van de diabetes-jaarcontrole tot een diabetes-jaargesprek vergroot de betrokkenheid van de patiënt en zorgt voor daadwerkelijk gedeelde besluitvorming. Huisartsen en praktijkondersteuners hebben maar een korte training nodig en de meeste patiënten met diabetes type 2 waarderen de nieuwe, persoonsgerichte aanpak. Het is dus goed mogelijk het model snel op nationale schaal te implementeren. ■

LITERATUUR

1. Marrero DG, Ard J, Delamater AM, Peragallo-Dittko V, Mayer-Davis EJ, Nwankwo R, et al. Twenty-first century behavioral medicine: a context for empowering clinicians and patients with diabetes. Diabetes Care 2013;36:463-70.
2. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Educ 2017;43:40-53.
3. Rodriguez-Gutierrez R, Gionfriddo MR, Ospina NS, Maraka S, Tamhane S, Montori VM, et al. Shared decision making in endocrinology: present and future directions. Lancet Diabetes Endocrinol 2016:4:706-16.

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

Rutten GE, Van Vugt HA, De Weerdt I, de Koning E. Implementatie van het diabetes-jaargesprek. Huisarts Wet 2018;61(4):22-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0086-3.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde: prof. dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar Diabetologie in de eerste lijn; dr. H.A. van Vugt, onderzoeker (tevens Nederlandse Diabetes Federatie), h.vanvugt@diabetesfederatie.nl. Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort: dr. I de Weerdt, voormalig directeur NDF. LUMC, afdeling Interne geneeskunde: prof. dr. E de Koning, hoogleraar Diabetologie. De twee eerstgenoemde auteurs droegen in gelijke mate bij aan dit artikel.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit artikel is een verkorte bewerking van: Van Vugt HA, Rutten GEHM, De Weerdt I, De Koning E. American Diabetes Association. Implementation of a structured diabetes consultation model to facilitate a person-centered approach: results from a nationwide study. Diabetes Care 2018 Jan 23 [Epub ahead of print].

Copyright and all rights reserved. Material from this publication has been used with the permission of American Diabetes Association.

‘We willen dat er binnen de keten meer ruimte komt voor maatwerk’

Foto: Margot Scheerder

NEDERLANDSE DIABETES FEDERATIE
De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is de landelijke koepelorganisatie voor iedereen die met diabetes te maken heeft, van patiënt tot zorgprofessional, van onderzoeker tot zorgverzekeraar. De federatie telt tien lidorganisaties, waaronder de DiHaG, en maakt zich sterk voor een betere kwaliteit van leven en zorg voor (aankomende) diabetespatiënten. Zij fungeert voor de hele sector als spreekbuis richting overheid, politiek, media en andere partijen.
Lea Bouwmeester, voorheen Tweede Kamerlid voor de PvdA (woordvoerder zorg), is sinds 1 juli 2017 directeur van de federatie.

NDF-directeur Lea Bouwmeester over ‘het goede gesprek’ in de diabeteszorg

Tanja Veenstra

We hebben de diabeteszorg al behoorlijk op orde, maar als het ligt aan Lea Bouwmeester, sinds 1 juli 2017 directeur van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), kan het veel beter. Met meer aandacht voor de mens achter de patiënt en een verschuiving van spreekkamer naar woonkamer dankzij de inzet van digitale middelen. “De vraag moet niet zijn hoe iemand zijn ziekte managet, maar hoe hij zo goed mogelijk kan leven met diabetes.”

In het voorjaar nam Lea Bouwmeester afscheid van de Tweede Kamer, waar zij tien jaar lang het zorgdossier voor haar rekening nam namens de PvdA. Haar nieuwe baan verschilt niet eens zoveel van de vorige: opnieuw zet zij zich in voor betere kwaliteit van zorg en leven voor patiënten, maar nu in het bijzonder voor mensen met diabetes.
De cijfers zijn bekend: naar schatting hebben 900.000 mensen op dit moment diabetes mellitus type 2 en nog eens 750.000 mensen lopen groot risico om deze chronische aandoening te krijgen.

Wat kan er beter in de diabeteszorg?
“Het gaat erom dat mensen het leven kunnen leiden dat bij ze past, ondanks een ziekte of beperking. De ketenzorg die een aantal jaren terug is ingevoerd, werkt op zich goed. We hebben de meeste mensen met diabetes in beeld. Dat is mooi, maar je ziet ook dat die ketenzorg soms een doel op zichzelf wordt, en dat de persoon achter de patiënt uit beeld verdwijnt. Wij krijgen veel signalen, ook van huisartsen, dat dit niet de gewenste weg is. Het gesprek dat zij voeren met de patiënt gaat nu noodgedwongen vooral over data en meetwaarden, over harde gegevens. Maar meten is niet altijd weten. Iemand die al zijn bloedwaarden keurig op peil houdt, kan prachtige meetgegevens genereren, maar heel ongelukkig zijn. Daarom stellen we voor om terug te gaan naar vragen als: wie ben jij, wat is jouw gewenste kwaliteit van leven en wat heb je nodig om die te bereiken? Dat zijn de vragen die nodig zijn voor wat wij ‘het goede gesprek’ noemen. Dat diabetesjaargesprek zou de diabetesjaarcontrole moeten vervangen, want het gaat erom hoe iemand dealt met zijn diabetes en hoe hij zijn leven daaromheen organiseert.”

Wat doet de NDF om die omslag te realiseren?
“We hebben een nieuw gespreksmodel ontwikkeld en, in samenwerking met het LUMC en UMC Utrecht, getest. Samen met het NHG en de beide UMC”s is er een scholing opgezet van tweemaal twee uur, voor zorgprofessionals zoals huisartsen en praktijkondersteuners die de jaargesprekken voeren. Daarvan is ook een online variant in de maak. Dat goede gesprek voeren, hoe doe je dat dan? Welke tools zijn ervoor nodig, wat werkt wel en niet en wat blijkt er uit onderzoek? Het lijkt misschien eenvoudig, maar de praktijk is weerbarstig.”

Waarom is dat gesprek voeren zo moeilijk?
“Een van de redenen is dat mensen gewend zijn aan een bepaalde manier van werken. Verder stelt iedere zorgverzekeraar andere eisen. Je eigen vaardigheden spelen natuurlijk een grote rol, net als de patiënt die tegenover je zit. Soms heeft die een bijkomend psychisch probleem, zoals een verstandelijke beperking, gedragsproblemen of dementie. Als zorgverlener moet je daar allemaal maar mee kunnen omgaan. En dat bovendien binnen de beperkte tijd die ervoor gereserveerd is. Vaak kost het al minuten om zo iemand rustig te krijgen en goed te begrijpen. Dat vraagt heel veel van een zorgverlener. Essentieel is dat je om te beginnen rust en ruimte creëert, zodat het gesprek ook echt over diabetes kan gaan. Dat doe je door de juiste vragen te stellen. Als dat lukt, kun je in twintig minuten heel ver komen.”

‘Aan de kant van de patiënt is emancipatie wenselijk’

En verder?
“We zijn ook bezig met het ontwikkelen van patiëntprofielen, wederom in samenwerking met het LUMC en UMC Utrecht, want dé patiënt bestaat niet, zoals iedereen weet.
Een patiëntprofiel onderscheidt de ene groep patiënten van de andere op basis van specifieke kenmerken, zoals kwaliteit van leven, HbA1C en zelfmanagementmogelijkheden. De profielen moeten zorgverleners helpen bij het beter verlenen van zorg op maat. Ze maken bijvoorbeeld onderscheid in kracht: mensen die niet kunnen en niet willen, mensen die wel

Foto: Margot Scheerder

kunnen en willen, mensen die willen maar niet kunnen, en mensen die kunnen maar niet willen. Je kunt wel hele hoge eisen stellen en zeggen: 'Je moet echt je leefstijl aanpassen, gaan sporten en meer gezond bewegen', maar de persoon in kwestie moet dat ook kunnen en zijn huidige patroon durven loslaten. En vóór alles is een voorwaarde dat hij dat zelf wil. Dan helpt het als je weet: die patiënt past in dit profiel en daar past deze interventie bij. We werken momenteel aan de uitwerking van die profielen plus bijbehorende toolkit."

'De dokter is kampioen medische kennis en de patiënt is kampioen kennis van zichzelf'

Op naar een meer persoonsgerichte aanpak dus?
"Ja, we willen dat er binnen de keten meer ruimte komt voor maatwerk, zodat er evenwicht ontstaat tussen protocol en aandacht voor de mens achter de patiënt. Dat is de kern van waar wij als NDF met het veld naartoe willen. We horen van alle kanten dat artsen, verpleegkundigen én patiënten behoefte hebben aan een persoonlijker benadering en hulp op maat. Onze taak is het faciliteren van die wensen. Van vraag en aanbod moeten we naar vraag en antwoord, met als doel een optimale kwaliteit van leven. De zorg verdient met andere woorden een reis *back to the future*: terug naar de eenvoudige, essentiële vragen aan de patiënt, maar in de geest van deze tijd. Dat kan door gebruik te maken van digitale ondersteuning in de zorg. Het huidige protocol schrijft voor dat patiënten standaard viermaal per jaar op gesprek komen bij de praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige, maar dat is misschien niet nodig als je patiënten *een online tool* geeft, zoals een app, waarmee ze hun eigen waarden meten en die automatisch delen met de betrokken zorgverleners. Zo zijn er nog tal van andere manieren om de juiste zorg op het juiste moment aan de juiste persoon te geven."

Weer een systeem erbij: zitten huisartsen daar wel op te wachten? En patiënten?
"Ik hoor geregeld – terechte – kritiek op de overdosis aan ICT in de zorg, maar toch biedt die techniek wel degelijk de oplossing. Natuurlijk moeten we heel zuinig zijn op de zorgprofessional en de patiënt. Denk dus aan een heel eenvoudig programma dat goed samengaat met bestaande systemen. Zo laten we de techniek het werk doen en winnen de huisarts en praktijkondersteuner veel tijd. Zij hoeven niet langer zelf te meten, gegevens te noteren en in te voeren in al die ellendige programma's, want alle waarden zijn in een oogopslag bekend. Een belangrijke voorwaarde is dat we hiervoor, in overleg met zorgverzekeraars, ruimte en tijd creëren. Doe je dat niet, dan is zelfs de meest fantastische oplossing gedoemd te mislukken."

Wat kunnen patiëntenorganisaties hierin betekenen?
"Die maken deel uit van onze federatie en daarmee werken we uiteraard heel goed samen. Ik denk niet dat je zo'n verandering als patiëntenvereniging alleen kunt trekken. Persoonlijk geloof ik sterk in lokale opschalingscoalities. Niet omdat wij een federatie zijn, maar omdat een verandering pas werkt als alle betrokkenen daarin gekend zijn. *'Put the whole system in a room',* zeg ik altijd. In dit geval de patiënt, mantelzorger, huisarts, praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige en assistent. Het duurt dan wel even voordat je eruit bent, maar uiteindelijk heb je iets waarmee iedereen echt aan de slag wil. Aan de kant van de patiënt is emancipatie wenselijk. Daar is zeker nog een slag in te maken. Een mooie aanzet hiertoe vormt de campagne De 3 goede vragen, georganiseerd door Patiëntenfederatie Nederland, in samenwerking met artsen."

Hoe kunnen huisarts en patiënt elkaar versterken?
"Door een open dialoog met elkaar aan te gaan en gelijkwaardigheid als uitgangspunt te nemen, zodat wetenschap en persoonlijke ervaring samenkomen. Voor de huisarts betekent dat oprechte vragen stellen en proberen het oordeel uit te stellen, zodat de patiënt kan vertellen hoe het daadwerkelijk met hem gaat. Het draait uiteindelijk allemaal om wederzijds respect: de dokter is kampioen medische kennis en de patiënt is kampioen kennis van zichzelf." ■

Calprotectinetest kan inflammatoire darmziekte veilig uitsluiten

Gea Holtman

De calprotectinetest is alleen zinvol bij kinderen met alarmsymptomen.

Foto: iStock

Voor de huisarts is het niet altijd eenvoudig om onderscheid te maken tussen functionele of organische buikpijn. Wij onderzochten of het bepalen van de hoeveelheid calprotectine in de ontlasting voor de huisarts diagnostische meerwaarde heeft wanneer een kind zich meldt met chronische buikpijn of diarree. Met de fecaal-calprotectinetest blijken huisartsen een inflammatoire darmziekte (IBD) veilig te kunnen uitsluiten bij kinderen die alarmsymptomen hebben. Met deze test zijn we zelfs beter in staat te bepalen of er al dan niet een IBD aanwezig is dan met bloedonderzoek. In theorie kan de calprotectinetest onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis voorkomen.

Een huisarts ziet ieder jaar gemiddeld ongeveer tien kinderen met chronische buikpijn of diarree.[1,2] Soms is de oorzaak coeliakie of een inflammatoire darmziekte (IBD) zoals de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa. Als de huisarts vermoedt dat er een dergelijke organische oorzaak in het spel is, moet het kind verwezen worden naar de kinderarts voor nader onderzoek. Maar er is niet altijd een organische oorzaak. Men spreekt dan van functionele buikklachten en het kind kan goed door de huisarts behandeld worden.[3] Toch worden ook kinderen met functionele buikklachten nog vaak ten onrechte doorverwezen naar de kinderarts. De NHG-Standaard Kinderen met buikpijn adviseert bloedonderzoek aan te vragen bij een vermoeden van coeliakie en de bloedbezinking, de leukocyten en het hemoglobine te laten bepalen bij een vermoeden van IBD.[4] Calprotectine is een ontstekingsmarker waarvan de concentratie in de ontlasting gemeten kan worden met een enzymimmunoassay (ELISA) of (binnen vijftien minuten) met een sneltest.[5] Kinderartsen bepalen de hoeveelheid calprotectine in de ontlasting om IBD uit te sluiten en onnodige endoscopieën te voorkomen.[6] In de huisartsenpraktijk is de diagnostische waarde van deze fecaal-calprotectinetest nog niet onderzocht. Omdat bovendien niet vaststaat of bloed- en fecesonderzoek wel toegevoegde waarden hebben als er al alarmsymptomen zijn, wordt de calprotectinetest niet aanbevolen voor de huisartsenpraktijk. Bij kinderen in het ziekenhuis is de test zeer sensitief voor IBD: 92 tot 99%.[7-9] De diagnostische waarde is in de huisartsenpraktijk echter niet zonder meer hetzelfde als in het ziekenhuis, want de patiëntenpopulaties verschillen en ook de ernst van de ziekte bij presentatie is anders.

PROSPECTIEF COHORTONDERZOEK

In het onderzoeksproject Darmonderzoek bij Kinderen (DOK) onderzochten we de diagnostische waarde van de fecaal-calprotectinetest voor IBD bij kinderen die zich bij de huisarts meldden met chronische buikpijn of diarree. We voerden dit prospectieve onderzoek uit in twee cohorten, waarvan het ene bestond uit 114 kinderen van 4 tot 18 jaar met chronische diarree of buikklachten die geïncludeerd waren door 64 huisartsen, en het andere uit 90 kinderen met gelijksoortige klachten die door de huisarts of kinderarts verwezen waren naar de MDL-kinderarts.[10] Bij aanvang van het onderzoek namen we bij alle kinderen een monster van de ontlasting en bewaarden dat ingevroren op het lab. Aan het eind van de onderzoeksperiode bepaalden we in alle monsters de hoeveelheid calprotectine. Bij een calprotectinewaarde van meer dan 50 microg/g beschouwden we de testuitslag als positief. Alle artsen, kinderen, ouders en onderzoekers waren geblindeerd voor deze uitslagen.
Tijdens de onderzoeksperiode volgden alle deelnemers een standaard diagnostisch traject om IBD aan te tonen of uit te sluiten. Daarin keken we naar zes anamnestische alarmsymptomen: gewichtsverlies, groeivertraging, rectaal bloedverlies, positieve familieanamnese, extra-intestinale symptomen en perianale laesies. Verder bepaalden we in het bloed de concentratie C-reactief proteïne (CRP), de bezinking (BSE), het trombocytengetal en het hemoglobine (Hb), en voerden we coeliakieserologie uit. Bij kinderen met ten minste één alarmsymptoom voor IBD of een positieve bloedtest beoordeelde de MDL-kinderarts of een endoscopie nodig was. De diagnose 'IBD' werd gesteld op basis van de endoscopie en een biopsie. We volgden alle kinderen twaalf maanden lang; had een kind

in die twaalf maanden geen indicatie gekregen voor endoscopie, dan namen we aan dat het geen IBD had.
Van de 114 kinderen in het huisartsencohort had 25% ten minste één alarmsymptoom of een positieve bloedtest (CRP, BSE, Hb, trombocyten). Twee kinderen ondergingen een endoscopie, maar uiteindelijk werd bij geen enkel kind uit dit cohort IBD vastgesteld. De calprotectinetest gaf een foutpositieve uitslag bij 15 kinderen, waarmee de specificiteit in het

Calprotectine is een ontstekingsmarker waarvan de concentratie in de ontlasting gemeten kan worden

huisartsencohort uitkwam op 87% (95%-BI 80 tot 92%).[11]
Van de 90 kinderen in het verwezen cohort had 76% ten minste één alarmsymptoom of een positieve bloedtest en ondergingen 29 kinderen een endoscopie. Uiteindelijk kregen 17 kinderen (19%) de diagnose 'IBD'; de andere organische diagnoses waren coeliakie (1), refluxoesofagitis (1), solitaire rectale ulcer (1) en gastro-enteritis (3). De calprotectinetest had in het verwezen cohort een sensitiviteit van 99% (95%-BI 81 tot 100%) en een negatief voorspellende waarde van 100% (95%-BI 94 tot 100%), bij een specificiteit van 84% (95%-BI 74 tot 91%) en een positief voorspellende waarde van 60% (95%-BI 42 tot 76%). Bij een afkapwaarde van 250 microg/g was de positief voorspellende waarde 92% (95%-BI 69 tot 98%).

CALPROTECTINETEST ZINVOL BIJ VERMOEDEN VAN IBD

De resultaten van ons onderzoek suggereren dat het niet zinvol is de fecaal-calprotectinetest uit te voeren bij alle kinderen met chronische buikklachten, maar alleen wanneer de huisarts het vermoeden heeft dat een kind IBD kan hebben. De sensitiviteit en specificiteit van de sneltest op fecaal calprotetine zijn vergelijkbaar in de huisartsenpraktijk en bij de MDL-kinderarts.[12] Als de huisarts overweegt een kind te verwijzen voor nadere IBD-diagnostiek, bijvoorbeeld omdat het alarmsymptomen heeft, heeft de calprotectinetest toegevoegde waarde bovenop de alarmsymptomen.[13] De test is goed in het veilig uitsluiten van IBD en zelfs beter dan bloedonderzoek in staat te bepalen of er al dan niet een IBD aanwezig is: hij had in theorie 68% van de verwijzingen kunnen voorkomen zonder één diagnose 'IBD' te missen.
Als pragmatische oplossing zou men in de de huisartsenpraktijk twee afkappunten kunnen gebruiken voor de fecaal-calprotectinetest. Bij een waarde < 50 microg/g is verwijzing naar de kinderarts niet nodig, bij een waarde tussen de 50 en 250 microg/g kan men het kind actief volgden en bij een waarde ≥ 250 microg/g moet het kind naar de kinderarts worden verwezen voor verder diagnostisch onderzoek.
Diagnostisch onderzoek in een setting met lage prevalentie is een methodologische uitdaging. Omdat de prevalentie van IBD bij kinderen met chronische buikklachten in de eerste lijn erg laag is, zou een groot prospectief cohortonderzoek nodig zijn met ongeveer 7000 kinderen, die allemaal een endoscopie ondergingen. Dat stuit op hoge kosten en grote ethische bezwaren. We hebben daarom ook een groep kinderen geïncludeerd die al naar het ziekenhuis waren verwezen, want bij hen is de voorafkans hoger. In ons verwezen cohort bleken de kinderen die verwezen waren door de kinderarts zieker dan degenen die verwezen waren door de huisarts. Dat kan hebben geleid tot *spectrum bias*, maar onze resultaten laten zien dat die bias wel de specificiteit beïnvloedde, maar de sensitiviteit nauwelijks. Daarom zal de calprotectinetest naar verwachting ook in de huisartsenpraktijk sensitief zijn voor IBD en kan de test IBD veilig uitsluiten bij kinderen die de huisarts zou willen verwijzen voor verder diagnostisch onderzoek.
In ons huisartsencohort is de diagnose 'IBD' bij geen enkel kind gesteld, terwijl we de kinderen een jaar lang volgden. Er is weliswaar een kans dat we de diagnose bij enkele kinderen gemist hebben, maar het is zeer onwaarschijnlijk dat een kind langer dan een jaar rondloopt met IBD zonder dat de aandoening herkend wordt.

CALPROTECTINETEST SENSITIEVER DAN BLOEDONDERZOEK

De NHG-Standaard Kinderen met buikpijn adviseert bloedonderzoek wanneer men vermoedt dat een kind met chronische buikpijn of diarree IBD zou kunnen hebben. De fecaal-calprotectinetest maakt echter een beter onderscheid tussen het wel of niet hebben van IBD dan bloedonderzoek. De test kan IBD veilig uitsluiten en voorkomt onterechte verwijzingen: het risico dat men een diagnose mist, is niet groot. Het zou daarom wenselijk zijn de NHG-Standaard aan te passen.
Een mogelijke valkuil is dat huisartsen de simpele test te laagdrempelig gaan inzetten, zonder eerst de alarmsymptomen te evalueren. In een populatie met een laag risico op IBD leidt dat tot meer foutpositieve resultaten en een toename van het aantal onterechte verwijzingen. Bovendien zijn er bij kinderen met chronische buikklachten naast IBD ook andere indicaties voor een verwijzing, bijvoorbeeld coeliakie. Om zeker te weten of de calprotectinetest in de huisartsenpraktijk daadwerkelijk het aantal verwijzingen vermindert, zal een pragmatisch impactonderzoek nodig zijn. ■

DE KERN

- Kinderen met functionele buikklachten worden nog vaak ten onrechte doorverwezen naar de kinderarts voor verder diagnostisch onderzoek.
- De NHG-Standaard Kinderen met buikpijn adviseert bloedonderzoek bij een vermoeden van een inflammatoire darmziekte (IBD).
- De calprotectinetest is beter in staat dan bloedonderzoek om een IBD veilig uit te sluiten en onnodige verwijzingen te voorkomen.
- De calprotectinetest heeft alleen zin in de aanwezigheid van alarmsymptomen van een IBD.

LITERATUUR

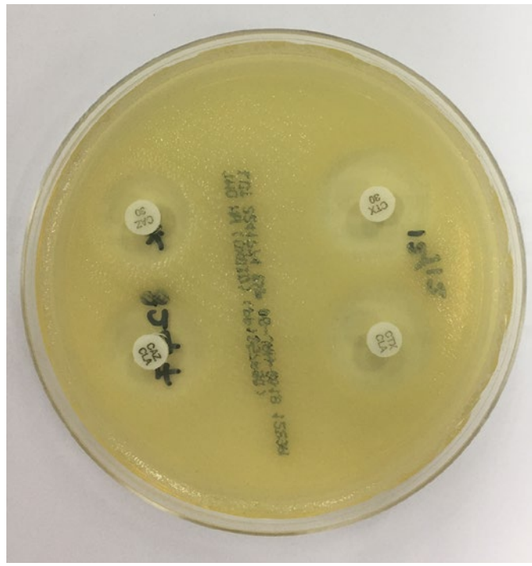
1. Gieteling MJ, Lisman-Van Leeuwen Y, Van der Wouden JC, Schellevis FG, Berger MY. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: Incidence, associated factors, and management. Ann Fam Med 2011;9:337-43.
2. Spee LA, Van den Hurk AP, Van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Passchier J, et al. Childhood abdominal pain in primary care: Design and patient selection of the HONEUR abdominal pain cohort. BMC Fam Pract 2010;11:27.
3. Berger MY, Gieteling MJ, Benninga MA. Chronic abdominal pain in children. BMJ 2007;334:997-1002.
4. Gieteling MJ, Van Dijk PA, de Jonge AH, Albeda FW, Berger MY, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Huisarts Wet 2012;55:404-9.
5. Røseth AG, Fagerhol MK, Aadland E, Schjønsby H. Assessment of the neutrophil dominating protein calprotectin in feces: A methodologic study. Scand J Gastroenterol 1992;27:793-8.
6. De Ridder L, Rings EH, Escher JC. Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekte bij kinderen'. Ned Tijdschr Geneeskd 2010;154:A1898.
7. Van Rheenen PF, Van de Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. BMJ 2010;341:c3369.
8. Henderson P, Anderson NH, Wilson DC. The diagnostic accuracy of fecal calprotectin during the investigation of suspected pediatric inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2014;109:637-45.
9. Holtman GA, Lisman-Van Leeuwen Y, Reitsma JB, Berger MY. Noninvasive tests for inflammatory bowel disease: A meta-analysis. Pediatrics 2016;137(1).
10. Holtman GA, Lisman-Van Leeuwen Y, Kollen BJ, Escher JC, Kindermann A, Rheenen PF, et al. Challenges in diagnostic accuracy studies in primary care: The fecal calprotectin example. BMC Fam Pract 2013;14:179.
11. Holtman GA, Lisman-Van Leeuwen Y, Kollen BJ, Norbruis OF, Escher JC, Kindermann A, et al. Diagnostic accuracy of fecal calprotectin for pediatric inflammatory bowel disease in primary care: A prospective cohort study. Ann Fam Med 2016;14:437-45.
12. Holtman GA, Lisman-Van Leeuwen Y, van Rheenen PF, Kollen BJ, Escher JC, Kindermann A, et al. Evaluation of point-of-care test calprotectin and lactoferrin for inflammatory bowel disease among children with chronic gastrointestinal symptoms. Fam Pract 2017;34:400-6.
13. Holtman GA, Lisman-Van Leeuwen Y, Kollen BJ, Norbruis OF, Escher JC, Walhout LC, et al. Diagnostic test strategies in children at increased risk of inflammatory bowel disease in primary care. PLoS One 2017;12:e0189111.

Holtman GA. Calprotectinetest kan inflammatoire darmziekte veilig uitsluiten. Huisarts Wet 2018;61(4):29-33. DOI: 10.1007/s12445-018-0083-6.
UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. G.A. Holtman, klinisch epidemioloog, g.a.holtman@umcg.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wees alert op ESBL-producerende bacteriën

Antoinette Agatha van Driel, Ellen Stobberingh, Annelies Verbon

Wereldwijd raken steeds meer mensen geïnfecteerd door extended-spectrumbètalactamase (ESBL) producerende bacteriën. Zagen we ESBL-infecties aanvankelijk vooral in ziekenhuizen, nu krijgen ook huisartsen ermee te maken. Dit komt door de veranderde samenstelling van de (patiënten)populatie en doordat ziekenhuiszorg zich verplaatst naar de huisarts. Bij een infectie door een ESBL-producerende bacterie (EPB) kan de standaardbehandeling niet aanslaat. Huisartsen moeten hierop bedacht zijn als een standaardbehandeling bij infecties faalt en risicofactoren voor dragerschap van EPB aanwezig zijn. Samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is essentieel voor de aanpak van dit groeiende probleem.



Wereldwijd neemt de prevalentie van extended-spectrumbètalactamaseproducerende bacterieën toe. Foto: Shutterstock

RESISTENTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Antibioticaresistentie is wereldwijd een van de grootste problemen voor de volksgezondheid. In 2050 zullen meer mensen overlijden aan infecties door multiresistente bacteriën, dan aan hart- en vaatziekten of kanker.[1] In deze beschouwing bespreken we het probleem van de extended-spectrumbètalactamase (ESBL) producerende bacteriën, en de gevolgen voor de behandeling en preventieve maatregelen. Infecties door deze bacteriën zijn niet alleen een probleem in zorginstellingen, maar komen ook voor in de huisartsenpraktijk.[2] ESBL-producerende bacteriën (EPB) zijn resistent tegen bètalactamantibiotica, zoals penicillines, ook in combinatie met een bètalactamaseremmer, zoals co-amoxyclav en cefalosporines, en vaak ook tegen andere klassen van antibiotica.[3] Infecties door EPB geven een grotere kans op therapiefalen, en een toename van de morbiditeit en soms mortaliteit.[4]

EPB is niet alleen probleem van zorginstellingen, maar ook van de community

ESBL worden (uitsluitend) geproduceerd door *Enterobacteriaceae*, zoals *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae, Enterobactercloacae* en *Proteus mirabilis*. Vooral *E. coli* en *K. pneumoniae* produceren vaak een ESBL. Als huisarts moet u bij de behandeling van een urineweginfectie (UWI) en aanwezige risicofactoren op ESBL rekening houden met een EPB: 80% van de EPB wordt gekweekt uit de urine en 80% hiervan betreft een *E. coli*.[5]

Nethmap publiceert jaarlijks gegevens over antibioticagebruik en -resistentie van verwekkers, geïsoleerd bij patiënten in de huisartsenpraktijk.[6] De meeste isolaten zijn afkomstig uit urines die ingestuurd zijn vanwege therapiefalen.[2]

Voor de *Enterobacteriaceae* waren de meeste resistentiepercentages lager dan 30% [**tabel**]. De percentages hoog resistente micro-organismen (HRMO) en multidrugsresistentie (resistentie tegen zowel cotrimoxazol en fluoroquinolonen) lagen de laatste vijf jaar onder de 5%.[2]

Het percentage infecties veroorzaakt door EPB was 2,8% in 2015 en 3,1% in 2016. Er was een duidelijke relatie tussen de complexiteit van zorg en het percentage EPB-infecties.[2]

Bij verwekkers van een UWI zonder tekenen van weefselinvasie is de resistentie voor de door de NHG aanbevolen antibiotica (AB) laag, uitgezonderd trimethoprim met 10 tot 35% resistentie. Bij UWI met tekenen van weefselinvasie, in het bijzonder bij kinderen en zwangeren, lopen de resistentiepercentages op tot boven de 20% [**tabel**].

Als u een kweek aanvraagt wilt u informatie over de verwekker en de AB-resistentie. U hoeft 'aanvraag op ESBL' niet specifiek te vermelden, ook een niet-ESBL is relevant voor het beleid. Het is aan te raden hierover vooraf te overleggen met het samenwerkend laboratorium.

Tabel

Resistentiepercentages van urine-isolaten uit de huisartsenpraktijk, per leeftijdscategorie (Nethmap 2017)

	E. coli		K. pneumoniae		P. mirabilis	
Leeftijd (jaar)	≤ 12	> 12	≤ 12	> 12	≤ 12	> 12
Mediane leeftijd	5	66	4	73	3	75
Antibiotica (% resistent)						
amoxicilline/ampicilline	35	39	-	-	20	21
co-amoxiclav	17	20	11	10	6	5
ciprofloxacine	3	9	0	4	2	7
norfloxacine	6	15	6	23	5	12
fosfomycine	1	1	22	32	9	17
trimethoprim	21	25	10	22	27	35
co-trimoxazole	20	23	8	11	22	28
nitrofurantoïne	0	2	-	-	-	-
Multidrugsresistentie HRMO*	2	5	1	5	1	2
Multidrugsresistentie†	1	3	0	2	0	0

- Niet berekend
* HRMO: hoog resistente micro-organismen: EPB zijn resistent tegen bètalactamantibiotica met en zonder bètalactamaseremmer, zoals clavulaanzuur, en tegen fluoroquinolonen en aminoglycosiden
† Multidrugsresistentie: EPB die tevens resistent zijn tegen co-trimoxazole, aminoglycosiden en fluoroquinolonen, zoals ciprofloxacine

DRAGERSCHAP EN INFECTIE MET EPB

Aanwezigheid van een EPB zonder klachten (dragerschap) geeft meestal geen problemen, maar vergroot de kans dat EPB in de toekomst een infectie veroorzaakt.[7] Als een gangbaar antibioticum niet werkt en risicofactoren op EPB-dragerschap/-infectie aanwezig zijn, moet u alert zijn op een EPB-infectie. Risicofactoren op een EPB zijn onder andere: afkomstig zijn uit een regio met een hoge antibioticaconsumptie en/of gereisd in landen met een hoge EPB-prevalentie.[8,9] De duur van dragerschap van EPB bij deze laatste groep varieert van drie maanden (bij het merendeel) tot meer dan een jaar bij ruim 11%.[10]

RISICO OP EPB-DRAGERSCHAP EN PREVENTIE

Risicofactoren voor EPB-dragerschap zijn gebruik van protonpompremmers, antibioticagebruik en opname in zorginstellingen.[11,12]

Om de kans op verspreiding van EPB te minimaliseren is het zowel in zorginstellingen als in de huisartsenpraktijk belangrijk om infectiepreventieve maatregelen na te leven.[12]

Verspreiding van EPB's vindt plaats via contact, urine en ontlasting. Voor uw praktijk gelden de algemene hygiëne- en voorzorgmaatregelen, zoals vermeld in de NHG-Richtlijn Infectiepreventie en aanbevelingen bij bijzonder resistente micro-organismen (BRMO).[13] Extra maatregelen zijn niet nodig, ook niet bij zwangeren. Er is geen risico voor de ongeboren vrucht bekend. Ook gezonde huisgenoten van een ESBL-positieve patiënt hoeven geen extra maatregelen te nemen.[14] Vaak verdwijnt het dragerschap spontaan. Thuiszorgmedewerkers nemen wel extra maatregelen bij de verzorging van een patiënt met een EPB, zoals het dragen van beschermende kleding.[15]

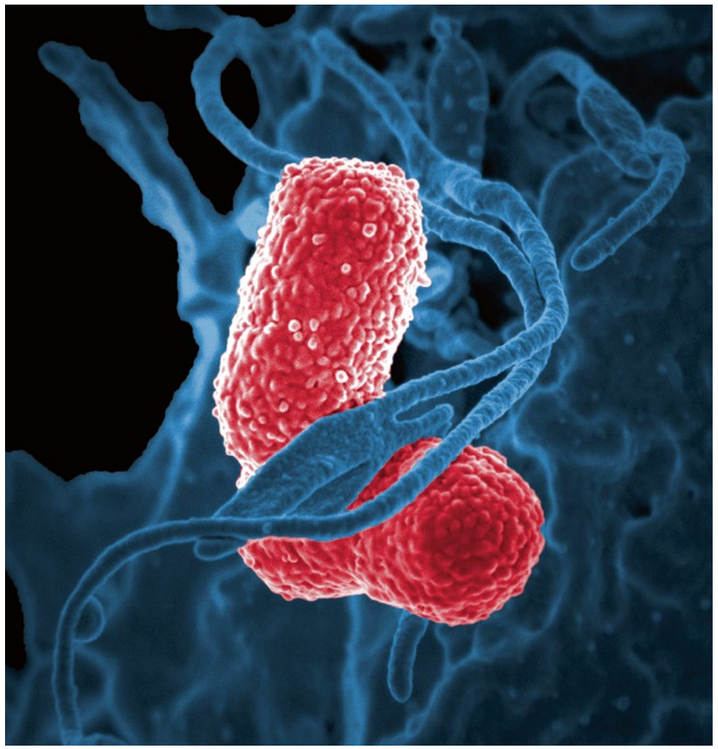
Bij dragerschap van een patiënt met een EPB gelden de WIP-richtlijnen.[16]

In 2050 overlijden meer mensen aan infecties door multiresistente bacteriën, dan aan HVZ of kanker

Om het risico op verspreiding binnen en tussen zorginstellingen te verkleinen is goede overdracht van alle relevante klinische gegevens noodzakelijk, inclusief antibioticagebruik en uitslagen van microbiologisch onderzoek.[17] Een EPB moet u ook (tijdelijk) in het patiëntendossier vermelden.

Bij een bekende EPB-infectie of dragerschap in het verleden (< 12 maanden) is het aan te bevelen voorafgaand aan een antibioticumbehandeling een kweek af te nemen. Dit hoeft niet bij gezonde patiënten zonder klachten. Als een patiënt weet dat hij drager is van een EPB zou hij dit bij de start van een antibioticumbehandeling moeten melden aan de behandelaar. Goede patiëntenvoorlichting is daarom belangrijk.

De vorming van regionale zorgnetwerken (antibioticaresistentie), een regionaal samenwerkingsverband tussen GGD,



Antibioticaresistentie blijft niet beperkt een patiënt of instelling alleen. Foto: Wikipedia

ziekenhuizen en verpleeghuizen, zal naar verwachting bijdragen aan het optimaliseren van de overdracht tussen zorginstellingen.[12] Ook huisartsen moeten geïnformeerd worden over de functie van het netwerk. Hun rol in deze netwerken moet nog uitgewerkt worden. Een van de aandachtspunten van de zorgnetwerken is het optimaliseren van het antibioticabeleid in de eerste en tweede lijn. Zo wordt mogelijk het AB-voorschrijfgedrag van huisartsen een essentieel onderdeel voor de NHG-praktijkaccreditatie.[18]

Behalve van mens tot mens kan EPB zich ook via voeding en milieu verspreiden

In ziekenhuizen zijn voor het optimaliseren van het antibioticabeleid A-teams ingesteld. Een A-team bestaat uit tenminste een internist-infectioloog, een arts-microbioloog en een ziekenhuisapotheker, bij voorkeur aangevuld met een kwaliteitsfunctionaris. Dit team is verantwoordelijk voor het opstellen en implementeren van een antimicrobieel *stewardship*-programma voor optimale antimicrobiële therapie. Het doel is verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg, beheersing van de antibioticaresistentie en reductie van de zorgkosten.[2]

Ook u zult binnenkort met dergelijke A-teams te maken krijgen. Antibioticaresistentie blijft namelijk niet beperkt tot een patiënt of een instelling alleen. Omdat de overheid ziekenhuisverplaatste zorg stimuleert zult u in de toekomst meer te maken krijgen met in een zorginstelling verworven infecties en antibioticaresistenties.

Voeding en milieu

Naast mogelijke overdracht van EPB van mens tot mens kan verspreiding ook via voeding en milieu plaatsvinden. Rauw vlees (in het bijzonder kip en kalkoen) en groenten die vooral ongekookt gegeten worden zijn potentiële bronnen van EPB voor de mens. Het is niet bekend welke risico's deze producten hebben voor verspreiding van EPB naar de mens en welke bijdrage ze leveren aan het resistentieprobleem bij de mens.[19-22]

Reizigers

Door een toename van de globalisering en geavanceerde vervoersmogelijkheden reizen steeds meer mensen naar exotische bestemmingen. Ook het medisch toerisme is de laatste tijd sterk gestegen, onder andere voor cosmetische chirurgie en ingrepen die zorgverzekeraars in Nederland niet vergoeden.[23] Reizen naar Zuidoost-Azië hebben een hoog risico op besmetting met een EPB: gemiddeld is 34% tijdens de reis met een EPB besmet geraakt, variërend van 75% met bestemming Zuidoost-Azië, tot 40-50% met bestemming Centraal-Oost Azië, het Midden-Oosten en Noord-Afrika.[10] Risicofactoren voor EPB-besmetting tijdens de reis waren gebruik van antibiotica, reizigersdiarree en chronische darmziekten, maar de grootste risicofactor bleef de reisbestemming.[11,24,25] Opvallend was dat contact met zorginstellingen niet nodig was voor het verkrijgen van een EPB.[10] De kans op overdracht/verspreiding van EPB tussen personen varieerde van 12 tot 22%.[10,25,26]

Migranten

Door een toenemende vluchtelingenstroom en arbeidsmigratie in Nederland verandert ook de etnische achtergrond van de patiëntenpopulatie in de huisartsenpraktijk. De verwachting is dat de komende jaren meer vluchtelingen en (arbeids) immigranten zich in Nederland zullen vestigen en een beroep op de gezondheidszorggaan doen.[27,28] U zult naast culturele verschillen ook rekening moeten houden met variabelen als het hogere AB-gebruik en de hogere prevalentie van EPB in het land van herkomst, met name Afghanistan, Iran, Syrië, Somalië, Soedan en Eritrea, vergeleken met Nederland.[8,9] Wereldwijd neemt de prevalentie van EPB toe, met grote verschillen per land en per regio.[29] Verschillen in voorschrijfgedrag en antibioticagebruik zijn belangrijke factoren die van invloed zijn op het risico op dragerschap van EPB bij migranten.[30] Naast EPB blijken zij ook vaker drager te zijn van een methicillineresistente *Staphylococcus aureus*.[31]

CONCLUSIE

Concluderend kunnen we zeggen dat u alert moet zijn op het voorkomen van EPB in uw patiëntenpopulatie. Zeker wanneer u een praktijk hebt met veel migranten en veel reislustige patiënten moet u rekening houden met een mogelijke EPB-infectie als de gangbare therapie faalt. EPB is niet alleen een probleem van zorginstellingen, maar ook van de *community* en van u als huisarts. Bij overplaatsing tussen zorginstellingen moet u EPB-dragerschap of -infectie vermelden in de overdracht en (tijdelijk) in het EPD om transmissie van EPB tussen de eerste en tweede lijn, en tussen zorginstellingen onderling tot een minimum te beperken. Om het antibioticaresistentievraagstuk te beheersen is nauwe samenwerking tussen de instellingen en zorgverleners essentieel. ■

DE KERN

- Het aantal infecties veroorzaakt door extended-spectrumbètalactamaseproducerende bacteriën (EPB) neemt wereldwijd toe, ook in de eerste lijn.
- EPB zijn meestal ook resistent voor aminoglycosiden, cotrimoxazol en (fluoro)quinolonen.
- Bij een EPB-infectie is behandeling met bètalactamantibiotica gecontra-indiceerd.
- Bekende risicofactoren voor EPB-dragerschap of -infectie zijn veelvuldig antibioticagebruik, migratie, reizen en opname in zorginstellingen.
- Regionale zorgnetwerken zullen de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn verbeteren en zodoende bijdragen aan het beheersen van het extended-spectrumbètalactamaseprobleem.
- Huisartsen moeten alert zijn op infectie met EPB als de standaardbehandeling faalt en risicofactoren aanwezig zijn. Goede overdracht tussen instellingen, inclusief EPB-dragerschap/-infectie, is van belang.

LITERATUUR

1. https://amr-review.org/.
2. NetmapMaran 2017, http://www.swab.nl/swab/cms3.nsf/uploads/5512AF93D2C71409C125814E003BA085/$FILE/Nethmap-Maran%202017.pdf.
3. Padmini N, Ajilda AAK, Sivakumar N, Selvakumar G. Extended spectrum β-lactamase producing Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae: critical tools for antibiotic resistance pattern. J Basic Microbiol 2017;57:460-70.
4. Oteo J, Perez-Vazquez M, Campos J. Extended-spectrum [beta] lactamase producing Escherichia coli: changing epidemiology and clinical impact. Curr Opin Infect Dis 2010;23:320-6.
5. Paterson DL, Bonomo RA. Extended-spectrum beta-lactamases: a clinical update. Clin Microbiol Rev 2005;18:657-86.
6. http://www.swab.nl/swab/cms3.nsf/viewdoc/20BCD3983B-5C390AC12575850031D33D
7. RIVM. Veelgestelde vragen ESBL. http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Veelgestelde_vragen/Infectieziekten/Veelgestelde_vragen_ESBL.
8. Ahmed SS, Alp E, Ulu-Kilic A, Dinc G, Aktas Z, Ada B, et al. Spread of carbapenem-resistant international clones of Acinetobacter baumannii in Turkey and Azerbaijan: a collaborative study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2016;35:1463-8.
9. Ahmed MO, Daw MA. Mapping the travel route of African refugees who traverse Libya to determine public health implications for Libya and the North-African region. Travel Med Infect Dis 2016;14:162-4.
10. Arcilla MS, Van Hattem JM, Haverkate MR, Bootsma MCJ, Van Genderen PJJ, Goorhuis A, et al. Import and spread of extended-spectrum β-lactamase-producing Enterobacteriaceae by international travellers (COMBAT study): a prospective, multicentre cohort study. Lancet Infect Dis 2017;17:78-85.
11. Huizinga P, Van den Bergh MK, Van Rijen M, Willemsen I, Van 't Veer N, Kluytmans J, et al. Protonpump inhibitor use is associated with extended-spectrum β-lactamase-producing Enterobacteriaceae rectal carriage at hospital admission: a cross-sectional study. Clin Infect Dis 2017;64:361-3.
12. IGZ. Rapport instellingen in ouderenzorg hygiëne en infectiepreventie. https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2015/04/28/hygiene-infectiepreventie-verpleeghuizen-onvoldoende.
13. https://www.nhg.org/themas/publicaties/richtlijn-infectiepreventie-de-huisartsen-en-verloskundigenpraktijk.

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

Van Driel AA, Stobberingh EE, Verbon A. Wees alert op ESBL-producerende bacteriën. Huisarts Wet 2018;61(4):34-7. DOI:10.1007/s12445-018-0084-5.

ErasmusMC, Afdeling Medische Microbiologie en Infectieziekten, Rotterdam: A.A. van Driel, huisarts, antoinet20@hotmail.com; prof. dr. A. Verbon, internist-infectioloog. Afdeling Medische Microbiologie, MUMC, Maastricht: dr. E.E. Stobberingh, medisch microbioloog.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Centrale rol huisarts in zorgnetwerk antibioticaresistentie

Thera Habben Jansen, Hans Berg, Marjolijn Wegdam-Blans, Theo Verheij, Eefje de Bont

Vergeleken met hun buitenlandse collega's zijn Nederlandse huisartsen terughoudend in het voorschrijven van antibiotica. Toch neemt het probleem van de antibioticaresistentie ook in onze huisartsenpraktijken toe. Antibioticaresistentie vraagt om een aanpak op meerdere fronten, want er is niet een magische oplossing. Daarom nam de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2015 het initiatief tot een meerjarenplan voor de aanpak van antibioticaresistentie. Deze aanpak moet onder andere tot de vorming van tien regionale zorgnetwerken leiden, waarin de huisarts een belangrijke rol speelt.

KRITISCHE BLIK OP ANTIBIOTICAGEBRUIK

Tachtig procent van de bij mensen gebruikte antibiotica wordt voorgeschreven in de eerste lijn.[1] Gebruik van antibiotica leidt tot een selectie op resistente bacteriën. Dit geldt ook voor de eerstekeusantibiotica die de huisarts voorschrijft. Bij terughoudend, geïndiceerd gebruik verloopt de ontwikkeling van resistentie aanzienlijk langzamer dan bij ruimhartig en ongepast antibioticagebruik. Nederlandse huisartsen zijn in het voorschrijven van antibiotica terughoudend vergeleken met collega's in andere landen.[2] Dit is een factor die bijdraagt aan de lage resistentiepercentages in ons land. Deze verworvenheid behoeft wel onderhoud. Van Driel et al. constateren in dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* terecht dat antibioticaresistentie (ABR) ook voor de huisarts een groeiend probleem is. Ook in de Nederlandse huisartsenpraktijk is nog ruimte om kritisch te kijken naar gepast antibioticagebruik.[3,4,5]

DE KERN

- Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) verspreiden zich via patiënten door de zorgketen.
- Landelijk zijn tien antibioticaresistentie-zorgnetwerken in oprichting om de keten rondom BRMO beter te organiseren.
- De huisarts is als voorschrijver van antibiotica en hoofdbehandelaar van dragers van BRMO buiten het ziekenhuis of verpleeghuis een belangrijke schakel in deze keten.
- Het regionale antibioticaresistentie-zorgnetwerk biedt de huisarts toegang tot de kennis en deskundigen die nodig zijn om deze schakelrol te vervullen.

Figuur

De tien antibioticaresistentie-zorgnetwerken

Om de gunstige situatie in Nederland te behouden is de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2015 gestart met een meerjarenplan voor de aanpak van antibioticaresistentie. Dit programma omvat meerdere pijlers, waar versterking van de aanpak van antibioticaresistentie in de zorg er een van is.[6] Verbeterde samenwerking tussen de eerste lijn, de tweede lijn, de publieke gezondheidszorg en de langdurige zorg speelt hierbij een belangrijke rol. De minister zet daarom in op de vorming van regionale zorgnetwerken voor de aanpak van ABR. Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) bewegen zich namelijk voor een belangrijk deel door de zorgketen via patiënten. En patiënten bewegen zich voornamelijk binnen de regio. Tijdens hun tocht door de zorgketen lopen patiënten het risico op het verkrijgen of verspreiden van een BRMO.[7] Samenwerking binnen de regio moet leiden tot beter overzicht van de aanwezigheid in en beweging van resistente bacteriën door de regio. In Nederland zijn daarom tien regionale zorgnetwerken in oprichting voor de aanpak van antibioticaresistentie [**figuur**]. Als voornaamste voorschrijver van antibiotica en hoofdbehandelaar van patiënten die buiten het ziekenhuis of het verpleeghuis drager zijn van een BRMO speelt de huisarts een belangrijke rol in dit netwerk.

DE HUISARTS IN HET REGIONALE ABR-ZORGNETWERK

Wanneer in het ziekenhuis is geconstateerd dat een van uw patiënten drager is van MRSA (meticillineresistente *Stafylococcus aureus*), ESBL (extended spectrum bètalactamase), CPE (carbapenemaseproducerende *Enterobacteriaceae*) of VRE (vancomycineresistente enterokok) zal men uw patiënt en u hierover informeren. Deze melding kan verschillende vragen oproepen. Mag uw patiënt op kraambezoek bij een pasgeboren kleinkind? Welke preventieve maatregelen moeten de medewerkers van de thuiszorg en de mantelzorgers nemen? Welke infectiepreventiemaatregelen zijn nodig bij een huisbezoek? De deskundigen infectiepreventie en de arts-microbioloog in het ziekenhuis die zich in deze materie heeft gespecialiseerd beschikken over de kennis om deze vragen te beantwoorden. Dankzij de activiteiten van het antibioticaresistentie-zorgnetwerk leert u deze vraagbaken kennen en kunt u hen makkelijker bereiken wanneer u hen nodig heeft. Als huisarts weet u immers niet alles, maar kunt wel toegang krijgen tot de juiste kennis. Daarnaast werkt het antibioticaresistentie-zorgnetwerk aan deskundigheidsbevordering voor de eerste lijn. Zo komt er landelijk bijvoorbeeld een *antibiotic stewardship*-programma voor de eerste lijn dat via de regionale zorgnetwerken toegankelijk wordt. Met dit programma worden in de regio onder andere nascholingsmogelijkheden, contactpersonen en promotiematerialen zichtbaar gemaakt.

TAKEN ABR-ZORGNETWERK

De ABR-zorgnetwerken hebben verschillende basistaken, die elk netwerk op een eigen wijze invult. De basistaken vormen samen een coherent, regionaal antibioticaresistentie-preventie- en bestrijdingsbeleid, dat meerdere domeinen omvat, zoals de curatieve zorg, de langdurige zorg en de publieke gezondheidszorg. De basistaken richten zich op:

- het in beeld brengen van regionale risico's en het betrekken van zorginstellingen bij de beheersing hiervan;
- surveillance en vroege detectie van BRMO, transparantie faciliteren en communiceren over de aanwezigheid van BRMO in de regio;
- inzicht krijgen in infectiepreventiebeleid en waar mogelijk uniformeren van dat beleid in de regio;
- *antibiotic stewardship* in de gehele zorgketen. Voor de eerste lijn is een pilot in uitvoering die zich richt op het leveren van spiegelinformatie (hoe doet mijn praktijk het ten opzichte van vergelijkbare professionals?) en de ontwikkeling van deskundigheidsbevordering, passend in bestaand kwaliteitsbeleid in de huisartspraktijk.

In 2017 is gestart met het opzetten van de structuur van de tien regionale antibioticaresistentie-zorgnetwerken. In 2018 gaan in alle netwerken diverse activiteiten van start. Uw regionale kwartiermaker kan u hierover informeren. Voor de eerste lijn zijn activiteiten op het gebied van antibiotic stewardship, deskundigheidsbevordering en verbetering van de overdracht van patiënten vanuit zorginstellingen te verwachten. Doordat u als huisarts een centrale rol hebt in de zorgketen is uw deelname nodig om de aanpak van antibioticaresistentie in deze keten te versterken. ■

BRMO verspreiden zich via patiënten. Foto: Shutterstock

Ook Nederlandse huisartsen moeten kritisch blijven kijken naar gepast antibioticagebruik

LITERATUUR

1. De Greeff SC, Mouton JW. NethMap 2017: consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands. RIVM Rapport 2017-0056. DOI 10.21945/RIVM-2017-0056.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union. Geraadpleegd op 22 november 2017. ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/EAAD_ESAC-Net_Summary2017.pdf.
3. Ivanovska V, Hek K, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Van Dijk L. Age-specific Antibiotic Prescribing and adherence to guidelines in pediatric patients in primary care. Pediatr Infect Dis J 2018;37(3)218-23.

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

Habben Jansen T, Berg H, Wegdam-Blans M, Verheij Th, De Bont E. Centrale rol huisarts in zorgnetwerk antibioticaresistentie. Huisarts Wet 2018;61(5):38-9. DOI: 10.1007/s12445-018-0081-8.
Amphia Ziekenhuis Breda, Afdeling infectiepreventie, Breda: Th. Habben Jansen, dierenarts, kwartiermaker ABR-zorgnetwerken Noord-Brabant en Limburg. Huisartsenpraktijk Aan de Donge, Donge: H. Berg, huisarts, hf.berg@gmail.com. Stichting PAMM, Veldhoven: M. Wegdam-Blans, arts-microbioloog. UMC Utrecht, Juliuscentrum, Utrecht: Th. Verheij, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Universiteit Maastricht, Afdeling huisartsgeneeskunde: E. de Bont, aiotho.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De rol van de huisarts bij soaconsulten

Jan van Bergen

Het aantal soaconsulten op GGD's en in huisartsenpraktijken is de laatste jaren gestabiliseerd. Wel stijgt op GGD's, die vooral de hoogrisicopatiënten voor hun rekening nemen, het percentage bezoekers dat positief test op een soa. Syfilis is terug van weggeweest, vooral onder mannen die seks hebben met mannen. De populariteit van zelftests groeit, maar de huisarts heeft met twee derde van alle soaconsulten nog altijd een belangrijk aandeel in de soazorg. Die omvat meer dan alleen maar testen en behandelen. Ontwikkelingen zoals hiv-profylaxe, mycoplasmadiagnostiek, HPV-vaccinatie en e-health, vragen om een plaatsbepaling: wat is zinvol in de huisartsenpraktijk en wat niet?

Wie een soagerelateerde vraag of klacht heeft, kan terecht bij de huisarts of bij een Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) van de GGD. Soadiagnostiek bij de huisarts valt onder de basisverzekering, maar gaat wel af van het eigen risico. De CSG's zijn aanvullende voorzieningen voor hoogrisicogroepen en bieden gratis zorg, maar een financieringsplafond beperkt hun capaciteit zodat ze een strikt toelatingsbeleid moeten hanteren met soms lange wachttijden. Mensen die niet naar de huisarts willen en niet bij een CSG terecht kunnen, kunnen ook soadiagnostiek laten uitvoeren in een aantal zelfstandige behandelcentra of privéklinieken, maar hoe vaak dat gebeurt is niet bekend. De laatste jaren zijn ook thuistests in opmars, deze zijn zonder tussenkomst van een arts te koop in drogisterijen en apotheken of via internet.
Dit artikel beschrijft de verschuivingen in de epidemiologie van soa in Nederland, de trends in de soadiagnostiek en de rol van de huisarts in de soazorg.

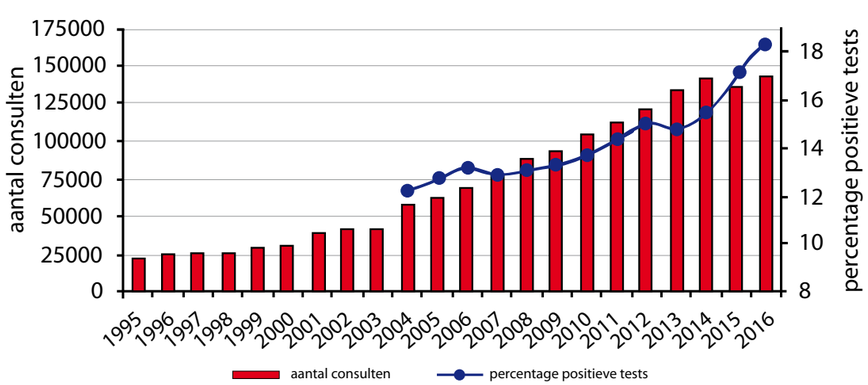
SOA BIJ DE GGD

Na jarenlange stijging heeft het aantal soaconsulten op de CSG's zich de laatste paar jaar gestabiliseerd op 143.139 in 2016 [**figuur 1**]. In dat jaar werd in 18,4% van de consulten een soa vastgesteld; het jaar tevoren was dat nog 17,2%.[1] Deze stijging heeft vooral te maken met een strikter toelatingsbeleid: CSG's geven voorrang aan mensen die al klachten hebben, die gewaarschuwd zijn voor een soa of die tot een hoogrisicogroep behoren – zoals mannen die seks hebben met mannen (MSM) en personen uit gebieden waar soa's endemisch zijn. Bij gebrek aan representatief bevolkingsonderzoek is moeilijk te zeggen of deze stijging wijst op meer soa of minder veilig vrijen in Nederland, maar duidelijk is wel dat de CSG's een belangrijke hoogrisicogroep aantrekken.
In 2016 hadden 20.698 CSG-bezoekers (14,5%) een *Chlamydia*-infectie, een toename van 11% ten opzichte van het jaar ervoor. Bij MSM lieten twee soa's een verontrustende stijging zien: syfilis (+30%; n = 1223) en lymphogranuloma venereum (+68%; n = 242). Ook het aantal vastgestelde gonorroe-infecties steeg (+13%, n = 6092); het percentage MSM dat positief testte, was 10,5% in 2015 en 11,2% in 2016.
Waar de incidentie van bacteriële soa's steeg, daalde juist het aantal nieuwe hiv-infecties in Nederland, tot iets meer dan 800 in 2017. Deze divergentie wordt ook in sommige andere landen gesignaleerd.[2] Voor hiv lijken biomedische preventiemethoden zoals *treatment as prevention* (vroege behandeling van hiv stopt verdere overdracht) en post- en pre-expositieprofylaxe (PEP en PrEP) vruchten af te werpen.[2-4]
In de literatuur wordt 'risicocompensatie' wel aangevoerd als reden waarom de prevalentie van soa's zou kunnen toenemen nu er tegen hiv biomedische preventie mogelijk is. Dit is echter niet aannemelijk, want de toename van soa onder MSM werd al gerapporteerd voordat *treatment as prevention* en PrEP beschikbaar kwamen. Wel werd in het afgelopen decennium een geringe daling van het condoomgebruik bij anale seks gerapporteerd.[2] Ongeveer de helft van de MSM gebruikt niet consistent condooms bij wisselende seksuele contacten; redenen zijn de bijwerkingen van condooms (erectiestoornissen, interrupties, minder gevoel) en het gebruik van stimulerende middelen (alcohol en 'chemseks').
Andere mogelijke oorzaken voor de gestegen prevalentie van soa onder MSM zijn vroegere opsporing door meer en frequenter testen, en makkelijkere verspreiding doordat de seksuele netwerken van MSM sneller verstrengeld raken via datingsites. Soa's worden bovendien – ook bij condoomgebruik – veel makkelijker overgedragen dan hiv, bijvoorbeeld tijdens orale seks of via vingers en *toys*.

Figuur 1

Aantal consultaties voor soa's en percentage positief getesten in de Nederlandse Centra Seksuele Gezondheid, 1995-2016

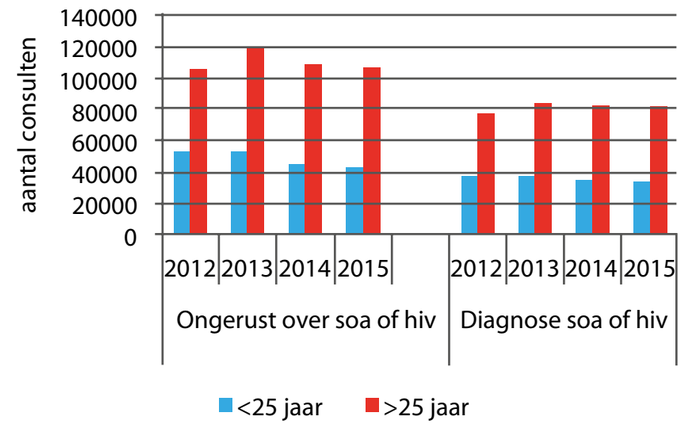
Bron: RIVM 2017[1]



Figuur 2

Aantal consulten bij de huisarts omdat de patiënt bang is een soa of hiv-infectie te hebben opgelopen, en aantal consulten waarin de huisarts een soa of hiv-infectie heeft gediagnosticeerd, 2012-2015
Geschatte aantallen diagnoses 'Chlamydia', 'gonorroe', 'syfilis', 'hiv', 'Trichomonas', 'herpes genitalis', 'genitale wratten' en 'niet-specifieke urethritis', per leeftijdscategorie, geëxtrapoleerd uit de NIVEL-zorgregistraties.

Bron: RIVM[1]



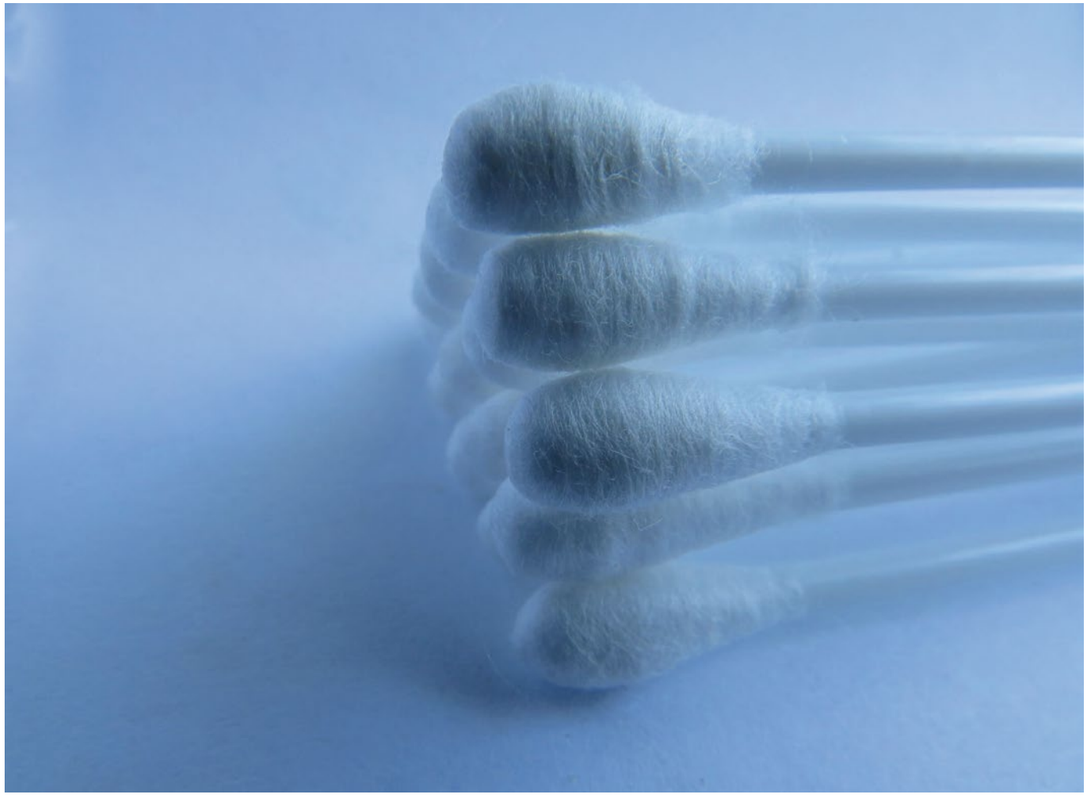
SOA IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

In huisartsenpraktijken vonden in 2015 naar schatting zo'n 266.000 soagerelateerde consulten plaats, zo valt op te maken uit de NIVEL-zorgregistraties [**figuur 2**].[1] Dat suggereert dat huisartsen nog steeds twee derde van alle soaconsulten in Nederland voor hun rekening nemen, al zal die verdeling anders liggen in steden met een grote toeloop op de GGD. Plafondfinanciering en instroombeperking op de CSG's hebben blijkbaar niet geleid tot substitutie van soazorg naar de huisarts, want het aantal soaconsulten in de huisartsenpraktijken

Syfilis is terug in Nederland

DE KERN

- Strengere selectie van patiënten heeft geleid tot een stabilisatie van het aantal soaconsulten bij de GGD, met een duidelijke toename van het percentage positief geteste personen.
- Syfilis is terug in Nederland, met meer dan 1200 nieuwe infecties in 2016, vooral bij mannen die seks hebben met mannen.
- Het aantal nieuwe hiv-diagnosen is gedaald tot onder de duizend.
- Twee derde van alle soaconsulten in Nederland vindt plaats in de huisartsenpraktijk.
- Zelftests en soa e-health zijn in opmars.



Biometrische preventie van hiv begint zijn vruchten af te werpen.

Foto: iStock

is sinds 2013 licht gedaald. Dat soadiagnostiek ten laste komt van het eigen risico speelt daarbij mogelijk een rol.
Elke individuele huisarts ziet maar een beperkt aantal patiënten in verband met een (mogelijke) soa. Een fulltime huisarts heeft naar schatting gemiddeld twee tot drie patiënten met hiv in de praktijk en registreert jaarlijks zo'n vijf consulten vanwege een nieuwe *Chlamydia*-infectie en iets meer dan dertig soaconsulten.[1] De CBS-leefstijlmonitor meldt dat 8,8%

De uitdagingen liggen vooral in de communicatieve sfeer

van de Nederlanders van 16 jaar en ouder als laatste sekspartner in het afgelopen jaar een losse partner had. In de groep van 16 tot 24 jaar was dat 27%. Rekening houdende met het condoomgebruik dat bij dit laatste losse contact gerapporteerd werd, moet 2,6% van alle 16- tot 85-jarigen in het afgelopen jaar risico op een soa hebben gelopen, dat komt neer op vijftig personen per normpraktijk.[5] De 'gemiddelde praktijk' bestaat echter niet. Hiv concentreert zich in de Randstad en in de grote steden en huisartsen in stedelijk gebied, vooral in multiculturele en achterstandswijken, hebben veel vaker te maken met soaproblematiek.[4]
Ook de 'gemiddelde patiënt' bestaat niet. Op het gebied van seksueel risicogedrag is de verdeling erg scheef: velen doen het met weinigen en weinigen doen het met velen. Dat zorgt ervoor dat de variatie in seksueel risicogedrag binnen praktijken groter is dan tussen praktijken. Soaproblematiek is dan ook een actueel thema voor iedere huisartsenpraktijk, zeker niet alleen in de grote steden.

THUIS TESTEN

Soa-zelftests zijn aantrekkelijk omdat ze thuis kunnen worden gedaan, zodat privacy en anonimiteit gewaarborgd zijn. Ze zijn te koop bij drogisterij en apotheek en via het internet, en ze vormen een groeiende markt. Het RIVM gaf in een recent rapport als voorzichtige schatting dat er jaarlijks ongeveer 50.000 online soa-thuistests worden gedaan.[6] Er zijn wel risico's verbonden aan thuistests: de juiste testkeuze is niet gegarandeerd, niet alle tests zijn betrouwbaar en nazorg, zoals partnerwaarschuwing, is niet geregeld.[7] Om deze risico's te ondervangen heeft Soa Aids Nederland een keuzehulp ontwikkeld (https://soatest.advies.chat).

BESCHOUWING

Met twee derde van de jaarlijks ruim vierhonderdduizend soaconsulten blijft de huisarts in Nederland een belangrijk aanspreekpunt voor soagerelateerde vragen en klachten. Het aantal soaconsulten bij CSG's heeft zich gestabiliseerd door strengere selectie aan de poort. Mensen worden nu actief terugverwezen naar de huisarts, maar ook daar groeit het aantal soaconsulten niet langer. Wel is er een groeiend aanbod van zelfafnametests en doe-het-zelftests voor thuisgebruik, waarvan er jaarlijks ongeveer 50.000 over de toonbank gaan. Vooralsnog weten we niet welke patiënten hun toevlucht tot zelftests nemen. Zijn het de *worried well*, zijn het patiënten die substantieel risico lopen, zijn het personen die geweigerd zijn op de CSG? Onderzoek ontbreekt.
Provider-initiated testing zal bij soa en hiv altijd een belangrijke rol blijven spelen naast *patient-initated testing*, al was het maar omdat de patiënt klachten niet altijd herkent als soagerelateerd of zelf het initiatief neemt tot een test, bijvoorbeeld bij anale klachten of bij hiv-gerelateerde indicatorziekten.[3,4] Bovendien omvat persoonsgerichte soazorg in de huisartsenpraktijk veel meer dan alleen maar testen en behandelen. De uitdagingen liggen vooral in de communicatieve sfeer. De kunst is, seksualiteit op een open en niet-bevoogdende manier bespreekbaar te maken zodat de juiste diagnostiek wordt ingezet, een goede risicoschatting wordt gemaakt en gepaste counseling plaatsvindt. In de praktijk is dit niet zo eenvoudig, er is zeker ruimte voor verbetering op dit vlak.[8,9] Hoe incorporeert u motiverende gespreksvoering in uw counseling-op-maat rondom veilig vrijen en partnerwaarschuwing? Verwijst u patiënten wel eens door naar partnerwaarschuwing.nl, biedt u ze wel eens e-hulp aan over veilig vrijen, zoals sense.info of vrijfijn.nl, of over tests (https://soatest.advies.chat)?
Legio andere nieuwe onderwerpen in de soabestrijding vragen om een plaatsbepaling in de huisartsenpraktijk: PrEP ter preventie van hiv-infecties,[10] mycoplasmadiagnostiek, anale diagnostiek bij heteroseksuele vrouwen, genderneutrale HPV-vaccinatie, HPV-vaccinatie tegen genitale wratten, de rol van de doktersassistente… Daarbij zijn er tal van nieuwe verwijsmogelijkheden voor e-health. Er is dus meer dan voldoende stof tot nadenken op weg naar een herziene NGH-Standaard Het soa-consult 2.0. In de tussentijd kunnen huisartsen en praktijkondersteuners met vragen terecht bij de NHG-Expertgroep Seksuele Gezondheid (www.sekshag.nl) en de onlangs opgerichte NVDA-Expertgroep Seks-Soa (https://www.nvda.nl/sekssoa). ■

LITERATUUR

1. Visser M, Van Aar F, Van Oeffelen AAM, Van den Broek IVF, Op de Coul ELM, Hofstraat SHI, et al. Sexually transmitted infections including HIV in the Netherlands in 2016. RIVM Report 2017-0003. Bilthoven: RIVM, 2017.
2. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, De Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. Lancet Infect Dis 2017;17:e235-79.
3. Kroon FP. Hiv anno 2017: vroege diagnostiek, vroege behandeling. Huisarts Wet 2017;60:42-6.
4. Joore IK, Op de Coul ELM, Bom BCJ, Van Sighem AI, Geerlings SE, Prins JM, Van Bergen JEAM. Proactiever testen op hiv is nodig. Huisarts Wet 2017;60:24-6.
5. Kerncijfers leefstijlmonitor seksuele gezondheid 2016. Utrecht: Rutgers/Soa Aids Nederland; 2017.
6. Van de Broek IVF, Sukel B, Bos H, De Daas C. Evaluatie van het aanbod van on-line-aanbieders van soa-zelftesten in Nederland. RIVM Rapport 2016-0143. Bilthoven: RIVM, 2016.
7. Van Bergen JE, 24/7 een soa-test uit de muur, of toch maar niet? Huisarts Wet 2018;61:23-6. DOI: 10.1007/s12445-018-0064-9.
8. van Bergen JE. Patiënten met een seksueel overdraagbare aandoening: Het abc van het soa-consult is minder eenvoudig dan het lijkt. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158: A7247.
9. Joore IK, Reukers DF, Donker GA, van Sighem AI, Op de Coul EL, Prins JM, et al. Missed opportunities to offer HIV tests to high-risk groups during general practitioners' STI-related consultations: an observational study. BMJ Open 2016;6:e009194.
10. Hermanussen R. Pre-expositieprofylaxe tegen hiv (PrEP). Huisarts Wet 2017;60:264-7.

Van Bergen JE. De rol van de huisarts bij soaconsulten. Huisarts Wet 2018;61(4):40-3. DOI: 10.1007/s12445-018-0082-7.

AMC-UvA Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof. dr. J.E.A.M van Bergen, bijzonder hoogleraar hiv en soa in de eerste lijn (tevens huisarts, Gezondheidscentrum Venserpolder, Amsterdam), jvanbergen@soaaids.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is ook werkzaam als programmaleider bij Soa Aids Nederland, een non-profitorganisatie die fondsen ontvangt via het RIVM, via projectsubsidies en via samenwerking met farmaceutische bedrijven. Er is een gedragscode ter voorkoming van beïnvloeding. De auteur is lid van het dagelijks bestuur van Hiv Transmissie Eliminatie Amsterdam (H-TEAM), dat gefinancierd wordt door onder andere het Aidsfonds, Amsterdam Diner, de gemeente Amsterdam en diverse farmaceutische bedrijven. De leerstoel hiv en soa in de eerste lijn ontvangt financiële ondersteuning van het Aidsfonds.

Herseninfarct voortaan ook endovasculair te behandelen

Herziening NHG-Standaard Beroerte

Arianne Verburg, Tjerk Wiersma

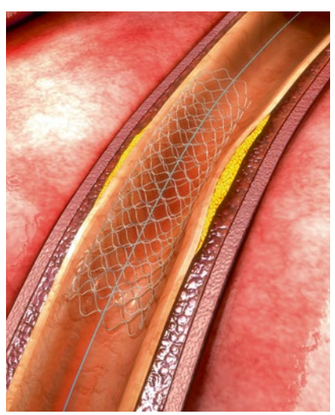
De mogelijkheden om een hersen-infarct te behandelen nemen de laatste jaren in rap tempo toe. De zorg voor een patiënt met uitvalsverschijn-selen heeft daarmee in de acute fase een spoedeisend karakter gekregen. De herziene NHG-Standaard Beroerte besteedt aandacht aan de nieuwste behandelingstechniek bij een hersen-infarct: endovasculaire behandeling. Ook is er meer ruimte gekomen voor het gebruik van clopidogrel en directe anticoagulantia (DOAC's) in het kader van de secundaire preventie.

De NHG-Standaard Beroerte geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met neurologische uitvalsverschijnselen die plotseling ontstaan zijn en het gevolg zijn van cerebrale ischemie (transient ischaemic attack (TIA) of herseninfarct) of een spontane intracerebrale bloeding. Hieronder vallen zowel patiënten met acute neurologische uitvalsverschijnselen die volledig verdwenen zijn op het moment waarop zij contact opnemen met de huisarts, als patiënten met acute uitval die bij het contact met de huisarts nog aanwezig is. De herziene NHG-Standaard sluit aan op de nieuwe multidisciplinaire richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding, die op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) is samengesteld.[1]

ENDOVASCULAIRE BEHANDELING VOOR EEN SELECTE GROEP PATIËNTEN

Indien de behandeling binnen zes uur na het begin van de symptomen wordt gestart, is intra-arteriële trombusverwijdering met een verwijderbare stent effectief bij een selecte groep patiënten. Het betreft mensen met een herseninfarct als gevolg van een occlusie van een van de proximale intracraniële arteriën. Het number needed to treat (NNT) voor functionele onafhankelijkheid (modified Rankin Scale 0-2) bij aanvang van de behandeling binnen drie uur na het begin van de uitvalsverschijnselen bedraagt 4,2. Wanneer de behandeling zes uur na het begin daarvan start bedraagt het NNT 5,5.[2]

Bij de herziening van de standaard is met neurologen de vraag besproken of huisartsen alle patiënten met uitvalsverschijnselen die korter dan zes uur bestaan met U1-urgentie zouden moeten verwijzen. Om een onnodige belasting van de spoedambulancezorg te voorkomen, beveelt de NHG-Standaard aan om alleen die patiënten met U1-urgentie te verwijzen bij wie het starten van een endovasculaire behandeling binnen zes uur na het begin van de uitvalsverschijnselen mogelijk lijkt. De belangrijkste overwegingen bij het tot stand komen van deze aanbeveling zijn de volgende. De tijd die nodig is om diagnostiek (onder andere CTA of MRA) te verrichten en de behandeling voor te bereiden bedraagt ten minste zestig minuten. Daarnaast kan de behandeling anno 2018 in slechts achttien ziekenhuizen in Nederland plaatsvinden, waardoor de aanrijtijd aanzienlijk kan zijn. Ten slotte komt slechts een klein deel van de patiënten met een herseninfarct voor deze behandeling in aanmerking (in Nederland naar verwachting circa tweeduizend patiënten per jaar).



Endovasculaire behandeling moet binnen zes uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen starten.

Foto's: Shutterstock en ANP

BELANGRIJKSTE WIJZIGINGEN

- Een klein deel van de patiënten met een herseninfarct komt in aanmerking voor endovasculaire behandeling; deze behandeling moet binnen zes uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen starten.
- Verwijs alle patiënten met uitvalsverschijnselen die korter dan 4,5 uur geleden zijn ontstaan zo snel mogelijk (U1-urgentie). Verwijs patiënten met een klachtenduur tussen 4,5 en zes uur alleen met U1-urgentie indien het logistiek haalbaar lijkt om binnen zes uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen met de endovasculaire behandeling te beginnen.
- Monotherapie met clopidogrel is een gelijkwaardig alternatief voor acetylsalicylzuur in combinatie met dipyridamol bij patiënten met een TIA of een herseninfarct zonder cardiale emboliebron.
- Na een TIA of herseninfarct als gevolg van atriumfibrilleren of een andere cardiale emboliebron vormen cumarinederivaten en directe anticoagulantia (DOAC's, voorheen NOAC's) een gelijkwaardig alternatief.

Patiënten met een vermoeden van een herseninfarct of -bloeding bij wie de uitvalsverschijnselen minder dan 4,5 uur bestaan verwijst u zo snel mogelijk (U1-urgentie), in verband met de mogelijkheid tot intraveneuze trombolyse. Deze aanbeveling uit de oude standaard blijft dus gehandhaafd. Nieuw is de aanbeveling om patiënten met een klachtenduur tussen 4,5 en 6 uur met U1-urgentie te verwijzen indien de start van de endovasculaire behandeling binnen zes uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen logistiek haalbaar lijkt. Verwijs patiënten met uitvalsverschijnselen altijd met U1-urgentie wanneer zij orale anticoagulantia gebruiken, een verlaagd bewustzijn, en/of een insult hebben.
Na autorisatie van de standaard zijn de resultaten gepubliceerd van twee onderzoeken naar endovasculaire behandeling, waarbij randomisatie plaatsvond tussen 6 en 16 respectievelijk 24 uur na het begin van de uitvalsverschijnselen. De onderzoekers hebben patiënten geïncludeerd die een occlusie van een van de proximale intracraniële arteriën hadden én ernstiger uitvalsverschijnselen vertoonden dan verwacht op basis van de grootte van het infarct bij beeldvorming. De groep die een endovasculaire behandeling onderging herstelde in beide onderzoeken aanzienlijk beter dan de controlegroep. Of deze resultaten aanleiding zijn tot wijziging van het tijdscriterium om met U1-urgentie te verwijzen, wordt bij een volgende herziening beoordeeld.[3,4]

CLOPIDOGREL GELIJKWAARDIG AAN DIPYRIDAMOL MET ACETYLSALICYLZUUR

Monotherapie met clopidogrel is een gelijkwaardig alternatief voor de combinatiebehandeling met acetylsalicylzuur en dipyridamol bij patiënten die een TIA of herseninfarct (zonder cardiale emboliebron) hebben doorgemaakt. De belangrijkste voordelen van clopidogrel ten opzichte van de combinatiebehandeling zijn het gebruiksgemak, de lagere kosten en het minder frequent optreden van bijwerkingen. Clopidogrel is echter in de acute fase minder goed onderzocht dan acetylsalicylzuur. Daarom heeft acetylsalicylzuur in de acute fase de voorkeur boven clopidogrel. Voor de huisarts is dit alleen relevant bij patiënten met een TIA die niet dezelfde dag door de neuroloog beoordeeld worden. Start in dit geval met acetylsalicylzuur 160 mg eenmaal daags. In de overige gevallen begint de neuroloog met de secundaire preventie.
In geval van bijwerkingen kunt u tussen de twee behandelopties wisselen. Er is geen reden om de combinatiebehandeling om te zetten in clopidogrel indien er geen bijwerkingen of problemen met de therapietrouw zijn.

DOAC'S ALS ALTERNATIEF VOOR CUMARINEDERIVATEN

Conform de NHG-Standaard Atriumfribrilleren zijn DOAC's (voorheen NOAC's) nu ook in deze standaard een gelijkwaardig alternatief voor cumarinederivaten bij patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren die een TIA of herseninfarct hebben doorgemaakt. Voor de contra-indicaties van de DOAC's en richtlijnen voor het maken van een keuze tussen behandeling met cumarinederivaten of DOAC's verwijzen we naar de NHG-Standaard Atriumfibrilleren. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn herseninfarct en hersenbloeding. NVN, 2017. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/hersen-infarct_en_hersenbloeding/startpagina_herseninfarct_-bloeding.html.
2. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, Van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med 2015;372:11-20.
3. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, Bonafe A, Budzik RF, Bhuva P, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. N Engl J Med 2018;378:11-21.
4. Albers GW, Marks MP, Kemp S, Christensen S, Tsai JP, Ortega-Gutierrez S, et al. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. N Engl J Med 2018;378:708-18.

Verburg AFE, Wiersma Tj. Herseninfarct voortaan ook endovasculair te behandelen. Huisarts Wet 2018;61(4):44-9. DOI: 10.1007/s12445-018-0095-2.
NHG-werkgroep Beroerte. NHG-Standaard Beroerte (eerste partiële herziening), www.nhg.org. De werkgroep bestond uit: Beusmans, GHMI, Van Noortwijk-Bonga HGC, Risseeuw NJ, Tjon-A-Tsien MRS, Verstappen WHJM, Burgers JS, Wiersma Tj, Verburg AFE, a.verburg@nhg.org.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

NHG-Standaard Chronische nierschade

NHG-werkgroep Chronische nierschade

INLEIDING

De NHG-Standaard Chronische nierschade geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij volwassenen met chronische nierschade. De standaard betreft patiënten bij wie een verminderde nierfunctie en/of verhoogde albuminurie gevonden is in het kader van cardiovasculair risicomanagement, diabetes mellitus, medicatiebewaking of bij oriënterend onderzoek.
Patiënten met eindstadium nierfalen en niertransplantatie in de voorgeschiedenis vallen buiten het bestek van de standaard, net als specifieke nierziekten, acute nierschade en nierschade optredend tijdens de zwangerschap. Wel wordt in de standaard aandacht besteed aan het signaleren van acute nierschade en het voorkómen hiervan bij patiënten met chronische nierschade en dreigende dehydratie.
Hypertensie, diabetes mellitus type 2 en atherosclerotisch vaatlijden zijn de belangrijkste oorzaken van chronische nierschade. Daarnaast is chronische nierschade een onafhankelijke risicoversterker voor cardiovasculaire schade. Patiënten met chronische nierschade hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten vergelijkbaar met patiënten met diabetes mellitus type 2. Tijdige behandeling en controle zijn daarom van belang.
Deze standaard vervangt de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Chronische nierschade uit 2009. Belangrijk verschil met de LTA is dat het leeftijdscriterium voor het beleid is komen te vervallen. Het nieuwe classificatiesysteem is gebaseerd op de prognose. Nierschade wordt hierbij geclassificeerd onafhankelijk van leeftijd. Dit betekent dat het cardiovasculair risico en het risico op eindstadium nierfalen doorslaggevend zijn voor de behandeling. Hierbij kan het wel zo zijn dat in overleg met de patiënt bij veel comorbiditeit of een korte levensverwachting wordt besloten minder strenge streefwaarden voor behandeling te hanteren. Het vaststellen van chronische nierschade hoeft daarom niet automatisch consequenties voor het beleid te hebben. Een afwijkende waarde van de nierfunctie is wel altijd aanleiding om medicatiebewaking te starten, ongeacht eerdergenoemde factoren.
De standaard is op initiatief van het NHG en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) tegelijkertijd met de multidisciplinaire richtlijn Chronische nierschade ontwikkeld. De richtlijnen zijn inhoudelijk op elkaar afgestemd, waarbij ook samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd [**bijlage 2**]. De standaard sluit daarnaast aan op andere richtlijnen op het gebied van chronische nierschade (Richtlijn Nierfunctievervangende behandeling: wel of niet? en Richtlijn Palliatieve zorg bij nierfalen) en de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement, Hartfalen en Diabetes mellitus type 2.

NHG-werkgroep Chronische nierschade.
NHG-Standaard Chronische nierschade, www.nhg.org/standaarden.
De werkgroep bestond uit (in alfabetische volgorde): De Grauw W, De Leest K, Schenk P, Scherpbier-De Haan N, Tjin-A-Ton J, Tuut M, Van Balen J.
De NHG-Standaard en de wetenschappelijke onderbouwing zijn een uitbreiding van de Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade en vervangt deze (Huisarts Wet 2009;52:586-97).

KERNBOODSCHAPPEN

- Bij patiënten met een verminderde nierfunctie of verhoogde albuminurie is vervolgdiagnostiek nodig om de diagnose chronische nierschade te bevestigen en om uit te sluiten dat de uitslag het gevolg is van acute nierschade of verstorende factoren.
- Onder chronische nierschade wordt verstaan: een verlaagde eGFR en/of verhoogde albuminurie en/of specifieke sedimentsafwijkingen die gedurende tenminste drie maanden aanwezig zijn.
- Patiënten met chronische nierschade hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten dat vergelijkbaar is met patiënten met diabetes mellitus; zij hebben ook een verhoogd risico op eindstadium nierfalen.
- De standaard bevat het advies om bij alle patiënten met een eGFR < 60 ml/min/1,73 m^2 de medicatiebewaking in het HIS te activeren, de actuele eGFR door te geven aan de apotheker en de dosering van bekende en nieuwe medicatie indien nodig aan te passen.
- Bij patiënten met chronische nierschade gaat veel aandacht naar de behandeling van hypertensie. Bij een indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling hebben RAS-remmers bij patiënten met chronische nierschade en verhoogde albuminurie de voorkeur.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

In [**kader 1**] worden de belangrijkste begrippen toegelicht.

Epidemiologie

Chronische nierschade komt in Nederland voor bij ongeveer 12% van de bevolking en gaat gepaard met een verhoogd risico op overlijden, hart- en vaatziekten, acute nierschade en eindstadium nierfalen.[5] Van de algemene bevolking heeft ongeveer 9% chronische nierschade met een mild, 2% met een matig en minder dan 1% met een sterk verhoogd risico op hart- en vaatziekten en eindstadium nierfalen. In de huisartsenpraktijk werd een percentage patiënten met chronische nierschade van 5,7% gevonden.[6] Van de patiënten met chronische nierschade heeft ongeveer de helft een verminderde nierfunctie en de andere helft verhoogde albuminurie.

Etiologie en prognose

Chronische nierschade was vooral het gevolg van klassieke nierziekten, vaak in het kader van een auto-immuunaandoening (zoals glomerulonefritis, vasculitis en interstitiële nefritis) en van diabetes mellitus type 1. Tegenwoordig zijn vooral hypertensie, diabetes mellitus type 2 en atherosclerotisch vaatlijden veroorzakers van chronische nierschade en eindstadium nierfalen.[7] Een enkele keer zijn (zeldzaam voorkomende) erfelijke nierziekten de oorzaak.[8]
Een verlaagde eGFR en een verhoogde albuminurie zijn onafhankelijke risicofactoren en voorspellers voor cardiovasculaire en totale mortaliteit en voor progressie van chronische nierschade en eindstadium nierfalen.[5] Het risico op cardiovasculair overlijden bij personen met chronische nierschade ten opzichte van personen zonder chronische nierschade is een factor 1,5 tot 2,2 verhoogd in geval van mild verhoogd risico (geel in [**tabel 1**]), een factor 2,2 tot 4 in geval van een matig verhoogd risico (oranje in [**tabel 1**]) en een factor > 4 in geval van een sterk verhoogd risico (rood in [**tabel 1**]). Voor het risico op het optreden van eindstadium nierfalen is dit een factor 4 tot 20 in geval van mild verhoogd risico (geel in [**tabel 1**]), een factor 20 tot 80 in geval van een matig verhoogd risico (oranje in [**tabel 1**]) en een factor > 80 in geval van een sterk verhoogd risico (rood in [**tabel 1**]). De verhoging van het cardiovasculair risico bij patiënten met chronische nierschade is vergelijkbaar met die van patiënten met diabetes mellitus.[5]
Patiënten met chronische nierschade die RAS-remmers, diuretica of NSAID's gebruiken (inclusief zelfmedicatie), hebben ook een verhoogd risico op een acute verslechtering van de nierfunctie en hyperkaliëmie bij dreigende dehydratie.[9] Ouderen en patiënten met hartfalen of uiting van atherosclerotisch vaatlijden lopen extra risico.

Pathofysiologie

Een belangrijke functie van de nier is de uitscheiding van endogene (bijvoorbeeld creatinine en ureum) en exogene (bijvoorbeeld geneesmiddelen) afvalstoffen. De klaring van een stof is de snelheid waarmee een stof uit het lichaam verdwijnt. De nier kan stoffen uitscheiden door glomerulaire filtratie, tubulaire secretie (actief en passief) of een combinatie daarvan. De glomerulaire filtratiesnelheid (GFR) is de hoeveelheid plasma die per tijdseenheid het glomerulaire filter passeert (ook wel voorurine genoemd, uitgedrukt in ml/min). Van stoffen die worden gefiltreerd en die geen secretie of terugresorptie ondergaan, komt de klaring overeen met de filtratiesnelheid. Creatinine wordt gedeeltelijk actief uitgescheiden. Dit betekent dat de klaring van creatinine circa 15% hoger ligt dan de glomerulaire filtratiesnelheid.
Op veertigjarige leeftijd is de eGFR gemiddeld circa 80 ml/min/1,73 m^2. Vanaf deze leeftijd neemt de nierfunctie geleidelijk af met ongeveer 0,4 ml/min/1,73 m^2 per jaar. Een eGFR < 90 ml/min/1,73 m^2 bij een jong persoon kan dus voor de leeftijd abnormaal zijn, terwijl bij veel gezonde mannen en vrouwen boven de leeftijd van 70 jaar een eGFR < 60 ml/min/1,73 m^2 wordt gevonden.
Een verminderd vermogen van het lichaam om afvalstoffen via de nieren te klaren kan veroorzaakt worden door een nierziekte (primair of secundair aan een systemische aandoening), maar kan ook het gevolg zijn van vasculaire veranderingen samenhangend met diabetes mellitus, hypertensie of veroudering.
Het verhoogde cardiovasculair risico bij patiënten met chronische nierschade wordt gedeeltelijk verklaard door de hoge prevalentie van traditionele risicofactoren zoals hypertensie en diabetes.
De associatie tussen een verminderde nierfunctie en een verhoogde albuminurie met het cardiovasculair risico is ech-

BELANGRIJKSTE WIJZIGINGEN

- Chronische nierschade wordt gedefinieerd en gestadieerd met behulp van nierfunctie en albuminurie.
- Voor het bepalen van de mate van albuminurie heeft de albumine-creatinineratio de voorkeur boven de albumineconcentratie.
- De termen micro- en macro-albuminurie zijn vervangen door matig verhoogde en ernstig verhoogde albuminurie.
- De nierfunctie wordt geschat (eGFR) met de CDK-EPI-formule.
- Op basis van de eGFR in combinatie met de mate van albuminurie wordt een risicostratificatie voor het risico op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit gemaakt. Er wordt geen leeftijdscriterium meer gehanteerd.
- Progressie van achteruitgang van de nierfunctie en acute nierschade zijn gedefinieerd.
- Screening op metabole complicaties van chronische nierschade wordt alleen nog aanbevolen bij patiënten met een sterk verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen of eindstadium nierfalen die bij de huisarts onder controle zijn. Hierbij wordt bepaling van het parathormoon (PTH) en behandeling met actief vitamine D bij een verhoogde PTH-spiegel niet meer aanbevolen.
- Er zijn aangepaste samenwerkingsafspraken met internist-nefrologen opgenomen die nieuwe verwijsindicaties bevatten. Ook zijn er samenwerkingsafspraken met diëtisten, apothekers en laboratoriumspecialisten klinische chemie opgenomen.
- De adviezen over medicatiebewaking en het voorkómen van acute nierschade bij dreigende dehydratie zijn uitgebreider beschreven.

ter onafhankelijk van deze traditionele risicofactoren. Dus: niet-traditionele, nierspecifieke mechanismen leveren een aanzienlijke bijdrage aan het cardiovasculair risico.[10]

Metabole complicaties
Bij een verminderde nierfunctie kunnen metabole veranderingen optreden. Ten eerste kunnen de calcium- en fosfaathuishouding verstoord raken. In de nieren wordt vitamine D omgezet in zijn actieve vorm (1,25-dihydroxy cholecalciferol). Onder invloed van actief vitamine D wordt in de darm calcium opgenomen. Als bij een verminderde nierfunctie het serumcalciumgehalte daalt, is dit een stimulans voor de bijschildklieren om het parathormoon (PTH) uit te scheiden. Op zijn beurt stimuleert PTH de osteoclasten in het bot, waardoor calcium en fosfaat uit het bot worden gemobiliseerd. Dit laatste veroorzaakt uiteindelijk renale osteodystrofie. Daarnaast kunnen er vanaf een eGFR < 30 ml/min/1,73 m^2 een normocytaire anemie (door een verminderde erytropoëtineproductie in de nieren), metabole acidose (door een verminderde capaciteit van de nier om zuur uit te scheiden), jeuk en jicht ontstaan. Bij een eGFR < 15 ml/min/1,73 m^2 kunnen bij een verhoogd ureumgehalte gastro-intestinale klachten (misselijkheid en verminderde eetlust) optreden en kunnen tekenen van ondervoeding aanwezig zijn. Bij een eGFR < 10 ml/min/1,73 m^2 kunnen verschijnselen van overvulling, hyperkaliëmie, een verhoogde bloedingsneiging, vermoeidheid, een verhoogde vatbaarheid voor infecties, pericarditis, polyneuropathie, slaapstoornissen en mentale veranderingen voorkomen.

Nierfunctie
In de dagelijkse praktijk wordt met de nierfunctie de glomerulaire filtratiesnelheid (GFR) bedoeld, als maat voor de hoeveelheid functionerend nierweefsel. Afname van de glomerulaire filtratiesnelheid gaat gepaard met afname van de (creatinine)klaring en/of een stijging van het serumcreatininegehalte. De nierfunctie wordt geschat door een berekening van de glomerulaire filtratiesnelheid aan de hand van het serumcreatininegehalte, leeftijd en geslacht. Het wordt aanbevolen hiervoor de CKD-EPI-formule (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) te gebruiken.[11] Deze formule schat de nierfunctie voor volwassen patiënten met een gemiddelde spiermassa voor hun lengte, gewicht, geslacht en leeftijd, bij een min of meer stabiele nierfunctie. De geschatte nierfunctie (e(stimated) GFR) is dus een schatting naar leeftijd bij personen met een normaal postuur. Bij grote afwijkingen van de spiermassa en het lichaamsoppervlak kan er sprake zijn van een over- dan wel onderschatting van de nierfunctie die relevant kan zijn voor bijvoorbeeld dosering van medicatie. Bij patiënten met te weinig spiermassa, bijvoorbeeld als gevolg van spieratrofie (bij bedlegerigheid, rolstoelgebruik, bepaalde spierziekten en anorexie) of amputatie, wordt de GFR overschat. Bij patiënten met spierhypertrofie (bijvoorbeeld bij bodybuilders, zware spierarbeid en soms bij negroïde ras) wordt de GFR onderschat. Verder kan de nierfunctie onderschat worden door een 'vals' verhoogd serumcreatininegehalte bij gebruik van bepaalde geneesmiddelen (cimetidine, trimethoprim en cotrimoxazol). Deze verstorende factoren kunnen niet tot in detail gekwantificeerd worden.
Bepaling van de nierfunctie kent ook een variatie als gevolg van biologische variatie en als gevolg van de meting zelf. Bij afname van de eGFR met meer dan 15% ten opzichte van de voorafgaande waarde bij een (verder stabiele) patiënt is dit toe te schrijven aan een achteruitgang van de nierfunctie.[12]
De CDK-EPI-formule is bij een GFR > 90 ml/min/1,73 m^2 minder betrouwbaar (een dergelijke eGFR wordt daarom soms vermeld als > 90 ml/min/1,73 m^2).

KADER 1 BEGRIPPEN
- Chronische nierschade: ≥ 3 maanden verminderde nierfunctie en/of verhoogde albuminurie en/of specifieke sedimentsafwijkingen[1,2]
- eGFR: geschatte nierfunctie (estimated Glomerular Filtration Rate)
- Verminderde nierfunctie: eGFR < 60 ml/min/1,73 m^2
- Eindstadium nierfalen: eGFR < 15 ml/min/1,73 m^2
- Albuminurie: verlies van albumine in de urine, bepaald met de albumine-creatinineratio (ACR):[3]
  - normaal: < 3 mg/mmol
  - matig verhoogd: 3-30 mg/mmol
  - ernstig verhoogd: > 30 mg/mmol
- Metabole complicaties: stoornissen in de stofwisseling (onder andere die van calcium en fosfaat en de erytrocytenaanmaak) veroorzaakt door chronische nierschade
- Progressie van nierfunctieverlies:
  - een bevestigde daling van de eGFR van 25% ten opzichte van de eerste meting in de afgelopen vijf jaar, in combinatie met een verslechtering in stadium van nierschade [**tabel 1**], of
  - daling van de eGFR van ten minste 5 ml/min/1,73 m^2/jaar, vastgesteld met ten minste drie metingen in één jaar
- Acute nierschade (vermindering nierfunctie):[4]
  - stijging van het serumcreatininegehalte ≥ 25 µmol/L binnen 48 uur; of
  - stijging van het serumcreatininegehalte met meer dan 50% binnen één week

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK
Een verminderde nierfunctie of verhoogde albuminurie kan in de huisartsenpraktijk gevonden worden bij de volgende groepen patiënten:
- patiënten met diabetes mellitus
- patiënten bij wie het cardiovasculair risicoprofiel opgesteld wordt of die gecontroleerd worden in het kader van cardiovasculair risicomanagement
- patiënten bij wie bij oriënterend onderzoek de nierfunctie of albuminurie bepaald is
- patiënten vanaf 70 jaar bij wie medicatie wordt voorgeschreven waarbij de nierfunctie van belang is

De diagnostiek is erop gericht om op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend (laboratorium-) onderzoek na te gaan of er sprake is van chronische nierschade, wat de oorzaak hiervan is en welk beleid aangewezen is.

Anamnese
Ga door anamnese en in het dossier na:
- bij nierfunctievermindering of er sprake is van:
  - een eventuele over- of onderschatting van de eGFR (te weinig spiermassa of spierhypertrofie)
  - eerdere bepalingen van de nierfunctie en het eventuele beloop (een significante daling (> 15%) van de nierfunctie in korte tijd kan wijzen op acute nierschade)
- bij verhoogde albuminurie of er sprake is van:
  - een niet-nefrogene oorzaak: contaminatie van de urine (met bloed of fluor), koorts, urineweginfectie, ontregelde diabetes mellitus, manifest hartfalen, zware lichamelijke inspanning, recent doorgemaakt epileptisch insult
- (aanwijzingen voor) mogelijk etiologische factoren:
  - diabetes mellitus en/of een verhoogde bloeddruk
  - een bekende nierziekte, recidiverende pyelonefritis en vesico-urethrale reflux, nefrectomie of een auto-immuunziekte in de voorgeschiedenis[13]
  - familiaire nierziekten (bijvoorbeeld ziekte van Alport, cystenieren)[8]
  - medicatiegebruik dat mogelijk nierschade geeft of de nierfunctie kan verminderen (bijvoorbeeld NSAID's en RAS-remmers)
  - dehydratie

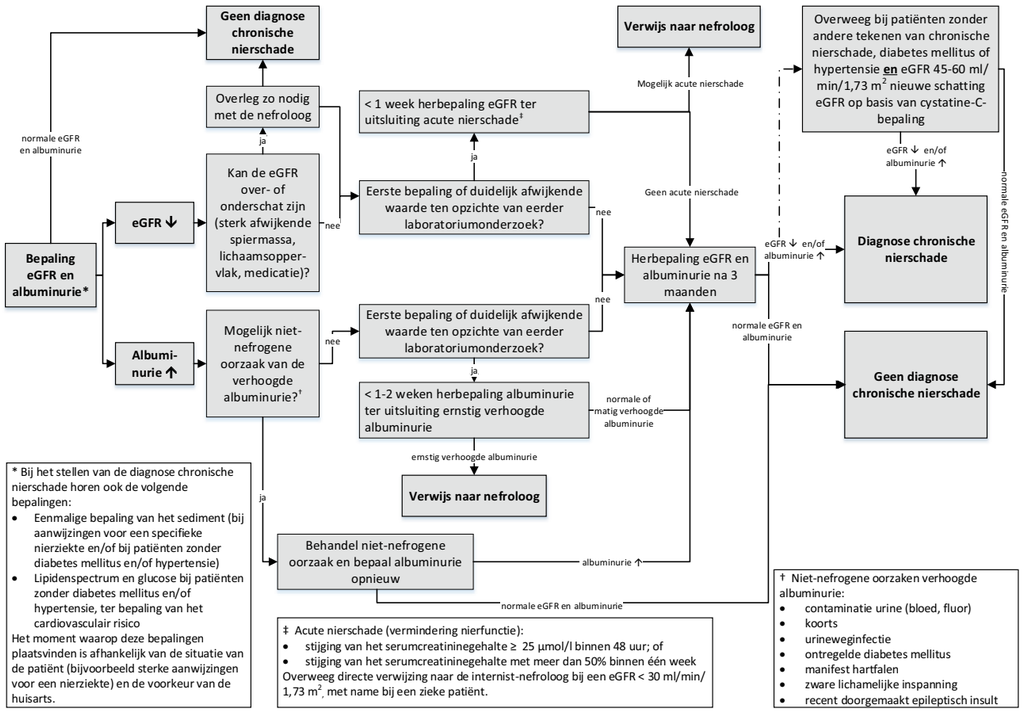
Vraag voor het opstellen van het cardiovasculair risicoprofiel (indien dit nog niet bekend is) naar leefstijlfactoren en familieanamnese (conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).

Lichamelijk onderzoek
- Meet bloeddruk (indien niet recent bepaald).
- Meet lengte en bepaal gewicht (indien niet recent bepaald) om de body mass index (BMI) te berekenen.

Aanvullend onderzoek
Vraag het volgende laboratoriumonderzoek aan (zie [**stroomdiagram**]):
- Hernieuwde bepaling van de eGFR en/of de albumine-creatinineratio in de (eerste) ochtendurine binnen één week (ter uitsluiting van acute nierschade) in geval het een eerste bepaling was of indien de waarde duidelijk afwijkend is ten opzichte van eerder laboratoriumonderzoek.[4,14] Overweeg directe verwijzing naar de internist-nefroloog bij een eGFR < 30 ml/min/1,73 m^2, met name bij een zieke patiënt.
- Hernieuwde bepaling van de eGFR en de albumine-creatinineratio in de (eerste) ochtendurine na drie maanden (ter bevestiging van de diagnose chronische nierschade).
- Bij vermoeden van een niet-nefrogene oorzaak van verhoogde albuminurie: vraag op indicatie aanvullend laboratoriumonderzoek aan (bijvoorbeeld nitrietbepaling bij klachten passend bij een urineweginfectie en glucose bij mogelijk ontregelde diabetes mellitus).

Overig aanvullend onderzoek
- Urinesediment: overweeg beoordeling van het urinesediment op (dysmorfe) erytrocyten en/of celcilinders bij patiënten zonder bekende hypertensie, diabetes mellitus en bij aanwijzingen voor een specifieke nierziekte. Verwijs de patiënt hiervoor naar het laboratorium (de beoordeling van het sediment is niet eenvoudig). Voor het beoordelen wordt een tweede ochtendurine (met een verblijfsduur van circa twee tot vier uur in de blaas) aanbevolen. Houd er bij verwijzing naar het laboratorium rekening mee dat de urine zo snel mogelijk na productie (maar bij voorkeur binnen een uur) beoordeeld dient te worden. Op perifere bloedafnamelocaties is dit meestal niet mogelijk. Dysmorfe erytrocyten en celcilinders in het urinesediment wijzen op een specifieke nierziekte. Verwijs de patiënt in dit geval naar de internist-nefroloog.
- Lipidenspectrum en glucose: vraag bij patiënten die niet bekend zijn met hypertensie en/of diabetes mellitus, aanvullend het lipidenspectrum en het glucosegehalte aan om het cardiovasculair risico te bepalen. Uit praktische overwegingen wordt aanbevolen dit gelijktijdig met herhaling van de eGFR en de albumine-creatinineratio te doen.
- Schatting van de nierfunctie op basis van cystatine C: bij patiënten met een eGFR tussen 45 en 60 ml/min/1,73 m^2 en zonder andere tekenen van chronische nierschade, diabetes mellitus of hypertensie kan schatting van de nierfunctie op basis van cystatine C overwogen worden om de diagnose chronische nierschade met meer zekerheid te bevestigen of te verwerpen. De reden hiervoor is dat er geen verhoogd risico op overlijden, hart- en vaatziekten en eindstadium nierfalen is bij mensen met een normale eGFR, geschat op basis van cystatine C.[15] Dit is het geval bij een derde van de mensen met een eGFR 45-60 ml/min/1,73 m^2, geschat op basis van het serumcreatininegehalte. De cystatine-C-bepaling is niet overal beschikbaar. Bepaling van de creatinineklaring in 24-uurs urine is in dit geval een alternatief.[16] Ook kan een internist-nefroloog geconsulteerd worden over het verdere diagnostische beleid (bijvoorbeeld met teleconsultatie).[17]
- Point-of-care creatininebepaling door de huisarts wordt niet aanbevolen. Reden hiervoor is de beperkte diagnostische accuratesse.[18]

Stroomdiagram Diagnostiek chronische nierschade



- Opsporing van metabole complicaties: laboratoriumonderzoek ter opsporing van metabole complicaties van chronische nierschade wordt niet meer aanbevolen, omdat de prevalentie van metabole complicaties met therapeutische consequenties bij een eGFR > 30 ml/min/1,73 m² laag is. Uitzondering zijn patiënten die ondanks een verwijsindicatie bij de huisarts onder controle zijn (zie paragraaf Controle). Bepaal in dit geval het serumfosfaat-, kalium-, calcium- en hemoglobinegehalte. Bepaling van het parathormoon (PTH) wordt niet meer standaard aanbevolen.[19]
- Echografie: verricht bij vermoeden van een retentieblaas of hydronefrose bij nefrolithiase, of cystenieren (bijvoorbeeld bij een positieve familieanamnese) echografie van nieren en urinewegen.[20] Patiënten met cystenieren moeten voorafgaand aan echografie voorgelicht worden dat er mogelijk consequenties van een eventuele diagnose voor het afsluiten van verzekeringen zijn.

Evaluatie

Evalueer de uitkomsten van de diagnostiek. Er zijn drie mogelijke uitkomsten:

- Er is sprake van acute nierschade: bij een abrupte nierfunctiedaling: verwijs met spoed naar de internist-nefroloog [**kader 1**].[14]
- De verminderde nierfunctie en/of de verhoogde albuminurie is/zijn het gevolg van een verstorende factor (over- of onderschatting eGFR of niet-nefrogene oorzaak van de verhoogde albuminurie). Er is geen sprake van chronische nierschade. Overleg bij twijfel (bijvoorbeeld bij een sterk afwijkende spiermassa of lichaamsoppervlak) met de internist-nefroloog in hoeverre de verstorende factor de afwijkende waarde kan verklaren.
- Bij een verminderde nierfunctie en/of verhoogde albuminurie en/of specifieke sedimentsafwijkingen die gedurende ten minste drie maanden aanwezig zijn is er sprake van chronische nierschade.

Wanneer er sprake is van chronische nierschade:

- Bepaal het stadium van de eGFR en de albuminurie aan de hand van [**tabel 1**]. Er zijn zes stadia van de nierfunctie en drie stadia van albuminurie. Verwijs patiënten met een ernstig verhoogde albuminurie naar de internist-nefroloog.
- De stadia van de eGFR en albuminurie bepalen gezamenlijk het risico op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit in drie categorieën: mild (geel), matig (oranje) of sterk (rood) verhoogd. Bepaal dit risico en verwijs patiënten met een sterk verhoogd risico (rood in [**tabel 1**]).
- Evalueer oorzaken van de chronische nierschade, zoals diabetes mellitus of hypertensie, of medicatie. Overweeg teleconsultatie met de internist-nefroloog bij onvoldoende duidelijkheid over de oorzaak, bijvoorbeeld wanneer deze niet bekend is of de mate van nierschade niet correspondeert met de ernst van de onderliggende aandoening. Verwijs bij vermoeden van een specifieke nierziekte.
- Evalueer het beloop van de nierschade als er eerdere laboratoriumwaarden beschikbaar zijn. Verwijs bij progressie van chronische nierschade [**kader 1**].
- Bij patiënten met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit is een afweging van voor- en nadelen van een strikte (medicamenteuze) behandeling noodzakelijk. Zo kan bijvoorbeeld voor patiënten met een levensverwachting < 10 jaar en voor patiënten met een laag cardiovasculair risico een minder strikt beleid worden nagestreefd. Deze afweging dient samen met de patiënt gemaakt te worden en kan betekenen dat ervoor wordt gekozen dat de patiënt, ondanks een verwijsindicatie, toch onder controle van de huisarts blijft. Bij een verminderde nierfunctie is medicatiebewaking wel altijd aangewezen.

Tabel 1

Stadiëring van chronische nierschade op basis van eGFR en albumine-creatinineratio en daaraan gekoppelde risicoschatting op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit.[21]

Nierfunctie (eGFR in ml/min/1,73 m²)			Albuminuriestadia (albumine-creatinineratio in mg/mmol)		
			A1	A2	A3
			Normaal	Matig verhoogd	Ernstig verhoogd
Stadium	Beschrijving		< 3	3-30	> 30
G1	Normaal of hoog	≥ 90			
G2	Mild afgenomen	60-89			
G3a	Mild tot matig afgenomen	45-59			
G3b	Matig tot ernstig afgenomen	30-44			
G4	Ernstig afgenomen	15-29			
G5	Nierfalen	< 15			

Risicocategorieën: Geen CNS[1] Mild verhoogd risico Matig verhoogd risico Sterk verhoogd risico

RICHTLIJNEN BELEID

De behandeling van chronische nierschade is erop gericht het verhoogde risico op cardiovasculaire morbiditeit/mortaliteit te verminderen en het voorkomen en beperken van progressie van nierschade.

De huisarts kan een groot deel van de patiënten zelf begeleiden. Dit betreft in ieder geval de patiënten met een:

- eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m² in combinatie met normale albuminurie
- eGFR ≥ 45 ml/min/1,73 m² in combinatie met matig verhoogde albuminurie

Bepaal het beleid aan de hand van de risicocategorie, de oorzaak en het beloop van de chronische nierschade en factoren als leeftijd en comorbiditeit.

Een afweging van voor- en nadelen van strikte (medicamenteuze) behandeling is noodzakelijk, vooral bij patiënten met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit. Maak deze afweging samen met de patiënt.

In voorkomende gevallen kan de huisarts patiënten met een sterk verhoogd risico (rood in [**tabel 1**]) die wegens een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit niet verwezen zijn naar de internist-nefroloog, zelf behandelen. Bij deze patiënten ligt de nadruk op het signaleren en – meestal in overleg met de internist-nefroloog – medicamenteus behandelen van metabole complicaties (zie paragraaf *Controle*).

Voor een samenvatting van het beleid naar risicocategorie, zie [**bijlage 1**].

Voorlichting

Licht de patiënt voor over:[22]

- de aard en het normale beloop van chronische nierschade
- het verhoogde cardiovasculaire risico
- het belang van een gezonde leefstijl (zie *Leefstijladviezen*)
- geneesmiddelen die nierschade veroorzaken, met speciale aandacht voor zelfzorgmiddelen (zoals NSAID's)
- het belang van dosisaanpassing bij bekende en nieuwe medicatie en bij dreigende dehydratie
- het doorgeven van de nierfunctie door de arts aan de apotheker en het feit dat de patiënt daar toestemming voor moet geven
- de rol die de patiënt zelf heeft om ervoor te zorgen dat zijn zorgverleners op de hoogte zijn van de nierfunctie
- jaarlijkse influenzavaccinatie

- controleafspraken (en de eventuele rol van praktijkondersteuner en apotheker)

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijs naar de informatie over chronische nierschade op www.thuisarts.nl. De informatie op Thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG-Standaard. Daarnaast kunnen patiënten met chronische nierschade voor ondersteuning bij problemen in het dagelijks leven worden verwezen naar de Nierpatiënten Vereniging Nederland (https://www.nvn.nl).

Zelfmanagement
De behandeling van chronische nierschade valt vaak binnen de geprotocolleerde zorg voor patiënten met diabetes mellitus en/of een verhoogd cardiovasculair risico. Binnen deze programma's is veel aandacht voor zelfmanagement. Voor patiënten met chronische nierschade kan bij deze programma's worden aangesloten.[23] Belangrijke elementen van zelfmanagement zijn patiëntgerichtheid, gedeelde besluitvorming over de aanpak, een coachende rol van de huisarts en een individueel zorgplan. Bij patiënten met chronische nierschade zijn leefstijlaspecten een belangrijk onderdeel van de behandeling. De huisarts kan hierbij voor ondersteuning van de patiënt gebruikmaken van de NHG-Zorgmodules Leefstijl.
Daarnaast kunnen afspraken worden gemaakt over zelfzorgmiddelen (onder andere: geen NSAID's maar paracetamol bij pijn) en het beleid bij dreigende dehydratie. Huisarts en patiënt kunnen afspreken dat de patiënt zelfstandig tijdelijk medicatie vermindert of stopt in geval van braken en/of diarree.

Niet-medicamenteuze behandeling
Leefstijladviezen
Stimuleer patiënten om:
- een gezond lichaamsgewicht na te streven (BMI 18,5 tot 25 kg/m^2);
- lichamelijke inspanning te leveren in overeenstemming met adviezen uit de Norm Gezond Bewegen;
- te stoppen met roken;
- zoutinname te beperken tot maximaal 6 gram (keukenzout (NaCl)) per dag.[24]

Zie hiervoor ook de NHG-Zorgmodules Leefstijl. Het advies over een beperkte zoutinname bestaat uit het geen zout toevoegen bij de voedselbereiding en het gebruik van industrieel bereide voedingsmiddelen te beperken/vermijden. Een eiwitbeperkt dieet is bij patiënten die bij de huisarts onder controle zijn, niet geïndiceerd.[25]
Overweeg in geval van therapieresistente hypertensie en/of gebruik van een RAS-remmer te verwijzen naar een dietist voor evaluatie en beperking van de zoutinname. RAS-remmers zijn minder effectief bij hoge zoutinname.

Beleid bij patiënten met dreigende dehydratie
- Instrueer patiënten met chronische nierschade die RAS-remmers, diuretica en/of (ondanks contra-indicatie) NSAID's gebruiken contact op te nemen met de huisartsenpraktijk in geval van hoge koorts, fors braken of forse diarree. Overweeg bij aanwijzingen voor (dreigende) dehydratie controle van de patiënt en aanvullend laboratoriumonderzoek (eGFR, kalium, natrium).[9]
- Overweeg op grond van het klinisch beeld (en eventuele laboratoriumuitslagen) tijdelijk diuretica te staken en de dosering van RAS-remmers te halveren.
- Bij gebruik van NSAID's: staak deze in ieder geval tijdelijk, maar ga ook na of deze geheel gestaakt kunnen worden.
- Bij patiënten met hartfalen kan het staken van RAS-remmers leiden tot afname van de cardiale output. Geadviseerd wordt bij deze patiënten tijdelijk de dosering van diuretica en RAS-remmers te halveren.
- Ook voor andere medicatie geldt dat aanpassing van de medicatie aangewezen kan zijn (zie de NHG-Standaard Acute diarree). Metformine kan bijvoorbeeld enkele dagen gestaakt worden vanwege het risico op lactaatacidose.

Vaccinatie-adviezen
De Gezondheidsraad adviseert influenzavaccinatie voor patiënten met chronische nierschade (nierfalen), analoog aan patiënten met diabetes mellitus en COPD. Hierbij is het nut het grootst bij patiënten met chronische nierschade en een matig of sterk verhoogd risico op mortaliteit en morbiditeit (rood en oranje in [**tabel 1**]).
Pneumococcenvaccinatie wordt bij patiënten met chronische nierschade conform het advies van de Gezondheidsraad niet aanbevolen.[26]

Medicamenteuze behandeling
Zie [**kader 2**] voor de medicatiebewaking bij patiënten met chronische nierschade.

Beleid ten aanzien van het verhoogde cardiovasculaire risico
Het cardiovasculaire risico van patiënten met chronische nierschade is verhoogd, vergelijkbaar met patiënten met diabetes mellitus (zie [**kader 3**]), en dient als zodanig gekwantificeerd te worden:

KADER 3 AFSTEMMING MET NHG-STANDAARD CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT
Patiënten met chronische nierschade hebben een verhoogd cardiovasculair risico, vergelijkbaar met patiënten met diabetes mellitus. In de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement is dit risico in de risicoschatting onvoldoende meegenomen. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement wordt momenteel herzien. De richtlijnen voor het cardiovasculair risicomangement bij patienten met chronische nierschade zijn in afstemming met de werkgroep die de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement herziet, geformuleerd. Na verschijnen van deze herziene standaard wordt onderstaande tekst geactualiseerd.

KADER 2 MEDICATIEBEWAKING

Medicatiebewaking bij patiënten met chronische nierschade
Bij het voorschrijven van geneesmiddelen die voornamelijk door de nier geklaard worden aan patiënten met een verminderde nierfunctie, is minder geneesmiddel nodig om een werkzame spiegel te bereiken. Om (ernstige) toxiciteit te voorkomen moet daarom bij het voorschrijven van een aantal geneesmiddelen de (start-) dosering en/of het doseerinterval aangepast worden (bijvoorbeeld bij lithium, metformine, digoxine, sotalol, amoxicilline/clavulaanzuur, rosuvastatine en allopurinol). Bij geneesmiddelen die toxisch voor de nieren zijn kan een acute verslechtering van de nierfunctie ontstaan. De kans op acute nierschade is veel groter bij een verminderde nierfunctie. Deze geneesmiddelen zijn daarom gecontra-indiceerd (bijvoorbeeld NSAID's).
Sinds 1 augustus 2013 zijn voorschrijvers wettelijk verplicht om een bekende afwijkende nierfunctie (< 50 ml/min/1,73 m^2) door te geven aan de apotheker van de patiënt. De apotheker dient deze gegevens te betrekken bij de medicatiebewaking. Het doorgeven van deze gegevens aan de apotheker mag niet zonder toestemming van de patiënt.[27]
De doseringsadviezen bij een verminderde nierfunctie in het HIS zijn ingedeeld in categorieën, waarbij als afkapwaarde voor de medicatiebewaking 50 ml/min wordt gehanteerd. Om praktische redenen is er in deze standaard voor gekozen te adviseren om al bij een eGFR < 60 ml/min/1,73 m^2 de medicatiebewaking te activeren.[28]

Verricht bij het voorschrijven in het kader van de medicatiebewaking daarom de volgende acties:
- Maak bij het vaststellen van chronische nierschade met een eGFR < 60 ml/min/1,73 m^2 een ICPC-code aan voor nierinsufficiëntie en activeer de medicatiebewaking in het HIS.
- Pas zo nodig de dosering aan van bekende en nieuwe medicatie op grond van de adviezen zoals geadviseerd in het HIS bij het voorschrijven van de medicatie. Overleg zo nodig met de internist-nefroloog en/of apotheker.
- Geef bij voorschrijven van medicatie de actuele eGFR door aan de apotheker in verband met medicatiebewaking en mogelijke noodzaak tot aanpassing van medicatie. Geef aan als er naar verwachting sprake is van een substantiële over- of onderschatting van de nierfunctie op basis van sterk afwijkende spiermassa. Overleg zo nodig met de apotheker of dit consequenties heeft voor de voorgeschreven medicatie.

Bij het voorschrijven of gebruik van medicatie die de nierfunctie negatief kan beïnvloeden:
- heroverweeg de noodzaak tot gebruik en overleg daarover eventueel met internist-nefroloog en/of apotheker;
- voorkom het gebruik van nefrotoxische medicatie, zoals NSAID's.

Medicatiebewaking bij ouderen bij wie geen (recente) nierfunctie bekend is
Bepaal de nierfunctie bij patiënten ouder dan 70 jaar, bij wie de nierfunctie onbekend is of langer dan een jaar geleden bepaald is, én:
- medicatie wordt voorgeschreven die bij een verminderde nierfunctie gecontra-indiceerd is of aanpassing behoeft, óf
- medicatie wordt voorgeschreven waarvan bekend is dat die achteruitgang van de nierfunctie kan veroorzaken.

In de meeste situaties kan de nierfunctie zonder spoed bepaald worden.[29]

- Chronische nierschade risicocategorie oranje en rood [**tabel 1**]: deze patiënten hebben een (zeer) hoog cardiovasculair risico. Leefstijladviezen worden aanbevolen. Daarnaast wordt bij deze patiënten medicamenteuze behandeling aanbevolen bij een bloeddruk > 130/80 mmHg en/of een LDL > 2,5 mmol/L om zo het cardiovasculaire risico te verlagen.
- Chronische nierschade risicocategorie geel [**tabel 1**]: deze patiënten hebben een matig verhoogd cardiovasculair risico. Leefstijladviezen worden aanbevolen. Bij de schatting van het cardiovasculaire risico geldt de aanwezigheid van chronische nierschade als additionele risicofactor, waardoor de patiënt één risicocategorie omhoogschuift in de CVRM-risicotabel (zie risicotabel NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).

Patiënten met chronische nierschade en diabetes mellitus
Voor het beleid bij patiënten met chronische nierschade en diabetes mellitus (streefwaarden HbA1c): zie de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2.[30]

Patiënten met chronische nierschade en verhoogde bloeddruk
- Bij patiënten met chronische nierschade gaat veel aandacht naar de behandeling van hypertensie.[31]
- Meet de bloeddruk en stel een verhoogde bloeddruk vast conform de aanbevelingen in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- Behandel patiënten met een bloeddruk > 130/80 mmHg met bloed-

drukverlagende therapie. Geef alle patiënten leefstijladviezen. Medicamenteuze behandeling wordt aanbevolen bij patiënten uit risicocategorie oranje en rood [**tabel 1**]. Overweeg medicamenteuze behandeling bij patiënten met chronische nierschade risicocategorie geel [**tabel 1**], afhankelijk van de schatting van het cardiovasculaire risico, waarbij chronische nierschade als additionele risicofactor moet worden meegenomen. De streefwaarde van de bloeddruk is ≤ 130/80 mmHg.[32]

- Individualiseren van de streefwaarden voor de bloeddruk wordt aanbevolen samen met de patiënt, met name op basis van leeftijd, aard van de nierziekte en comorbiditeit. Zo kan bijvoorbeeld voor patiënten met een levensverwachting < 10 jaar en voor patiënten met een laag cardiovasculair risico een minder strikt beleid en voor jonge patiënten met ernstig verhoogde albuminurie of een specifieke nierziekte juist een strikter beleid worden nagestreefd.
- Wees alert op houdingsafhankelijke duizeligheid en pas zo nodig het beleid aan.

De keuze van het bloeddrukverlagende middel

- Behandeling met een RAS-remmer wordt aanbevolen in geval van matig of ernstig verhoogde albuminurie (ACR ≥ 3 mg/mmol).
- Bij het starten van een RAS-remmer bij patiënten met een eGFR < 60 ml/min/1,73 m^2 wordt na een tot twee weken controle van het serumkalium en de eGFR aanbevolen. Een daling van de eGFR van maximaal 20% wordt geaccepteerd.
- Voor de voorkeursmedicatie bij andere comorbide aandoeningen of condities wordt aanbevolen de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement te volgen.

Patiënten met een LDL ≥ 2,5 mmol/L
Bij patiënten met chronische nierschade risicocategorie oranje en rood [**tabel 1**] met een LDL ≥ 2,5 mmol/L wordt behandeling aanbevolen met een statine (voor keuze van het middel en dosering zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).[33] Bij patiënten met chronische nierschade risicocategorie geel [**tabel 1**]: overweeg een statine, afhankelijk van de schatting van het cardiovasculair risico, waarbij chronische nierschade als additionele risicofactor moet worden meegenomen.

Patiënten met bekende hart- en vaatziekten
Voor de indicaties voor het voorschrijven van plaatjesaggregatieremmers in het kader van secundaire preventie bij patiënten met chronische nierschade die ook een hart- en vaatziekte hebben, zie de NHG-Standaarden op het gebied van hart- en vaatziekten.[34,35]

Controle
De controlefrequentie is afhankelijk van de risicocategorie:

- jaarlijks bij patiënten met een mild verhoogd risico (geel in [**tabel 1**]);[36]
- twee keer per jaar bij patiënten met een matig verhoogd risico (oranje in [**tabel 1**]);
- pas de controlemomenten voor monitoring van de nierschade bij patiënten met hypertensie en/of diabetes mellitus in bij de desbetreffende periodieke controle.

Controleer (conform individueel zorgplan) en besteed aandacht aan de volgende aspecten:

- mate van nierschade:
  - eGFR en albumine-creatinineratio in de urine. Geef de actuele eGFR door aan de apotheek;
  - ga na of er een verandering van het stadium van de nierfunctie of albuminurie is, evalueer eventuele oorzaken hiervan, zoals medicatie, dehydratie of postrenale oorzaak, en pas zo nodig het beleid aan. Verwijs de patiënt bij progressie [**kader 1**];
- het cardiovasculair risicoprofiel (inclusief meting bloeddruk);
- niet-medicamenteuze adviezen (leefstijladviezen);
- medicatiegebruik (waaronder zelfzorgmiddelen, zoals NSAID's);
- bij gebruik van een RAS-remmer of diureticum:
  - bepaal minimaal jaarlijks tevens de serumkalium- en natriumconcentratie;
  - eventuele bijwerkingen, zoals houdingsafhankelijke duizeligheid. Pas zo nodig het beleid aan (zie NHG-Standaard Duizeligheid);
- overweeg (jaarlijkse) medicatiebeoordeling (zie de MDR Polyfarmacie bij ouderen).[37]

Metabole complicaties
Bij patiënten met een sterk verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen of eindstadium nierfalen, die toch bij de huisarts onder controle zijn (rood in [**tabel 1**]), is regelmatig onderzoek naar metabole complicaties aangewezen. Om deze te diagnosticeren wordt bij deze patiënten in de huisartsenpraktijk (afhankelijk van de perdiodieke controles) twee- tot viermaal per jaar bepaling van fosfaat, kalium, calcium en hemoglobine aanbevolen.[38] Bepaling van het parathormoon (PTH) en behandeling met actief vitamine D wordt niet meer standaard aanbevolen.[19] Overleg bij afwijkingen met de internist-nefroloog over het te volgen beleid.

Beleid bij eindstadium nierfalen
Voor uitgebreide aanbevelingen over besluitvorming over nierfunctievervangende behandeling wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn Nierfunctievervangende behandeling: wel of niet? Voor de zorg is het van belang dat:

- samenwerking tussen eerste en tweede lijn, met laagdrempelig overleg in geval van twijfel, wordt aanbevolen voor goede besluitvorming, samen met de patiënt, over het al dan niet starten van nierfunctievervangende behandeling;
- leeftijd geen, maar comorbiditeit wél een criterium is voor het al dan niet voorstellen van nierfunctievervangende behandeling;
- tijdige verwijzing (eGFR < 30 ml/min/1,73 m^2) naar de tweede lijn de uitkomsten van nierfunctievervangende behandeling verbetert;
- patiënten met ernstig nierfunctieverlies (eGFR < 30 ml/min/1,73 m^2) informatie krijgen over de verschillende vormen van behandeling van eindstadium nierfalen (nierfunctievervangende behandeling door dialyse of niertransplantatie en conservatieve behandeling), inclusief voor- en nadelen van de interventies.

Bij het gesprek met de patiënt kan gebruik worden gemaakt van de consultkaarten 'Mogelijkheden voor een nierfunctievervangende behandeling' en 'Nierfunctievervangende behandeling of conservatieve behandeling?'.
Als wordt overwogen af te zien van nierfunctievervangende behandeling is het belangrijk dat de patiënt en zijn familie weten wat conservatieve behandeling inhoudt. Hiermee wordt bedoeld dat patiënten weliswaar geen nierfunctievervangende behandeling krijgen, maar wel zo goed mogelijk behandeld worden, gericht op maximaal behoud van nierfunctie en behandeling van symptomen. Patiënten en familie kunnen terughoudend zijn in het afzien van nierfunctievervangende behandeling, omdat ze het gevoel hebben dan te kiezen voor 'geen behandeling'. De huisarts kan, consultatief ondersteund door de internist-nefroloog, bij deze behandeling en later in de palliatieve fase een belangrijke rol vervullen (zie voor verdere informatie de richtlijn Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen).[39]

CONSULTATIE EN VERWIJZING

Verwijs naar de internist-nefroloog bij:

- (vermoeden van) acute nierschade
- vermoeden van een onderliggende specifieke nierziekte
  - sedimentafwijkingen
  - een bekende auto-immuunziekte, recidiverende pyelonefritis, vesico-urethrale reflux, nefrectomie
  - vermoeden van een erfelijke nierziekte of erfelijke nierziekte in de familie
- een ernstig verhoogde albuminurie [**tabel 1**], ACR > 30 mg/mmol
- chronische nierschade met sterk verhoogd risico (rood in [**tabel 1**])
- progressie van chronische nierschade
  - daling van de eGFR van 25% ten opzichte van de eerste meting in de afgelopen vijf jaar, in combinatie met een verslechtering in stadium van de eGFR [**tabel 1**], of
  - daling van de eGFR van ten minste 5 ml/min/1,73 m^2/jaar, vastgesteld met ten minste drie metingen

Overwegingen om – in overleg met de patiënt – niet te verwijzen zijn met name een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit.

Overweeg consultatie van de internist-nefroloog voor behandelingadviezen van patiënten die ondanks een verwijsindicatie een voorkeur hebben voor behandeling door de huisarts. Deze vragen kunnen onder andere gaan over:

- de progressie van nierschade
- therapieresistente hypertensie (hypertensie die niet voldoende reageert op behandeling met drie of meer middelen)
- afwijkende laboratoriumuitslagen, wijzend op metabole complicaties

Overweeg verwijzing naar een diëtist bij therapieresistente hypertensie en/of gebruik van een RAS-remmer voor evaluatie en beperking van de zoutinname.

Zie [**bijlage 2**] voor samenwerkingsafspraken over consultatie, verwijzen en terugverwijzen.

© 2018 Nederlands Huisartsen Genootschap

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

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

NOTEN EN LITERATUUR

De noten en literatuur staan bij deze standaard op www.nhg.org.

Inbreng van de patiënt
De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

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

Delegeren van taken
NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen. Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijkuren. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

BIJLAGE 1 BELEID BIJ CHRONISCHE NIERSCHADE AFHANKELIJK VAN STADIËRING

Dit betreft de stadiëring van chronische nierschade op basis van eGFR en albumine-creatinineratio en daaraan gekoppelde risicoschatting op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit.

Tabel 2

	Albuminuriestadia (ACR: albumine-creatinine ratio in mg/mmol)		
Nierfunctie (eGFR) in ml/min/1,73 m²	**< 3** **Normaal (A1)**	**3 - 30** **Matig verhoogd (A2)**	**> 30** **Ernstig verhoogd (A3)**
≥ 60 Hoog normaal of mild afgenomen (G1, G2)	• Geen controle[1]	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Cardiovasculaire risicoschatting, CNS als additionele risicofactor meewegen[3] • Controle 1 x per jaar	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden[5] • voorkeur: RAS-remmer • Influenzavaccinatie • Controle 2 x per jaar • Verwijzing internist-nefroloog[4]
45-59 Mild tot matig afgenomen (G3A)	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Cardiovasculaire risicoschatting, CNS als additionele risicofactor meewegen[3] • Controle 1 x per jaar	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden[5], voorkeur: RAS-remmer • Influenzavaccinatie • Controle 2 x per jaar	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden[5] voorkeur: RAS-remmer • Influenzavaccinatie • Controle 2-4 x per jaar (inclusief metabole complicaties) • Verwijzing naar internist-nefroloog[4]
30-44 Matig tot ernstig afgenomen (G3B)	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden[5] • Influenzavaccinatie • Controle 2 x per jaar		
15-29 Ernstig afgenomen (G4)	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden[5] • Influenzavaccinatie • Overweeg nierfunctievervangende therapie • Controle 2-4 x per jaar (inclusief metabole complicaties) • Verwijzing naar internist-nefroloog[6]	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden[5], voorkeur: RAS-remmer • Overweeg nierfunctievervangende therapie • Controle 2-4 x per jaar (inclusief metabole complicaties) • Verwijzing naar internist-nefroloog[6]	
< 15 Nierfalen (G5)	• Leefstijladviezen, medicatiebewaking[2] • Behandeling gericht op maximaal behoud van nierfunctie en behandeling van symptomen • Influenzavaccinatie • Controle ≥ 4 x per jaar (inclusief metabole complicaties) • Verwijzing naar internist-nefroloog7		

■ Geen CNS[1] ■ Mild verhoogd risico ■ Matig verhoogd risico ■ Sterk verhoogd risico

1. Alleen bij vastgestelde CNS (bijvoorbeeld bij een specifieke nierziekte): controle één keer per jaar: eGFR, ACR, cardiovasculair risicoprofiel inclusief bloeddrukmeting.
2. Medicatiebewaking: ken ICPC-code nierinsufficiëntie toe, activeer medicatiebewaking, pas zo nodig dosering bestaande medicatie aan en geef actuele nierfunctie door aan apotheker.
3. Bij gebruik van de CVRM-risicotabel schuift de patiënt één risicocategorie omhoog (bijvoorbeeld van matig naar hoog (van geel naar rood)).
4. In principe verwijsindicatie: bovenstaand beleid indien patiënten toch onder behandeling van de huisarts onder controle zijn.
5. In overleg met de patiënt op basis van leeftijd, aard van de nierziekte en comorbiditeit.
6. Verwijsindicatie: besluitvorming en voorbereiding nierfunctievervangende therapie.
7. Verwijsindicatie: bovenstaand beleid indien de patiënt afziet van nierfunctievervangende behandeling.

BIJLAGE 2 LANDELIJKE SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

Samenwerking met de internist-nefroloog

*Indicaties voor verwijzing bij chronische nierschade met mild tot matig verhoogd risico (geel en oranje in [**tabel 1**])*

Voor patiënten met chronische nierschade wordt verwijzing naar een internist-nefroloog geadviseerd in de volgende gevallen:[40]

- vermoeden van acute nierschade
- een persisterende ernstig verhoogde albuminurie (ACR > 30 mg/mmol, of AER > 300 mg/24 uur; A3)
- de aanwezigheid van ≥ 40% dysmorfe erytrocyten (bij ten minste 20 erytrocyten/µl) en/of de aanwezigheid van erytrocyten celcilinders in het urinesediment
- vermoeden van of een bekende onderliggende nierziekte (auto-immuunziekte, recidiverende pyelonefritis, anti-refluxoperaties, nefrectomie)
- vermoeden van een erfelijke nierziekte, of een erfelijke nierziekte in de familie (bijvoorbeeld cystenieren)
- snelle progressie van chronische nierschade:
  - daling van de eGFR van 25% ten opzichte van de eerste meting in de afgelopen vijf jaar, in combi) natie met een verslechtering in stadium van nierschade, of
  - daling van de eGFR van ten minste 5 ml/min/1,73 m²/jaar, vastgesteld met ten minste drie metingen

Voor patiënten met chronische nierschade wordt consultatie van een internist-nefroloog geadviseerd bij twijfel of verwijzing zinvol is en adviezen over de behandeling bij patiënten die in de eerste lijn behandeld willen worden, ondanks een verwijsindicatie. Dit kunnen onder andere vragen zijn over de progressie van de nierschade, therapieresistente hypertensie en afwijkende laboratoriumuitslagen wijzend op metabole complicaties.

*Indicaties voor verwijzing bij chronische nierschade met sterk verhoogd risico (rood in [**tabel 1**])*

Het wordt aanbevolen patiënten met een sterk verhoogd risico te verwijzen naar de internist-nefroloog, tenzij er redenen zijn om dit niet te doen (bijvoorbeeld als de patiënt na adequate voorlichting kiest voor behandeling in de eerste lijn).
Tijdige verwijzing van patiënten met progressieve nierschade, waarbij noodzaak tot start nierfunctievervangende behandeling binnen één tot twee jaar te verwachten is, wordt aanbevolen om deze patiënten multidisciplinair voor te bereiden op nierfunctievervangende behandeling door een gestructureerd programma.
Conservatieve behandeling is aangewezen voor patiënten die ervoor kiezen af te zien van nierfunctievervangende behandeling (zie ook de richtlijnen Nierfunctievervangende behandeling: wel of niet? en Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen).
Indien een patiënt en/of het medisch team niet kiest voor nierfunctievervangende behandeling moet deze patiënt, indien door hem/haar gewenst, multidisciplinair ondersteund worden in de eerste en/of tweede lijn, met aandacht voor medische, psychologische en sociaal-culturele aspecten.

Terugverwijzen

De internist-nefroloog kan de patiënt, bijvoorbeeld na afronding van specialistische diagnostiek of optimalisatie van medicatie bij een stabiele patiënt, terugverwijzen naar de eerste lijn. Hij geeft daarbij aan de huisarts aan welke controles zijn geïndiceerd en bij welke ontwikkelingen hij de patiënt terug wil zien.

Niet verwijzen ondanks indicatie

Er kan in overleg met de patiënt van verwijzing/consultatie worden afgezien indien er sprake is van een beperkte levensverwachting, bijvoorbeeld vanwege hoge leeftijd en/of ernstige comorbiditeit, of indien een patiënt dit niet wil.
Indien de huisarts de patiënt met een verwijsindicatie niet verwijst, dient de huisarts bedacht te zijn op eventuele metabole complicaties, anemie en/of ondervoeding bij een sterk verminderde

Tabel 3 Controlefrequentie

Aanbevolen controlefrequentie (per jaar) op basis van eGFR en albumine-creatinineratio

Nierfunctie (eGFR in ml/min/1,73 m²)			Albuminuriestadia (albumine-creatinineratio in mg/mmol)		
			A1	**A2**	**A3**
			Normaal	**Matig verhoogd**	**Ernstig verhoogd**
Stadium	**Beschrijving**		**< 3**	**3 tot 30**	**> 30**
G1	Normaal of hoog	≥ 90	1*	1	2
G2	Mild afgenomen	60-89	1*	1	2
G3a	Mild tot matig afgenomen	45-59	1	2	3†
G3b	Matig tot ernstig afgenomen	30-44	2	3†	3†
G4	Ernstig afgenomen	15-29	3†	3†	≥ 4
G5	Nierfalen	< 15	≥ 4	≥ 4	≥ 4

* Indien er sprake is van CNS
† Het is aan te bevelen in de eerste lijn controlemomenten met de reguliere controles voor DM of CVRM samen te laten vallen

nierfunctie. Diagnostiek en behandeling daarvan kunnen eventueel plaatsvinden door consultatie van een internist-nefroloog.
Een verslechtering van de situatie van de patiënt kan in een latere fase aanleiding zijn de patiënt alsnog te verwijzen of de internist-nefroloog te consulteren.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio
Wanneer en op welke wijze wordt informatie uitgewisseld?
Om een goede afstemming tussen huisarts en nefroloog te bewerkstelligen is het belangrijk dat de huisarts bij verwijzing zorg draagt voor adequate en tijdige informatie, en de nefroloog voor een adequate en tijdige terugrapportage. Ook bij gezamenlijke behandeling is adequate en tijdige informatieoverdracht over en weer van belang. In overleg dient afgesproken te worden op welke wijze de informatieoverdracht plaatsvindt.

Welke beroepsgroep geeft wanneer welke zorg?
In deze richtlijn worden criteria voor verwijzing en/of consultatie aangegeven. Over de volgende punten moeten regionaal afspraken gemaakt worden:
- In welke situaties is consultatie van de internist-nefroloog door de huisarts zinvol/aangewezen en in welke situaties is verwijzing van de patiënt aangewezen? In bovenstaande aanbevelingen is aangegeven bij welke patiëntengroepen in principe verwijzing aangewezen is en wanneer meestal volstaan kan worden met consultatie. In regionaal overleg zal nagegaan moeten worden of deze criteria volstaan of nadere aanscherping behoeven.
- Bij welke patiënten en op welke wijze vindt teleconsultatie door de huisarts van de internist-nefroloog plaats?
- Welk aanvullend laboratoriumonderzoek moet worden gedaan? Wie vraagt dit aan/op welk moment/in welk laboratorium wordt dit gedaan? Hoe wordt zorg gedragen dat huisarts en internist-nefroloog beiden de uitslagen krijgen?
- Welke afspraken zijn er over medicatiebewaking in afstemming met apothekers?
- Welke afspraken zijn er om een actueel medicatieoverzicht te kunnen genereren?
- Bij consultatie van de internist-nefroloog:
  - Wie geeft algemene adviezen (adviezen dienen eensluidend te zijn)?
  - Wie doet de controles en hoe vaak moeten deze worden gedaan?
  - Hoe vaak, op welke momenten en hoe moet worden overlegd?
  - Hoe worden afspraken vastgelegd?
- Bij terugverwijzing door internist-nefroloog naar de huisarts:
  - Welke adviezen zijn noodzakelijk? Hoe worden deze vastgelegd?
  - Hoe vaak en welke controle door de huisarts is nodig?
  - Wanneer herverwijzing naar internist-nefroloog?

Aanvragen aanvullend onderzoek in de eerste lijn
Regionaal kunnen afspraken gemaakt worden over aanvullend onderzoek in de eerste lijn en het beleid bij afwijkende uitslagen. Bij aanwijzingen voor een postrenale obstructie en cystenieren (bijvoorbeeld bij een positieve familieanamnese) kan de huisarts bijvoorbeeld zelfstandig echografie aanvragen. De huisarts kan ook urine-onderzoek zoals een microscopisch sediment of een urinekweek laten doen.

Samenwerking met apothekers[27]
Een afwijkende nierfunctie (< 50 ml/min/1,73 m^2) moet door de voorschrijver worden doorgegeven aan de apotheker. Hiervoor is toestemming van de patiënt vereist. Het is aan te bevelen de patiënt om instemming te vragen op het moment dat de nierfunctie bepaald wordt.
Voor communicatie van de nierfunctie door de voorschrijver naar de apotheker is er bij voorkeur een koppeling tussen het informatiesysteem van de voorschrijvend arts en de apotheker. Indien dat niet geldt, wordt de volgende handelswijze aanbevolen:
- de voorschrijver geeft op het recept de eGFR door zoals deze verschaft wordt door het laboratorium;
- als de voorschrijver of de apotheker oordeelt dat de eGFR geen correcte nierfunctie voor de betreffende patiënt weerspiegelt, kan de voorschrijver of apotheker (in overleg met de voorschrijver) een correctie toepassen of een andere manier van nierfunctieschatting gebruiken (bijvoorbeeld op basis van cystatine C of 24-uurs creatinineklaring). De voorschrijver vermeldt dan op het recept dat deze waarde afwijkt van de door het laboratorium gegeven eGFR-waarde.

Huisarts en apotheker hanteren de adviezen van de multidisciplinaire KNMP-werkgroep Geneesmiddelen bij verminderde nierfunctie zoals vastgelegd in de G-Standaard en in HIS en AIS. Er kan ook gebruik worden gemaakt van het Farmacotherapeutisch Kompas.
De voorschrijver bepaalt de nierfunctie bij patiënten ouder dan 70 jaar bij wie de nierfunctie onbekend is of langer dan een jaar geleden bepaald is, en bij wie hij medicatie voorschrijft waarbij de nierfunctie van belang kan zijn.
De apotheker overlegt bij patiënten ouder dan 70 jaar in risicovolle situaties met de voorschrijver bij patiënten bij wie de nierfunctie bij de apotheker niet bekend is of langer dan een jaar geleden bepaald is.
Voorschrijvers en apothekers maken (op lokaal niveau) samenwerkingsafspraken hoe dit in de praktijk in te richten.

Samenwerking met laboratoriumspecialisten klinische chemie
Voor samenwerking met de laboratoriumspecialist klinische chemie gelden onderstaande aanbevelingen voor laboratoriumdiagostiek en aandachtspunten voor bespreking in de regio.[41]

Aanbevelingen voor de laboratoriumdiagnostiek
- Gebruik selectieve bepaling voor creatininemeting in serum.
- Gebruik CKD-EPI voor het schatten van de GFR.
- Gebruik ACR in ochtendurine voor het meten van albuminurie.
- Laat urinesediment op dysmorfe erytrocyten of celcilinders bepalen na correcte afname van de urine.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio
- Schatting van de nierfunctie aan de hand van de serumcystatine-C-concentratie: anno 2018 zijn er in Nederland slechts enkele laboratoria die de cystatine-C-bepaling uitvoeren. De overige laboratoria kunnen wel de bepaling door een van deze laboratoria laten uitvoeren. In dit geval kan het enkele weken duren voor de uitslag binnen is. Spreek regionaal af hoe dit praktisch in te richten.
- Bepaling van de albuminurie: maak regionaal afspraken welke bepalingen het laboratorium uitvoert, en (met name bij het rapporteren van de ACR én de onderliggende concentraties) hoe de communicatie naar de huisarts is bij sterk afwijkende urinecreatinineconcentraties.
- Urinesediment: voor het beoordelen van het urinesediment op (dysmorfe) erytrocyten en/of celcilinders dient de urine zo snel mogelijk na productie (en bij voorkeur binnen een uur) onderzocht te worden. Dit is op perifere locaties niet altijd mogelijk. Maak afspraken met de lokale laboratoria over de te hanteren tijdslimiet en de wijze waarop de urine moet worden aangeleverd.

Samenwerking met en verwijzing naar de diëtist
De totale voedingszorg (alle zorg op het gebied van het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag bij preventie en behandeling van chronische ziekten) is beschreven in de Zorgmodule Voeding.[42] De werkgroep adviseert om de Zorgmodule Voeding te volgen bij het verwijzen naar een diëtist voor interventies in de voeding bij patiënten met chronische nierschade.

Afweging door de huisarts en de internist-nefroloog
Het persoonlijk inzicht van de huisarts en de internist-nefroloog is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van de in deze paragraaf opgenomen aanbevelingen rechtvaardigen.

Keuzemogelijkheid patiënt
De zorg is zo georganiseerd dat de patiënt zelf keuzemogelijkheden heeft en houdt. Dit geldt ongeacht welke afspraken er in een regio gemaakt worden, bijvoorbeeld binnen de context van een zorggroep en ziekenhuis. De patiënt blijft in de gelegenheid een zorgverlener, bijvoorbeeld een arts ofwel een zorginstelling, te kiezen.

Terughoudend met antivirale medicatie bij gordelroos

Herziening NHG-Behandelrichtlijn Gordelroos

Iris Wichers, Tjerk Wiersma

Antivirale middelen zijn ineffectief in het voorkomen van postherpetische neuralgie. Alleen bij patiënten met een verminderde afweer of met gordelroos in het gelaat of op de gehoorschelp wordt antivirale medicatie voorgeschreven om schade aan het gezichtsvermogen, gehoor of motoriek te voorkomen. Vaccinatie met verzwakt levend vaccin blijkt gordelroos maar in zeer beperkte mate en duur te voorkomen. Hoop is gevestigd op een recombinant vaccin, dat vermoedelijk beter werkt, maar in Nederland nog niet op de markt is.

Het advies is om patiënten met gordelroos in het gelaat te behandelen met antivirale middelen.

Foto: Collectie Kam

SPONTANE GENEZING

Gordelroos geneest bij een normaal functionerend immuunsysteem doorgaans spontaan binnen enkele weken. Het beleid is in de acute fase daarom hoofdzakelijk gericht op het verlichten van pijn. De herziening van de Behandelrichtlijn Gordelroos (voorheen: herpes zoster) bevat een uitgebreide beschrijving van de diagnostiek en het beleid bij deze aandoening.

PREVENTIE VAN POSTHERPETISCHE NEURALGIE

Uit een analyse van de effectiviteit van antivirale middelen bij gordelroos ter preventie van postherpetische neuralgie komt naar voren dat aciclovir niet effectief is. Dit middel wordt daarom niet aanbevolen. Famciclovir is minder vaak onderzocht, maar heeft vergelijkbare resultaten.

GORDELROOS IN HET GELAAT

Bij gordelroos in het gelaat kan een van de drie takken van de nervus trigeminus (nervus opthalmicus, nervus mandibularis en/of de nervus maxillaris), de nervus facialis en/of de nervus vestibulocochlearis aangedaan zijn. Belangrijk is om onderscheid te maken in betrokkenheid van het oog (herpes zoster opthalmicus) en de gelaatsmusculatuur en/of het gehoor (herpes zoster oticus), omdat dit redenen zijn om te verwijzen of anders te behandelen.

> Verwijs patiënten bij wie een herpes zoster oticus wordt vermoed dezelfde dag naar de kno-arts

Bij een herpes zoster opthalmicus raakt in 50-60% van de gevallen ook het oog betrokken, met een aanzienlijke kans op oogcomplicaties. De patiënt presenteert zich niet altijd met een rood oog of oogklachten. Soms zijn er in eerste instantie alleen maar blaasjes op de neus te zien: het teken van Hutchinson. In dat geval is de nervus nasociliaris - een tak van de nervus opthalmicus - aangedaan. In de richtlijn wordt geadviseerd patiënten met oogklachten of aanwijzingen van betrokkenheid van het oog te behandelen met antivirale middelen en binnen een week naar de oogarts te verwijzen (en dezelfde dag bij alarmsymptomen). Oogcomplicaties treden namelijk vaak later op en soms ondanks antivirale middelen, hoewel deze ervoor zorgen dat de aandoening minder ernstig verloopt en een deel van de oogcomplicaties wordt voorkomen.
Zeldzamer is een *herpes zoster oticus*, waarbij de nervus facialis betrokken is met een parese als gevolg. In sommige gevallen is ook de nervus vestibulocochlearis betrokken. Blaasjes op de oorschelp, in de gehoorgang, op gehemelte of tong en klachten van draaiduizeligheid, oorpijn of doofheid zijn symptomen die hierop wijzen. Het advies is om patiënten bij wie een herpes zoster oticus wordt vermoed dezelfde dag naar de kno-arts te verwijzen. Doordat dit in de eerste lijn weinig voorkomt, kan het stellen van de juiste diagnose lastig zijn. Patiënten worden vaak behandeld met intraveneuze toediening van antivirale middelen en/of corticosteroïden.

VACCINATIE TEGEN GORDELROOS

Al lange tijd zijn er pleidooien om ouderen tegen gordelroos te vaccineren, voornamelijk ter voorkoming van postherpetische neuralgie. De Gezondheidsraad heeft opname van het gordelroosvaccin in het Rijksvaccinatieprogramma tegen het licht gehouden en geconcludeerd dat het huidige vaccin, dat een verzwakt levend virus bevat, daartoe onvoldoende effectief is. Vaccinatie voorkomt slechts een paar procent van de gevallen van gordelroos met een navenant percentage van de gevallen van neuralgie. Bij de groepen die het meeste risico op ernstige gordelroos lopen, in het bijzonder immuungecompromitteerden, is toediening van een levend virus sowieso gecontra-indiceerd. Gebruik van het vaccin wordt dan ook niet vergoed. Ondertussen is een recombinant vaccin ontwikkeld dat wel gegeven mag worden aan immuungecompromitteerden, maar dit is nog niet beschikbaar in Nederland. Mogelijk is het effectiever in het voorkomen van postherpetische neuralgie, maar gegevens over langetermijneffecten ontbreken. ■

Het huidige vaccin tegen gordelroos bevat een verzwakt levend virus dat onvoldoende effectief is.

Foto: Shutterstock

Wichers I, Wiersma T. Terughoudend met antivirale medicatie bij gordelroos. Herziening NHG-Behandelrichtlijn Gordelroos. Huisarts Wet 2018;61:66-7. DOI: 10.1007/s12445-018-0096-1.
NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. I.M. Wichers, huisarts en wetenschappelijk medewerker; dr. Tj. Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker.
De volledige versie van de herziene NHG-Behandelrichtlijn Gordelroos is te raadplegen op de website van het NHG, www.nhg.org/thema/nhg-behandelrichtlijnen.

Monsters in de nacht: bedwantsen

Pim Keurlings

Wereldwijd stijgt de incidentie van beten door bedwantsen. Deze toename komt door een stijgende resistentie van de insecten tegen bestrijdingsmiddelen en een grotere verspreiding door toenemend internationaal reisverkeer. De bedwantsen voeden zich met bloed van de mens en hun beten leiden tot jeukende erythemateuze of urticariële papels, vooral op armen, benen, nek en rug. Voor de bestrijding moet men een gecertificeerd bestrijdingsbedrijf inschakelen.

CASUS

Een 69-jarige man bezoekt het spreekuur vanwege jeukende rode bultjes op zijn huid. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts verspreid over ledematen, buik en borst diverse krabeffecten en erythemateuze papeltjes, die lijken op insectenbeten. De papels zijn lineair en in clusters gerangschikt. De patiënt woont bij zijn zus, die vergelijkbare klachten heeft. De huisarts heeft bij haar geen goede verklaring voor de jeuk kunnen vinden en heeft haar naar de dermatoloog verwezen. Met toestemming van de zus overlegt de huisarts met de dermatoloog, die een biopsie heeft verricht. Het biopt laat een huidreactie op een insectenbeet zien. Ook bij de patiënt blijkt het te gaan om multipele beetplekken van bedwantsen. De patiënt en zijn zus krijgen hydrocortisoncrème tegen de jeuk en het advies de bedwantsen te laten bestrijden.

De bedwants is een 5 millimeter grote parasiet met zes pootjes, die lijkt op een appelpitje. Bedwantsen voeden zich uitsluitend met bloed van de mens. Omdat ze lichtschuw zijn, houden ze zich overdag schuil in naden en kieren, achter plinten en in stopcontacten. Overal waar een creditcard tussen past, kan een bedwants zich verschansen. In de nacht vinden bedwantsen hun weg naar de mens, aangetrokken door CO_2 (uitademingslucht), lichaamswarmte en geurstoffen. Ze vliegen of springen niet, maar lopen des te harder.[1] Met hun steeksnuit voeden ze zich meerdere malen per week gedurende vijf tot tien minuten met bloed. Aangezien de bedwants eerst verdovend speeksel inspuit, voelt het slachtoffer niets van de bloedmaaltijd. Pas als na een tot negen dagen een ontstekings- of allergische reactie van de huid optreedt, ontstaan klachten. Jeukende erythemateuze of urticariële papels komen vooral voor op de favoriete locaties van de bedwants: armen, benen, nek en rug. Typisch is de lineaire of geclusterde rangschikking, doordat de bedwants al lopend op de huid verschillende keren bijt.[2] De papels kunnen op muggenbulten lijken, maar in tegenstelling tot muggenbulten komen bedwantsbeten vooral voor op de door dekens bedekte huid. Verder staan in de differentiële diagnose: scabiës, geneesmiddelreactie, voedselallergie, urticaria, *Staphylococcus aureus*-infectie en waterpokken.[3,4]

Bovenbeen van de patiënt met diverse bedwantsbeten: lineair en in clusters gerangschikte erythemateuze papels

Sinds 1995 stijgt de incidentie van bedwantsbeten door toenemend reisverkeer en een stijging in de resistentie van het insect tegen insecticiden.[5] Verstopt in koffers of kledingnaden worden bedwantsen in huis geïntroduceerd. Omdat ze anderhalf jaar kunnen overleven zonder bloedmaaltijd, is volledige bestrijding essentieel. Hiervoor kan het beste via gemeente of GGD een gecertificeerd bestrijdingsbedrijf worden ingeschakeld.[6] Men moet diverse maatregelen nemen: textiel heet wassen, kieren dichten en alle bedwantsen met een bestrijdingsmiddel verdelgen. Als patiënten zelf met insecticiden aan de slag gaan, leidt dit vaak tot verdere resistentie en bijwerkingen.[1] Een bedwants blijft overigens niet op afstand als men het licht aan laat of DEET gebruikt.[7] ■

LITERATUUR

1. Hekker TAM. Bedwantsen, terug van weggeweest. 24 april 2013, https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Infectieziekten_Bulletin/Jaargang_24_2013/April_2013/Inhoud_24_04/Bedwantsen_terug_van_weggeweest.
2. Stucki A, Ludwig R. Bedbug bites. NEJM 2008;359:1047.
3. Doggett SL. Bed bugs. What the GP needs to know. Aust Fam Physician 2009;38:880-4.

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

Keurlings P. Monsters in de nacht: bedwantsen. Huisarts Wet 2018;61(4):68. DOI: 10.1007/s12445-018-0088-1.
Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, waarnemend huisarts en huisarts-docent, Pim.Keurlings@radboudumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ESBL-producerende bacteriën

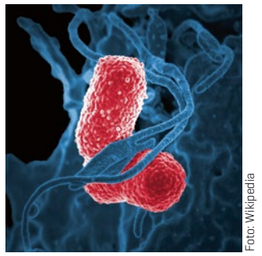


Foto: Wikipedia

1. Risicofactoren voor dragerschap van extended-spectrumbètalactamase (ESBL)-producerende bacteriën (EPB) zijn onder andere antibioticagebruik en opname in een zorginstelling. Wat is nog meer een risicofactor?
a. Protonpompremmergebruik.
b. Diabetes mellitus.
c. Hoge leeftijd.

2. Dragerschap van een ESBL-producerende bacterie (EPB) kan hardnekkig zijn. Verdwijnt dit dragerschap in de regel spontaan?
a. Nee, vrijwel nooit.
b. Ja, meestal wel.

3. Binnen de groep EPB zijn twee soorten bacteriën vooral berucht voor het produceren van ESBL. Welke zijn dit?
a. *Escherichia coli* en *Klebsiella pneumoniae*.
b. *Escherichia coli* en *Staphylococcus aureus*.
c. *Klebsiella pneumoniae* en *Streptococcus pyogenes*.
d. *Staphylococcus aureus* en *Streptococcus pyogenes*.

4. Welke maatregelen moeten in de huisartsenpraktijk worden genomen om verspreiding van EPB te voorkomen?
a. Algemene hygiëne- en voorzorgsmaatregelen.
b. Aanvullende hygiënemaatregelen (beschermende kleding).
c. Binnen de HAGRO infectiepreventieteams oprichten.

5. Bij aanwezigheid van een EPB kan geen bètalactamantibiotica (zoals amoxicilline) voorgeschreven worden. Bij vaststelling van een EPB in het verleden zou eerst een kweek moeten worden afgenomen voordat met antibiotica wordt gestart. Dit kan echter niet altijd. Welk antibioticum heeft in dat geval de voorkeur bij een urineweginfectie?
a. Amoxicilline/clavulaanzuur.
b. Ciprofloxacine.
c. Cotrimoxazol.
d. Nitrofurantoïne.

6. In een meta-analyse uit 2010 werd bij verschillende groepen de behandeling van urineweginfecties met fosfomycine vergeleken met andere antibiotica. Onder andere het gebruikersgemak is een voordeel van fosfomycine. Waarom is bij de herziening van de NHG-Standaard Urineweginfecties toch gekozen om nitrofurantoïne te handhaven als eerstekeuzebehandeling?
a. Fosfomycine lijkt klinisch minder effectief.
b. Fosfomycine geeft meer bijwerkingen.
c. Patiënten ervaren fosfomycine als minder betrouwbaar vanwege de korte duur.
d. Van fosfomycine is nog niet aangetoond dat het een lage graad van resistentie behoudt bij toename van ESBL en bij wijdverspreid gebruik.

7. De 28-jarige heer Poirters heeft na onbeschermd seksueel contact met een vrouw last van branderigheid bij het plassen en afscheiding uit zijn penis. De huisarts ziet purulente afscheiding uit de penis en start direct behandeling voor zowel chlamydia (azitromycine 1 g) als gonorroe, in afwachting van diagnostiek (NAAT/PCR uit eerstestraalsurine). Welk middel is aangewezen voor de behandeling van gonorroe?
a. Amoxicilline 3 g eenmalig oraal.
b. Ceftriaxon 500 mg eenmalig intramusculair.
c. Ciprofloxacine 500 mg eenmalig oraal.
d. Doxycycline 300 mg oraal, gevolgd door nogmaals 300 mg na een uur.

8. De 65-jarige heer Korte is varkenshouder. Hij heeft sinds drie weken een wond op zijn onderbeen en sinds gisteren koorts. De huisarts stelt de diagnose erysipelas bij een ulcus cruris. De patiënt heeft niet-insulineafhankelijke diabetes mellitus type 2. Vier maanden geleden was hij een week opgenomen in een Frans ziekenhuis met een pneumonie. De huisarts neemt een MRSA-kweek af. Met welke indicatie doet hij dit?
a. Het beroep van de patiënt.
b. De niet-insulineafhankelijke diabetes mellitus.
c. De ziekenhuisopname. ■

De kennistoets is gemaakt door Anne Klijnsma, werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

GEBRUIKTE BRONNEN

Van Driel AA, Stobberingh EE, Verbon A. Wees alert op ESBL-producerende bacteriën. Huisarts Wet 2018;61(4):DOI: 10.1007/s12445-018-0084-5.
RIVM. BRMO. Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO), in het bijzonder carbapenemaseproducerende Enterobacteriaceae (CPE). Bilthoven: RIVM, 2014. https://lci.rivm.nl/richtlijnen/brmo
Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56(6):270-80:noot 29.
Van Bergen JEAM, Dekker HK, Boekje AJP, et al. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). Huisarts Wet 2013;56(9):450-63.
Bons SCS, Bouma M, Draijer LW, et al. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (tweede herziening). Huisarts Wet 2017;60(5):224-33.

ANTWOORDEN

1a / 2b / 3a / 4a / 5d / 6d / 7b / 8a

Serie therapie van alledaagse klachten

Behandeling van jeuk

Tjeerd de Jongh, Pauline Dirven-Meijer, Nikol Snoeren

De behandeling van jeuk zonder aanwijsbare oorzaak berust vooral op algemene maatregelen en indifferente lokale therapie. Vochtvasthoudende en koelende middelen zijn het belangrijkst. Medicatie (lokaal of systemisch) kan zinvol zijn bij specifieke oorzaken, maar men moet zeer alert zijn op schadelijke bijeffecten.

Jeuk (pruritus) is een gewaarwording die tot krabben of de wens tot krabben leidt.[1,2] Jeuk komt zeer veel voor, van de mensen ouder dan 65 jaar heeft ongeveer 60% weleens jeuk.[3] Indien iemand met de klacht jeuk bij de huisarts komt, is de oorzaak meestal een huidziekte. Bij 18% van alle patiënten en 30% van de 65-plussers is er geen lokale of systemische oorzaak en luidt de diagnose 'jeuk e.c.i.' (e causa ignota, door onbekend oorzaak).[4]
Er zijn veel aandoeningen die tot jeuk kunnen leiden, waaronder huidziekten (met name eczeem), atopie, geneesmiddelen, metabole en endocriene ziekten (nierinsufficiëntie, cholestase, schildklierafwijkingen, ijzerdeficiëntie), infectieziekten (hiv, nematoden), neurologische afwijkingen (herpes zoster, multipele sclerose, hersentumoren), hematologische aandoeningen (polycythaemia vera, lymfomen), psychiatrische en psychosomatische aandoeningen.[2,3] Er zijn ook aspecifieke factoren die jeuk veroorzaken, bijvoorbeeld een droge huid door verminderde talgproductie of overmatig gebruik van water en zeep. Deze factoren spelen vooral bij ouderen en in droge (winter) lucht een rol.
Krabben geeft vaak kortdurend verlichting doordat de pijnprikkel de jeuksensatie tijdelijk remt, maar er kan een vicieuze cirkel ontstaan wanneer de huid beschadigd wordt. De jeuk neemt dan toe door vrijkomende ontstekingsmediatoren en onderliggende huidaandoeningen kunnen verergeren.[2]
In dit artikel bespreken we de behandeling van jeuk e.c.i. De meeste behandelingen zijn onderzocht bij jeuk als gevolg van een aandoening en meestal is niet duidelijk of ze ook effectief zijn bij jeuk e.c.i. Lokale jeuk kan men het best lokaal behandelen, gegeneraliseerde jeuk het best systemisch.

CASUS MEVROUW JANSSEN
Mevrouw Janssen is 80 jaar. Zij heeft licht hartfalen na een hartinfarct waarvoor zij medicatie krijgt. Verder geen bijzonderheden. Sinds een maand heeft zij in toenemende mate last van jeuk over het hele lichaam, waardoor zij veel krabt en slecht slaapt. Er zijn geen andere klachten en er is geen medicatieverandering. Bij onderzoek ziet u een droge huid met krabeffecten, verder geen afwijkingen. U controleert nier- en leverfunctie, die niet afwijkend zijn. Wat kunt u aan de jeuk doen?

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Adviezen
De volgende maatregelen zijn gebaseerd op klinische ervaring, er is weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit.[5,6]
- Niet krabben, nagels kort houden.
- Als de jeuk erger wordt door warmte of door contact met kleding of beddengoed, probeer dan die prikkels te vermijden.
- Voorkom uitdroging van de huid: douche niet te vaak, te heet en te lang; beperk het gebruik van zeep, dep na het wassen de huid droog en smeer die in met indifferente zalf of hydraterende vette crème, zoals cetomacrogolzalf of vaselinelanettecrème FNA. Luchtbevochtiging binnenshuis kan in de winter zinvol zijn.

Stressreductie
Stress kan jeuk uitlokken of chronische jeuk verergeren. Psycho-educatie en ontspanningstherapie kunnen mogelijk zinvol zijn als aanvullende behandeling bij chronische jeuk, maar er zijn geen goede onderzoeken bekend.[3,5]

Acupunctuur
Acupunctuur is mogelijk werkzaam bij sommige vormen van jeuk, maar de effectiviteit is slecht onderzocht.[7,8]

Fototherapie
Ultraviolette straling (UV-A en UV-B) vermindert jeuk, maar het mechanisme is nog niet duidelijk. Fototherapie wordt vooral toegepast bij inflammatoire dermatosen zoals psoriasis, maar kan ook worden gebruikt (eventueel in combinatie met lokale of systemische middelen) bij jeuk door andere oorzaken.[3,5,9] Bijwerkingen zijn huidverbranding en een mogelijk toegenomen kans op huidkanker.[5]
Doordat er verschillende soorten fototherapie zijn en het aantal indicaties groot is, zijn er geen grote effectiviteitsonderzoeken verricht. Fototherapie lijkt vooral zinvol wanneer systemische middelen gecontra-indiceerd zijn.[5]

LOKALE MEDICATIE

Koelende middelen
De basis van een middel kan door een afkoelend effect de jeuk bestrijden, met name als zij veel water bevat zoals zinkoxideschudsel (lotio alba FNA) of carbomeerwatergel. Bij een droge huid kan zo'n basis wel verdere uitdroging veroorzaken, waardoor dan weer jeuk kan ontstaan.[9]
Levomenthol 1% veroorzaakt vasodilatatie en heeft daardoor een afkoelend en jeukremmend effect.
Middelen die zinkoxide, menthol, calamine, fenol of kamfer bevatten, worden aangeraden op basis van klinische ervaring, maar er is geen goed onderzoek naar gedaan.[3,10]

Van de 65-plussers heeft 60% weleens jeuk.

Foto: iStock

Anesthetica
Lokale anesthetica zoals lidocaïne en pramocaïne kunnen soms de jeuk kortdurend verminderen, er is weinig risico van desensibilisatie.[10] Naar de effectiviteit is geen goed onderzoek verricht.[3]

Corticosteroïden
Applicatie van corticosteroïden is vooral effectief bij jeukende inflammatoire huidaandoeningen. Bij jeuk e.c.i. zijn lokale corticosteroiden niet geïndiceerd, ook vanwege de mogelijke bijwerkingen. Er is geen onderzoek naar gedaan.[3,5,9]

VERVOLG CASUS MEVROUW JANSSEN
U legt mevrouw Janssen uit dat u geen specifieke oorzaak kunt vinden voor de jeuk, waarschijnlijk is de verouderende, droge huid hiervoor verantwoordelijk. U geeft mevrouw de adviezen voor huidverzorging die op www.thuisarts.nl te vinden zijn en adviseert haar dringend niet te krabben. Voor de sterk jeukende plekken geeft u lanettewascreme en levomenthol 2% in lanettecrème. U maakt een afspraak over twee weken om het effect te beoordelen.

Capsaïcinecrème
Capsaïcinecrème 0,025% zorgt voor desensitisatie van C-vezels waardoor de transmissie van pijn- en jeukprikkels wordt onderbroken. Vooral neuropathische jeuk, maar ook andere vormen van jeuk, zouden goed reageren op capsaïcine.[3,5] Wel treden lokaal vaak bijwerkingen op, die ernstig kunnen zijn. Tot dertig minuten na applicatie kan een intens branderig gevoel optreden, wat kan worden tegengegaan door dertig tot zestig minuten voor de behandeling lidocaïne/prilocaïnecrème (Emla®) lokaal aan te brengen.[5] Het *Farmacotherapeutisch Kompas* heeft nog geen advies gegeven over de toepassing van capsaïcinecrème bij jeuk.[9]

Calcineurineremmers
Calcineurineremmers zoals tacrolimus (0,03% en 0,1% zalf) en pimecrolimus (1% crème) zijn bij verschillende vormen van jeuk effectief. Bijwerkingen zijn een branderig gevoel na applicatie en een mogelijk iets verhoogd risico op huidkanker bij langdurig gebruik.[3,5,11]

Antihistaminica
Het lokale antihistaminicum tripelennamine (Azaron®) heeft een lokaal anesthetisch effect, maar de werkzaamheid bij jeuk is niet bewezen. Dit middel wordt sterk afgeraden vanwege het risico op sensibilisatie.[9]

Andere lokale medicatie
Andere lokaal toepasbare middelen worden niet aangeraden of zijn in Nederland niet verkrijgbaar.[7]

SYSTEMISCHE MEDICATIE

Van veel systemische middelen is de werkzaamheid alleen aangetoond bij jeuk door zeer specifieke oorzaken. De toepassing bij jeuk is vaak off-label.[9]

Antihistaminica
Orale antihistaminica blokkeren de productie van histamine door mestcellen en zouden daarom effectief zijn bij urticaria.[3,5,9] De gegevens over hun effectiviteit bij jeuk e.c.i. zijn echter beperkt.[10,12,13] Het sederende effect van antihistaminica zoals hydroxyzine is vooral zinvol bij mensen met nachtelijke jeuk.[3,10]

Antidepressiva
Verschillende antidepressiva, vooral selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), zijn getest bij verschillende indicaties. SSRI's kunnen zinvol zijn bij chronische jeuk.[3,5,14,15] Ze hebben echter verschillende bijwerkingen, met name slaperigheid.

Corticosteroïden
Corticosteroïden (intraveneus of oraal) zijn werkzaam tegen jeuk, maar goed onderzoek naar dat effect is niet gedaan. Zeer heftige jeuk kan een indicatie zijn voor kortdurend gebruik, maar wees beducht voor bijwerkingen, zeker bij gebruik langer dan twee weken. Rebound – verhevigd teugkeren van de jeuk na stoppen met het middel – is een groot probleem.[3]

Opiaatreceptorantagonisten
De mu-opiaatreceptorantagonisten naloxon, naltrexon en methylnaltrexon lijken effectief te zijn bij veel vormen van secundaire jeuk, bijvoorbeeld bij cholestasis, chronische urticaria, atopische dermatitis of morfinetoediening. Hun frequente bijwerkingen (misselijkheid, braken, sufheid) beperken de toepasbaarheid.[3,5,15-17]
De kappa-opiaatreceptoragonisten butorfanol en nalfurafine zijn waarschijnlijk effectief bij bepaalde vormen van moeilijk behandelbare secundaire jeuk, zoals uremische pruritus.[3,18,19] Deze middelen zijn in Nederland nog niet verkrijgbaar.

Anti-epileptica
Via welk mechanisme anticonvulsiva zoals gabapentine en pregabaline jeuk verminderen is niet bekend. Vooral bij neuropathische en uremische jeuk kunnen ze zinvol zijn, mogelijk ook bij jeuk van onbekende oorsprong.[3,20,21] Bijwerkingen zijn gewichtstoename en sufheid.

Therapeutische mogelijkheden bij jeuk[1]

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Sterke aanbeveling			
Algemene adviezen en vochtvasthoudende of vette crème	vooral bij droge huid	substantieel	expertpanel
Lokale koelende middelen	crèmes, schudsels of zalven met bijvoorbeeld zinkoxide, menthol, calamine of fenol	gemiddeld	expertpanel
Matige/zwakke aanbeveling			
Lokale therapie			
■ corticosteroïden lokaal	alleen bij inflammatoire huidaandoeningen	gemiddeld	goed
■ tacrolimus/pimecrolimus lokaal	bij verschillende huidaandoeningen	gemiddeld	matig
■ lokale anesthetica		klein	expertpanel
Systemische therapie			
■ antihistaminica oraal	effectief bij urticaria of nachtelijke jeuk, twijfelachtig bij andere indicatie	gemiddeld	laag
■ antidepressiva	vooral SSRI's bij niet-dermatologische jeuk	gemiddeld	laag
■ opiaatreceptorantagonisten (naltrexon)		gemiddeld	matig
■ anti-epileptica (gabapentine, pregabaline)	vooral neuropathische jeuk	gemiddeld	matig
■ immunosuppressiva	bij atopische dermatitis	klein	matig
■ neurokinine-1-receptorantagonist (aprepitant)	bij therapieresistente jeuk, tweede lijn	gemiddeld	laag
■ corticosteroïden oraal of intraveneus	in noodgevallen kortdurend	gemiddeld	expertpanel
■ rifampicine en colestyramine	alleen bij cholestatische jeuk	gemiddeld	laag
Andere behandelingen			
■ acupunctuur	bij sommige oorzaken van jeuk	gemiddeld	laag
■ fototherapie		klein	matig
Negatieve aanbeveling			
Thalidomide	risico op ernstige bijwerkingen	negatief	goed
Tripelennamine lokaal	vaak sensibilisatie	negatief	expertpanel
Geen aanbeveling mogelijk			
Serotoninereceptorantagonist (ondansetron)		onduidelijk	expertpanel
Stressreductie		onduidelijk	expertpanel
Capsaïcinecrème	alleen bij neuropathische jeuk	onduidelijk	matig

Wees alert op schadelijke bijeffecten van medicatie bij de behandeling van jeuk. Foto: Shutterstock

Thalidomide
Thalidomide is een immunosuppressivum dat soms gebruikt wordt bij refractaire jeuk die het gevolg is van chronische huidontsteking door een auto-immuunaandoening. De werkzaamheid van thalidomide is beschreven bij prurigo nodularis,[22] maar het middel is teratogeen en kan in een hoge dosis neuropathie veroorzaken.[3]

Immunosuppressiva
Immunosuppressiva zoals ciclosporine A en azathioprine hebben vooral bij patiënten met atopische dermatitis een jeukstillend effect, waarschijnlijk door hun ontstekingsremmende werking.[3,23] Er zijn veel mogelijke bijwerkingen.

Aprepitant
De neurokinine-1-receptorantagonist aprepitant is veelbelovend als tweedelijnsbehandeling bij therapieresistente jeuk. In kleine onderzoeken is het middel effectief gebleken, maar het is nog niet onderzocht in RCT's.[3]

Rifampicine, colestyramine
Het antibioticum rifampicine en de galzuurhars colestyramine zijn mogelijk werkzaam bij cholestatische jeuk.[9]

Andere orale middelen
Er is onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid van mestcelremmers (ketotifen), serotonineantagonisten (ondansetron), leukotrieenreceptorantagonisten (montelukast) en de NSAID indometacine (bij hiv). Daarom kunnen deze middelen niet aanbevolen worden.[3] ■

LITERATUUR

1. De Jongh TOH, Dirven-Meijer PC, Snoeren N. Jeuk (pruritus eci). In: De Jongh TOH, De Vries H, redactie. Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
2. Pingen FG, Mekkes JR. Jeuk. In: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, Knottnerus BJ, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
3. Weisshaar E, Szepietowski JC, Darsow U, Misery L, Wallengren J, Mettang T, et al. European guideline on chronic pruritus. Acta Derm Venereol 2012;92:563-81.

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

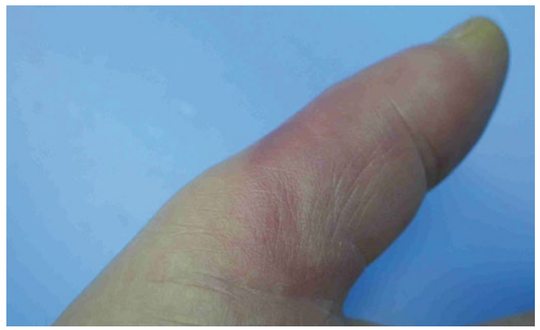
De Jongh TOH, Dirven-Meijer PC, Snoeren N. Behandeling van jeuk. Huisarts Wet 2018;61(4):70-3. DOI: 10.1007/s12445-018-0085-4.
LUMC, Leiden: T.O.H. de Jongh, ex-huisarts-docent, tohdejongh@telfort.nl; Huisartsenpraktijk Renswoude: P.C. Dirven-Meijer, huisarts; Huisartsenpraktijk 't Weeshuis, Nijmegen: dr. N. Snoeren, huisarts.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Erysipeloïd na contact met geïnfecteerd pluimvee

Merlijn Kense, Ewout Fanoy, Jaap Maas, Steven Wittgen, Daan Notermans

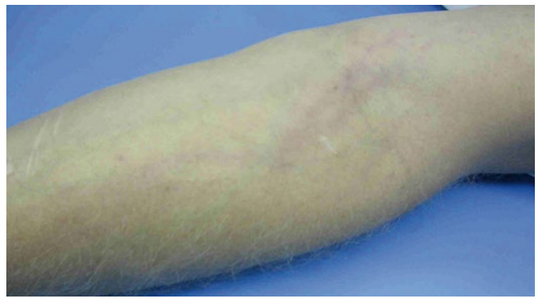
Erysipeloïd, ook wel visroos of vlekziekte genaamd, is zeldzaam, maar komt als beroepsziekte nog steeds voor. De oorzaak van deze aandoening is de bacterie *Erysipelothrix rhusiopathiae*, die we vinden in zoogdieren, vogels, reptielen en vissen. Huisartsen zullen het ziektebeeld moeten herkennen, gezien het belang van tijdige behandeling.

In de afgelopen acht jaar zijn er tijdens sectie van met *Erysipelothrix rhusiopathiae*-besmette leghennen en kalkoenen vier mensen besmet geraakt. Daarnaast is er een persoon geïnfecteerd op een bedrijf tijdens het verwijderen van de dode dieren uit de stal. Omdat erysipeloïd minder vaak voorkomt door technologische verbeteringen van het slacht- en verwerkingsproces, komen huisartsen er tegenwoordig nauwelijks mee in aanraking.[1,2] De aandoening staat ook bekend als visroos of vlekziekte. Medewerkers van de sectiezaal van de Gezondheidsdienst voor Dieren (GD) stellen de laatste tien jaar in toenemende mate de diagnose vlekziekte bij leghennen. Kennis over het klinisch beeld van deze sporadisch voorkomende en de belangrijkste zoönotische bronnen kan een juiste herkenning versnellen. Deze klinische les beschrijft een van de patiënten.



Figuur 1

Scherp omschreven ontsteking van de duim



Figuur 2

Ontstoken lymfevaten ten gevolge van de ontsteking van de duim

BESCHOUWING

Naast de beschreven casus zijn er sinds 2009 nog vier gevallen bekend van mensen die besmet zijn geraakt na contact met geïnfecteerd pluimvee. Uit de casussen blijkt dat erysipeloïd als beroepsziekte nog steeds voorkomt. De betreffende patiënten kwamen met de veterinaire bevindingen, waaronder een bevestiging van de diagnose bij de dieren door middel van bacteriologie, en 'vlekziekte' als waarschijnlijkheidsdiagnose bij hun (huis)arts. Huisartsen zullen niet vaak met de ziekte worden geconfronteerd, gezien het beperkte voorkomen door technologische verbeteringen van het slacht- en verwerkingsproces, vaccinatie en de lagere incidentie van vlekziekte bij varkens en pluimvee. Daardoor zullen maar weinig huisartsen meteen aan deze diagnose denken.[1,2] In het geval van beroepsmatige risicoblootstelling aan dieren staan erysipelas, cellulitis en orf in de differentiële diagnose. Van patiënten die bij de Gezondheidsdienst voor Dieren (GD) besmet zijn geraakt is een melding gemaakt bij de Kwaliteits-, arbo- en milieu-(KAM) adviseur van de GD.

De oorzaak van erysipeloïd is de staafvormige, niet-sporulerende, facultatief anaerobe grampositieve bacterie *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Deze bacterie kan worden geïsoleerd uit zoogdieren, vogels, reptielen en vissen. De bacterie komt voor in grond en water dat door geïnfecteerde dieren is besmet.

We zien de ziekte vooral bij personeel dat werkzaam is in een slachthuis of de visverwerkende industrie, en bij veehouders en dierenartsen.

De meeste mensen krijgen de aandoening via een *porte d'entrée*, zoals een bestaande wond of een traumatische penetratie bij een contact met een aangetast dier. Een tot twee dagen na infectie ontstaat rond de laesie een jeukend of branderig gevoel. Er ontstaat een oedemateuze, erythemateuze laesie met scherp omschreven verheven randen. Daarnaast kan er een blauw-rode verkleuring optreden en is de zwelling vaak pijnlijk. De infectie kan zich uitbreiden naar regionale lymfeklieren, vooral axillair. Daarnaast kunnen er ook vesiculaire, bulbaire en erosieve laesies ontstaan.

Indien de patiënt geen behandeling krijgt, kan de infectie weken tot maanden aanhouden alvorens ze, in de meeste gevallen, geneest. In sommige gevallen zien we bacteriëmie en endocarditis.[1,3] Onder patiënten met endocarditis is sprake van een hoog sterftepercentage van 38%, mede door onjuiste medicatie.[3] Endocarditis komt vaker voor bij mannen en bij patiënten met bestaande klepgebreken.[4] Het stellen van de diagnose gebeurt voornamelijk op basis van aspecten als het beroep van de patiënt, direct contact met dieren en het typische klinische beeld.[4] Aangezien de infectie subcutaan zit zou een kweek van een biopt (in transportmedium of steriel NaCl) of een aspiraat de diagnose kunnen bevestigen (zie ook www.huidziekten.nl). Bij koorts kan men tevens een bloedkweek doen.

Gezien de pijnlijkheid van de laesie en mogelijke ernstige complicaties is behandeling aan te raden. De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties noemt als behandeling van eerste keus penicilline.[5] *Erysipelothrix* is gevoelig voor meerdere bètalactamantibiotica, die ook vaak een *S. aureus* dekken (cefalosporines, carbapenems), en ook voor macroliden (claritromycine) en clindamycine.[6] De klachten verdwijnen doorgaans binnen enkele dagen na aanvang van de behandeling. Het is van belang om de behandeling af te maken om terugkeer van de infectie te voorkomen.

Erysipeloïd wordt *niet* overgedragen door het eten van eieren of vlees. Overdracht van mens-naar-mens is niet beschreven. De bacterie komt algemeen voor in de omgeving en is zeer resistent tegen omgevings- en chemische invloeden. De overlevingstijd in de grond varieert volgens verschillende bronnen van veertig dagen tot enkele jaren, afhankelijk van temperatuur en zuurgraad van de grond.[7]

Vlekziekte komt voor bij verschillende diersoorten, maar zien we vooral bij varkens, schapen, kippen en kalkoenen. De ziekte vinden we ook bij reptielen en vissen. Behalve bij kalkoenen komt de ziekte ook voor bij andere vogels, zoals eenden, ganzen, fazanten, kwartels en parelhoenders.[2]

Voor mens en dier is de ziekte niet meldingsplichtig. Beroepszieken kan men melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (www.beroepsziekten.nl). De Arbocatalogus pluimveehouderij van STIGAS (www.agroarbo.nl) gaat in op diverse werkgebonden risicofactoren, maar niet op het thema biologische agentia. De GD houdt het voorkomen van de ziekte onder dieren bij, maar deze registratie is niet volledig. Over de periode van 2009 tot en met 2016 zijn er 51 geregistreerde uitbraken in koppels leghennen en kalkoenen geregistreerd.

In de varkenssector is het gebruikelijk om de zeugen te enten tegen vlekziekte, om zo de vleesvarkens te beschermen tegen infecties. Infecties zien we vooral bij vleesvarkens die buiten komen en ouder worden, en een enkele keer als de vaccinatie bij de zeug niet goed heeft plaatsgevonden.

CONCLUSIE

Erysipeloïd is onder mensen veelal een beroepsziekte, die sporadisch tot klachten leidt. Het is, vanwege het belang van tijdige behandeling, relevant dat u het ziektebeeld herkent. Bij een verdenking op een zoönose kunt u overwegen om voor de differentiële diagnose en het beleid met een dierenarts te overleggen. De GGD'en werken nauw samen met regionale veterinair consulenten van de NVWA en kunnen een faciliterende rol spelen. ■

De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties noemt penicilline als behandeling van eerste keus

ADVIEZEN VOOR DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

- Denk aan erysipeloïd wanneer een patiënt beroepsmatig contact met dieren heeft en een typisch klinisch beeld heeft van een jeukende, branderige huidlaesie.
- Met het oog op de diagnose kunt u met een wattenstok een kweek van een laesie afnemen, die u in een verzendmedium kunt opsturen naar een laboratorium.
- U kunt met een smalspectrumpenicilline starten in afwachting van kweek en antibiogram. Indien u ook de mogelijkheid van een stafylokokkeninfectie overweegt, kunt u die met bijvoorbeeld flucloxacilline meebehandelen.
- We adviseren om bij verdenking van een zoönose te overleggen met de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD. Deze kan zo nodig voor ruggenspraak contact opnemen met een veterinair consulent.

CASUS

Een sectiezaalmedewerker raakte in 2009 op dag 0 besmet nadat hij had gewerkt met pluimvee dat was gestorven aan vlekziekte. De diagnose bij de leghennen was gesteld op basis van het sectiebeeld en de kweek van de bacterie uit beenmerg en lever. De medewerker prikte zich tijdens sectie waarschijnlijk met het mes of de schaar in de duim. Op deze plek ontwikkelde zich een duidelijk omschreven rode plek en in het weekend kreeg hij steeds meer jeuk. Op dag 4 was de duim rood, gezwollen en pijnlijk [**figuur 1**]. De lymfevaten in de arm waren duidelijk te zien [**figuur 2**]. Vervolgens stelde de pluimveepatholoog de waarschijnlijkheidsdiagnose erysipeloïd en verwees de medewerker met deze diagnose naar de huisarts. De huisarts nam geen wondkweek af. Een orale kuur van tien dagen met flucloxacilline was effectief.

LITERATUUR

1. Brooke CJ, Riley TV. Erysipelothrix rhusiopathiae: bacteriology, epidemiology and clinical manifestations of an occupational pathogen. J Med Microbiol 1999;48:789-99.
2. Wang Q, Chang BJ, Riley TV. Erysipelothrix rhusiopathiae. Vet Microbiol 2010;140:405-17.
3. Gorby GL, Peacock JE, Jr. Erysipelothrix rhusiopathiae endocarditis: microbiologic, epidemiologic, and clinical features of an occupational disease. Rev Infect Dis 1988;10:317-25.
4. Veraldi S, Girgenti V, Dassoni F, Gianotti R. Erysipeloid: a review. Clin Exp Dermatol 2009;34:859-62.
5. www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-bacterie-le-huidinfecties.
6. Eriksson H, Jansson DS, Johansson KE, Baverud V, Chirico J, Aspan A. Characterization of Erysipelothrix rhusiopathiae isolates from poultry, pigs, emus, the poultry red mite and other animals. Vet Microbiol 2009;137:98-104.
7. Wood RL. Survival of Erysipelothrix rhusiopathiae in soil under various environmental conditions. Cornell Vet 1973;63:390-410.

Kense MJ, Fanoy EB, Maas JJ, Wittgen SJB, Notermans DW. Erysipeloïd na contact met geïnfecteerd pluimvee. Huisarts Wet 2018;61(4):74-6. DOI: 10.1007/s12445-018-0052-0.

Gezondheidsdienst voor Dieren (GD), Deventer: M.J. Kense, dierenarts pluimvee. Centrum Infectieziektebestrijding, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven: E.B. Fanoy, arts-Maatschappij en Gezondheid, infectieziektebestrijding; dr. D.W. Notermans, arts-microbioloog. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Coronel instituut, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam: dr. J.J. Maas, bedrijfsarts-epidemioloog. Gezondheidscentrum Hazenkamp, Nijmegen: S.J.B. Wittgen, huisarts. GGD regio Utrecht, Zeist: E.B. Fanoy, arts Maatschapij en Gezondheid, ewout.fanoy@rivm.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Een 91-jarige man heeft op het achterhoofd een harde, snelgroeiende, hoornachtige zwelling, die ondanks meerdere applicaties met vloeibare stikstof niet wil verdwijnen. Wat is uw diagnose?

1. Plaveiselcelcarcinoom
2. Curnu cutaneum
3. Verruca vulgaris
4. Tricholemmoma

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

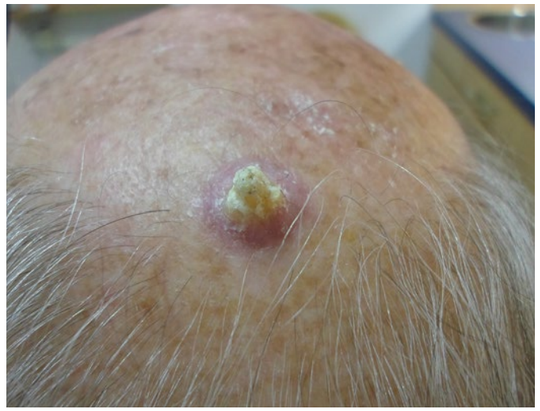


Foto: P. de Bos, huisarts

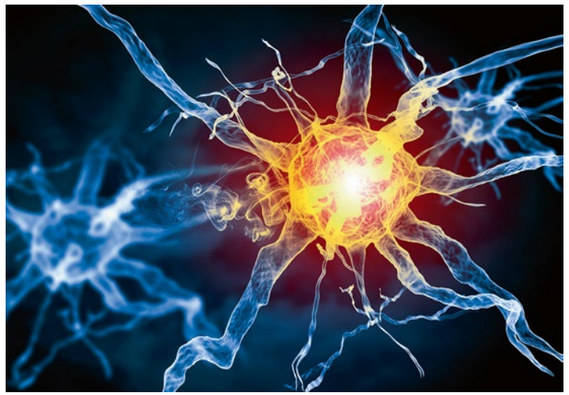
Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de quiz 'Uw diagnose' en leg de aandoening vast op de gevoelige plaat.

Stuur een of meer goede, scherpe foto's van de aandoening (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose naar: redactie@nhg.org, onder vermelding van 'Uw diagnose'.

Tramadol heeft nauwelijks effect bij neuropathische pijn

Marjan Lange



De bewijskracht voor een gunstig effect van tramadol is laag.

Foto: Shutterstock

Neuropathische pijn wordt veroorzaakt door beschadiging of ziekte van het perifere of centrale zenuwstelsel. Deze pijn is langdurig en reageert nauwelijks op de gebruikelijke analgetica, zoals paracetamol en NSAID's. Geneesmiddelen die enig effect hebben zijn tricyclische antidepressiva en anti-epileptica. De opiaatagonist tramadol heeft een pijnstillende werking, maar de NHG-Standaard Pijn beveelt gebruik ervan niet aan. Werkt tramadol bij chronische neuropathische pijn en is het veilig?

Voor een Cochrane-review naar de pijnstillende werking van tramadol bij neuropathische pijn includeerden onderzoekers zes RCT's (n = 438). De patiënten hadden ten minste drie maanden matige tot ernstige neuropathische pijn. De gemiddelde leeftijd was 50 tot 67 jaar. In ieder onderzoek startten de patiënten met 100 mg tramadol per dag, waarna de dosis in twee weken werd opgehoogd naar 400 mg per dag of de hoogst getolereerde dosis. De onderzoeken duurden vier tot zes weken. Een van de primaire uitkomstmaten was een aanzienlijke pijnvermindering van ten minste 50%, wat met een significante verbetering van kwaliteit van leven correleert. Drie onderzoeken met deze uitkomst waren bruikbaar voor analyse. De onderzoekers zagen pijnvermindering bij gebruik van tramadol bij 70/132 deelnemers (53%) en bij placebo bij 40/133 deelnemers (30%; RR 2,2 (95%-BI 1,02 tot 4,6)). Dit komt overeen met een NNT van 4,4 (95%-BI 2,9 tot 8,8). Vier onderzoeken lieten zien dat patiënten die tramadol kregen vaker bijwerkingen hadden dan de placebogroep, respectievelijk 58% en 34%; RR 1,6 (95%-BI 1,2 tot 2,1), NNH 4,2 (95%-BI 2,8 tot 8,3). Zes onderzoeken richtten zich op uitval. In de met tramadol behandelde groep was de uitval groter, namelijk 16%, tegenover 3% in de placebogroep; RR 4,1 (95%-BI 2,0 tot 8,4), NNH 8,2 (95%-BI 5,8 tot 14). Slechts in vier gevallen deden zich ernstige bijwerkingen voor. Geen van de patiënten overleed.
De onderzoeksduur van alle onderzoeken was kort en er nam een klein aantal patiënten deel. Vijf van de zes onderzoeken hadden op zijn minst een *major risk of bias*. Vooral door de onduidelijke beschrijving van de pijnuitkomsten was de bewijskracht laag tot zeer laag.

GEEN PLAATS VOOR TRAMADOL

Tramadol lijkt een gunstig effect op neuropathische pijn te hebben. Maar omdat de bewijskracht van alle onderzoeken laag tot zeer laag is, moeten we deze resultaten met terughoudendheid interpreteren. We kunnen geen uitspraak doen over het pijnstillend effect van tramadol op de verschillende soorten neuropathische pijn, want de onderzoeken maken hier geen onderscheid tussen. Het is mogelijk dat tramadol wel een gunstige werking heeft bij een specifieke vorm van neuropathische pijn. De met tramadol behandelde patiënten hebben vaker last van bijwerkingen als misselijkheid, obstipatie en duizeligheid. De uitval is bij patiënten met bijwerkingen dan ook vijfmaal zo hoog. Tramadol is een zwak werkend synthetisch opiaat en heeft bij langdurig gebruik een risico op afhankelijkheid. Gezien het chronische karakter van neuropathische pijn is het risico op verslaving en gewenning aanwezig. De onderzoeken in deze review waren echter alle van korte duur.
Omdat de bewijskracht voor een gunstig effect van tramadol laag is, bijwerkingen vaak voorkomen en de kans op gewenning en verslaving groot is, is er eigenlijk geen plaats voor tramadol bij de behandeling van neuropathische pijn. Wanneer er toch reden is om bij een patiënt met neuropathische pijn met tramadol te starten, bijvoorbeeld bij trigeminusneuralgie of als de patiënt er expliciet om vraagt, moet de dosis langzaam verhoogd worden om de bijwerkingen te monitoren. Evaluatie na vier tot zes weken is verstandig. Extra voorzichtigheid is geboden bij kwetsbare ouderen, gezien de toename van de valkans en het optreden van hallucinaties. Bij chronische pijn moet pijneducatie centraal staan. Het advies in de NHG-Standaard Pijn om geen tramadol voor te schrijven bij neuropathische pijn behoeft dus geen aanpassing. ■

LITERATUUR

1. Duehmke RM, Derry S, Wiffen PJ, Bell RF, Aldington D, Moore RA. Tramadol for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017 Jun 15;6:CD003726.

Lange M. Tramadol: nauwelijks effectief bij neuropathische pijn. Huisarts Wet 2018;61(4):77. DOI: 10.1007/s12445-018-0110-7.

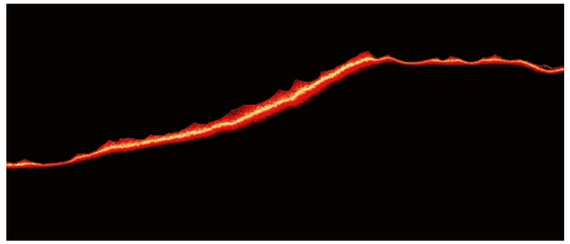
Huisartsenpraktijk Zorgpunt Lombardijen, Rotterdam: M. Lange, huisarts, kaderhuisarts ouderenzorg, marjanlange@planet.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Pijnbestrijding bij patiënten met kanker

Florien van Heest

Drie recent verschenen Cochrane-reviews leiden tot de conclusie dat we eigenlijk niet weten hoe effectief pijnmedicatie is bij patiënten met kanker. De onderbouwing van de WHO-pijnladder is meer gebaseerd op theorie, fysiologie en dagelijkse praktijk dan op wetenschappelijk onderzoek.



Veel kankerpatiënten bestrijden de pijn met comedicatie. Foto: Shutterstock

Een derde tot de helft van de patiënten met kanker heeft matige tot ernstige pijn en daardoor een geringere kwaliteit van leven. Het is belangrijk te weten met welke middelen die pijn het best kan worden bestreden. Drie recent verschenen Cochrane-reviews over de effectiviteit en de bijwerkingen van paracetamol, NSAID's en opiaten leiden tot de conclusie dat we het eigenlijk nog niet weten.

PARACETAMOL (ACETAMINOFEN), NSAID'S EN OPIATEN

Het beperkte aantal onderzoeken naar pijnbestrijding met paracetamol bij volwassen kankerpatiënten (3, met in totaal 122 deelnemers) is van slechte kwaliteit.[1] Onderzoeken bij kinderen zijn er niet. Het is dus onduidelijk of paracetamol bij kankerpatiënten pijn goed bestrijdt en de kwaliteit van leven verhoogt.

Elf onderzoeken naar NSAID's met in totaal 949 deelnemers omvatten zowel conventionele middelen (aspirine, ibuprofen, diclofenac, indometacine, naproxen en piroxicam) als selectieve middelen (celecoxib en enterocoxib).[2] De uitkomsten waren echter slecht vergelijkbaar en de bijwerkingen waren niet consistent bijgehouden. Het niveau van bewijs dat een deel van de patiënten met matige tot ernstige pijn bij gebruik van NSAID's binnen 1 tot 2 weken een forse pijnvermindering ervaart, is zeer laag. De onderzoeken die de WHO-pijnladder ondersteunen, zijn niet van hoge kwaliteit.

Anders dan bij de vorige twee reviews gaat het hier om een review of reviews, die negen Cochrane-reviews met in totaal 152 onderzoeken en 13.524 patiënten combineerde.[3] Het ging daarin om negen oraal of transdermaal toegediende opiaten: codeïne en tramadol (beide ook in combinatie met paracetamol), morfine, oxycodon, tapentadol, buprenorfine, fentanyl, hydromorfon en methadon. Veel onderzoeken waren van lage kwaliteit, onder andere doordat ze weinig deelnemers hadden. Conclusie: het niveau van bewijs voor de werkzaamheid van opiaten bij patiënten met kanker en de kwaliteit is bedroevend laag. Bewezen is dat van de patiënten met matige tot ernstige pijn die opiaten krijgen, 95% na veertien dagen geen of alleen nog milde pijn heeft, maar 10 tot 20% stopt vanwege te heftige bijwerkingen, vooral misselijkheid, braken en obstipatie.

WEINIG GOED ONDERZOEK

De grote overeenkomst in deze reviews is het gebrek aan goed uitgevoerd onderzoek naar analgetica bij patiënten met kanker. Dit houdt in dat de WHO-pijnladder niet onderbouwd is door goed opgezet onderzoek. Een interessante vraag is of het ethisch verantwoord is – en wetenschappelijk gezien nodig – om nog onderzoek te gaan doen naar paracetamol en NSAID's bij kankerpatiënten met pijn.

In de geactualiseerde NHG-Standaard Pijn is paracetamol stap 1 en een NSAID stap 2 in de pijnbestrijding geworden.[4] In de toelichting blijkt dat er ook bij patiënten met andere aandoeningen, zoals artritis of lage rugpijn, en met pijn die niet matig tot ernstig is, weinig onderzoek is gedaan naar paracetamol en NSAID's. De NHG-Standaard Artritis adviseert bij jicht corticosteroïden te gebruiken als alternatief voor een NSAID.[5]

Ondanks de ruime beschikbaarheid van opiaten in ons deel van de wereld is er weinig goed onderzoek gedaan naar de effecten en bijwerkingen bij pijnbestrijding. Opiaten worden bij kankerpatiënten regelmatig subcutaan toegediend wanneer de transdermale route te langzaam en de orale route niet beschikbaar is. Over deze toepassing konden we echter geen reviews vinden.

De algemene werkzaamheid van verschillende pijnstillers zou in de toekomst wat minder belangrijk kunnen worden, wanneer individuele pijnbehandeling mogelijk wordt via een genetisch profiel van de patiënt. Bij opiaten zou dan bijvoorbeeld de verdeling van mu(μ)-, kappa(κ)- en delta(δ)-receptoren in kaart gebracht kunnen worden.

Twee aspecten die een rol spelen bij de ervaring van pijn kwamen niet aan de orde in de reviews. Veel patiënten hebben comedicatie nodig om de pijn optimaal te bestrijden, bijvoorbeeld antidepressiva bij neuropathische pijn of tijdelijk een slaaptablet bij stress. Het tweede aspect is de beleving van de pijn, die te maken heeft met bijvoorbeeld gevoelens van eenzaamheid, angst, verdriet en onvervulde idealen. Hierbij zijn menselijke aandacht en aanwezigheid vaak belangrijker dan pillen. ■

LITERATUUR

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

Van Heest FB. Pijnbestrijding bij patiënten met kanker. Huisarts Wet 2018;61(4):68. DOI: 10.1007/s12445-018-0091-6.
Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Schoonoord: dr. F.B. van Heest, huisarts, kaderarts palliatieve zorg, lid expertgroep PalHAG, f.vanheest@planet.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Lopend onderzoek

Orale of lokale antibiotica bij een plots ontstaan loopoor?

Saskia Hullegie

Naast oorpijn en koorts is een plots ontstaan loopoor een teken van een acute middenoorontsteking (OMA). De huidige NHG-standaard adviseert om bij kinderen met deze verschijnselen behandeling met een oraal antibioticum te overwegen.[1] De vraag is echter of antibioticum oordruppels met corticosteroïden niet even goed werken en daarmee bijwerkingen van orale antibiotica kunnen voorkomen.

Kun je kinderen met een plots ontstaan loopoor behandelen met antibioticum oordruppels? Foto: Alamy

Een OMA is een van de meest voorkomende infectieziekten bij kinderen. Ongeveer 20% van deze kinderen presenteert zich met een plots ontstaan loopoor als gevolg van een spontane trommelvliesperforatie.[2] In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, ervaren deze kinderen dezelfde mate van oorpijn, zijn zij vaak zieker bij presentatie en houden zij langer klachten dan kinderen met een acute middenoorontsteking zonder een loopoor. Conform de NHG-Standaard en gebaseerd op onderzoek dat een gunstig effect liet zien op de duur van koorts en pijn, schrijven huisartsen meestal een oraal antibioticum voor aan kinderen met een OMA en een loopoor.[1,2] Behandeling met orale antibiotica kan echter leiden tot systemische bijwerkingen zoals diarree, braken en huiduitslag en bij een zo frequent voorkomende infectie draagt het bij aan de ontwikkeling van antimicrobiële resistentie.[3]

De vraag is of kinderen met een plots ontstaan loopoor lokaal kunnen worden behandeld met antibioticum oordruppels, met de trommelvliesperforatie als toegang tot het middenoor. Het is bekend dat antibioticum-corticosteroïd oordruppels veel effectiever zijn dan een oraal antibioticum bij kinderen met trommelvliesbuisjes en een plots ontstaan loopoor.[4] Of dit ook geldt voor kinderen zonder buisjes is onbekend. Eind 2017 startte daarom een onderzoek met als belangrijkste onderzoekvraag: Wat is de klinische en kosteneffectiviteit van antibioticum-corticosteroïd oordruppels vergeleken met een oraal antibioticum bij kinderen die zich bij de huisarts presenteren met een acute middenoorontsteking en een loopoor als gevolg van een spontane trommelvliesperforatie? De resultaten van het onderzoek worden verwacht in 2021. ■

LITERATUUR

1. Damoiseaux RAMJ, Venekamp RP, Eekhof J, Bennebroek Gravenhorst FM, Schoch AG, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen (derde herziening). www.nhg.org.
2. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RAMJ, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. Lancet 2006;368(9545):1429-35.
3. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. Br Med J 2010;340:c2096.
4. van Dongen TMA, Van der Heijden GJMG, Venekamp RP, Rovers MM, Schilder AGM. A Trial of Treatment for Acute Otorrhea in Children with Tympanostomy Tubes. N Engl J Med 2014;370(8):723-33.

Hullegie S. Orale of lokale antibiotica bij een plots ontstaan loopoor? Huisarts Wet 2018;61(4):79. DOI: 10.1007/s12445-018-0093-4.
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, Utrecht: Saskia Hullegie, s.hullegie@umcutrecht.nl.
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Ivermectinecrème als behandeling voor rosacea

Marieke Broekhoff, Sjoerd Bruggink

Volgens de NHG-Richtlijn Rosacea is de eerstekeusbehandeling bij rosacea tweemaal daags metronidazolcrème. Deze CAT laat zien dat ivermectinecrème eenmaal daags een veelbelovende behandeling voor rosacea is. Slechts twee publicaties vergelijken metronidazol- en ivermectinecrèmes op basis van enkel door een farmaceut gesponsorde onderzoeken. Dit is vooralsnog onvoldoende om de huidige voorkeurbehandeling aan te passen.

Rosacea is een veelvoorkomende papulo-pustuleuze chronische huidaandoening bij volwassenen. Mogelijk berust het effect van ivermectine op zowel de anti-inflammatoire werking als het doden van *Demodex folliculorum* (een soort mijt), die een rol kan spelen bij ontsteking van de huid. De vraag is of eenmaal daagse applicatie van de relatief nieuwe crème ivermectine net zo effectief is als het welbekende tweemaal daags aanbrengen van metronidazolcrème.

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

We zochten op 16 april 2017 in Pubmed met de volgende zoektermen: (rosac*[tiab] OR 'rosacea'[MeSH]) AND (ivermectin*[tiab] OR 'ivermectin'[MeSH]) AND (metronidazole*[tiab] OR 'metronidazole'[MeSH]). Zo verkregen we 28 resultaten, waaronder een relevante Cochrane-review en een RCT van na de zoekdatum van de Cochrane-review.
De Cochrane-review over de behandeling van rosacea omvat 106 RCT's met in totaal 13.631 deelnemers en 67 verschillende vergelijkingen, waaronder ivermectine versus metronidazol in een enkel onderzoek.[1] Het gerandomiseerde beoordelaargeblindeerde onderzoek (n = 962) vergeleek ivermectine 1% 1dd met metronidazol 0,75% 2dd. De primaire uitkomstmaat was de DQLI (Dermatology Quality of Life Index met een schaal tot 12). Na 16 weken bleken beide behandelingen effectief in het verminderen van klachten, met een afname in DQLI van respectievelijk 5,2 en 3,9 (het onderzoek gaf geen maat voor spreiding). Een DLQI-scoreverschil van 2,5-5 is een klein, maar klinisch relevant effect. Na 16 weken zeiden 409/478 deelnemers uit de ivermectine-groep en 362/484 deelnemers uit de metronidazol-groep een goede/uitstekende verbetering van de klachten te hebben (RR 1,14, 95%-BI 1,07 tot 1,22; p < 0,0001; NNTB 10, 95%-BI 7 tot 17). Bij beide interventies waren er weinig bijwerkingen.
Het andere, na de Cochrane-review gepubliceerde, onderzoek vergeleek in dezelfde onderzoekspopulatie de recidiefkans bij patiënten die na 16 weken ivermectine of metronidazol geen klachten meer hadden (n = 757). Bij een recidief begon de arts opnieuw met de originele behandeling. De gemiddelde tijd tot recidief was 147 +/- 4,7 dagen in de ivermectine-groep versus 134 +/- 5,1 dagen in de metronidazol-groep. In week 36 had 63% van de ivermectine-patiënten en 68% van de metronidazol-patiënten een recidief doorgemaakt (p = 0,037). Er waren nog altijd weinig bijwerkingen in beide groepen.

De werking van ivermectinecrème is veelbelovend bij rosacea. Foto: anpfoto

VEELBELOVEND ALTERNATIEF

In de twee onderzoeken laat ivermectine significant betere resultaten zien dan metronidazol wat betreft behandeling en klachtenvrije periodes. De NNT van 10 betekent dat de klinische relevantie beperkt is, maar het eenmaal daags in plaats van tweemaal daags aanbrengen vergroot wel degelijk het gebruiksgemak. De onderzoekspopulatie met matig-ernstige rosacea komt redelijk overeen met de populatie in de huisartsenpraktijk. Het gaat weliswaar maar om twee onderzoeken, maar beide zijn wel van redelijke kwaliteit. De bevindingen van de onderzoekers en de patiëntrapportages met gevalideerde vragenlijsten komen overeen. De beoordelaars waren geblindeerd, maar de patiënten zelf waren niet geblindeerd voor behandeling. Omdat beide onderzoeken door de fabrikant van ivermectine zijn gesponsord, mogen we publicatiebias niet uitsluiten. De kosten voor ivermectine 1% zijn € 11,87 en voor metronidazol 0,75% € 3,39 per 15 gram crème.
Kortom: ivermectinecrème is veelbelovend, maar het beschikbare bewijs is vooralsnog onvoldoende om metronidazol als eerstekeusmiddel te vervangen. ■

LITERATUUR

1. Van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, Van der Linden MMD, Charland L. Interventions for rosacea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; CD003262. DOI: 10.1002/14651858.
2. Taieb A, Khemis A, Ruzicka T, Barańska-Rybak W, Berth-Jones J, Schauber J, et al. Maintenance of remission following successful treatment of papulopustular rosacea with ivermectin 1% cream vs. metronidazole 0.75% cream: 36-week extension of the ATTRACT randomized study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2016;30:829-36.

Broekhoff M, Bruggink S. Ivermectinecrème als behandeling voor rosacea. Huisarts Wet 2018;61(4):80. DOI: 10.1007/s12445-018-0090-7.
LUMC, Afdeling Public Health en eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: M. Broekhoff, huisarts-in-opleiding; dr. S.C. Bruggink, huisarts.
Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Combinatie van triptaan en NSAID bij migraine

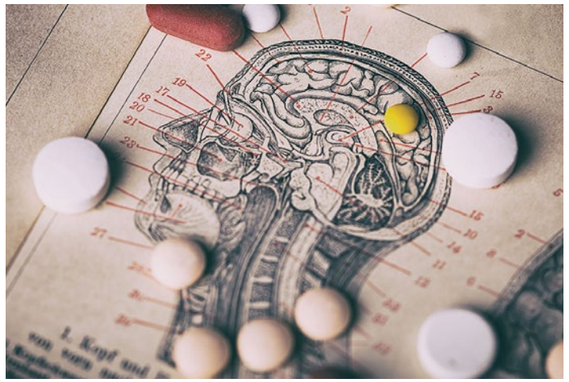
Martijn van Dijk, Sjoerd Bruggink

Volgens de NHG-Standaard Migraine is de aanvalsbehandeling van migraine patiëntgericht en bestaat deze uit paracetamol, NSAID óf triptaanmonotherapie. Deze CAT laat zien dat patiënten met matig tot ernstige migraine die onvoldoende reageren op alleen een triptaan, een combinatie van triptaan en NSAID kan worden geadviseerd. Deze bevindingen verdienen een plaats in een toekomstige herziening van de NHG-Standaard.

Volgens schattingen ligt het succespercentage van een behandeling met een triptaan bij migraine op 30 tot 40%. Heeft de combinatie van een triptaan met een NSAID meerwaarde boven alleen een triptaan om patiënten pijnvrij te krijgen?

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

Op 5 juli 2017 zochten we in PubMed met de volgende zoektermen: 'Migraine Disorders' [Mesh] AND 'Tryptamines' [Mesh] AND 'Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal' [Mesh] AND ('Drug Therapy, Combination' [Mesh:NoExp], met voor alle vier de onderdelen synoniemen en specifieke medicamenten toegevoegd als trefwoord. Dit leverde 226 artikelen op, waarvan een relevante meta-analyse en een relevante RCT.
De systematische Cochrane-review van Law et al. includeert drie RCT's die de combinatie sumatriptan en naproxen (n = 976) vergelijken met sumatriptan alleen (n = 949). De drie trials zijn multicenter dubbelblinde, placebogecontroleerde parallelle trials met > 200 deelnemers per groep. Ze zijn van hoge kwaliteit en hebben als primaire uitkomstmaat 'pijnvrij twee uur na inname van de medicatie'. In de meta-analyse was 32% van de deelnemers pijnvrij twee uur na inname van sumatriptan plus naproxen 50-85 mg/500 mg versus 23% bij gebruik van alleen sumatriptan 50-85 mg (RR 1,4; 95%-BI 1,2 tot 1,7; p < 0,001; I2 0%; NNT 10; 95%-BI 7,4 tot 18). De uitkomstmaten pijnverlichting na twee uur en aanhoudend pijnvrij na 24 uur lieten vergelijkbare resultaten zien. Er waren geen significante verschillen in bijwerkingen.
De RCT van Tullo et al. vergeleek frovatriptan 2,5 mg (n = 93) met frovatriptan 2,5 mg gecombineerd met dexketoprofen 25 mg (n = 95) of 37,5 mg (37,5, n = 91). Het percentage patiënten dat na twee uur pijnvrij was na behandeling met frovatriptan alleen was 29% versus 51% bij gebruik van dexketoprofen 25 mg (RR 2,5; 95%-BI 1,4 tot 4,5; p < 0,05) en versus eveneens 51% na behandeling met dexketoprofen 37,5 mg (RR 2,5; 95%-BI 1,4 tot 4,6; p < 0,05). Ook na 24 uur was combinatietherapie significant effectiever dan alleen frovatriptan, maar na 48 uur was er geen significant verschil meer. De onderzoekers zagen geen verschillen in bijwerkingen.



De combinatie van een triptaan plus NSAID is na twee uur effectiever dan alleen een triptaan. Foto: iStock

TRIPTAAN ÉN NSAID

In zowel de meta-analyse met de veelgebruikte middelen sumatriptan en naproxen als de RCT met de minder bekende middelen frovatriptan en dexketoprofen (wel in Nederland beschikbaar), is de combinatie van een triptaan plus NSAID na twee uur effectiever dan alleen een triptaan. Dit verschil is statistisch significant en de onderzoeken laten geen bijkomende bijwerkingen zien na het toevoegen van NSAID. Hoewel de klinische relevantie met een NNT van 10 beperkt is, lijkt gezien het matige succespercentage van alleen een triptaan het toevoegen van een NSAID aan de triptaan meerwaarde te hebben voor de dagelijkse praktijk.
Met drie geïncludeerde onderzoeken in de Cochrane-meta-analyse en een enkele aanvullende RCT is het aantal onderzoeken niet groot, maar ze zijn van goede kwaliteit, hebben een adequate populatiegrootte en zijn in hoge mate homogeen voor meta-analyse. De onderzoekspopulaties met matig tot ernstige migraine lijken ook representatief voor matig tot ernstige migrainepatiënten in de Nederlandse huisartsenpraktijk. ■

Van Dijk MO, Bruggink SC. Combinatie van triptaan en NSAID bij migraine. Huisarts Wet 2018;61(4):83. DOI: 10.1007/s12445-018-0115-2.
LUMC, Afdeling Public Health en eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: M.O. van Dijk, huisarts-in-opleiding; dr. S.C. Bruggink, huisarts, s.c.bruggink@lumc.nl.
Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

NHG stelt HIS-referentiemodel continu bij

Maret Zonneveld, huisarts/staflid NHG

De boodschap dat hergebruik van gegevens uit het HIS voordelen heeft maar ook gevaren, onderschrijven we vanuit het NHG van harte. Onze reactie gaat vooral over het advies van de auteurs om het HIS-referentiemodel van het NHG kritisch te bekijken en aan te passen. Dit model is continu onder de aandacht van het NHG. Jaarlijks verschijnt een nieuwe en geactualiseerde versie. Om aansluiting te houden bij de wensen vanuit het veld stemmen we vernieuwingen en wijzigingen af met een klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers vanuit de gebruikersverenigingen. Daarbij werken we vooral de registratie van informatie uit die relevant is voor uitwisseling. Recente toevoegingen zijn bijvoorbeeld de mogelijkheden om behandelgrenzen, contactpersonen of voorzorgsmaatregelen in het kader van profylaxe vast te leggen.
Het NHG staat open voor concrete aanbevelingen voor het HIS-referentiemodel. De publieksversie van het model is beschikbaar op onze website https://referentiemodel.nhg.org/. We beseffen dat de huisarts pas met vernieuwingen uit het model kan werken, wanneer deze ingebouwd zijn in het HIS. Ons advies aan de HIS-leveranciers blijft daarom om de aanbevelingen uit het model te volgen. Onze aanbeveling aan huisartsen is de HIS-leveranciers daar om te vragen. ■

In februari publiceerde H&W de beschouwing *Zijn de gegevens uit uw HIS een goudmijn?* van Annet Sollie en co-auteurs. Een compilatie van de reacties vindt u hier.

Vergroot zichtbaarheid

Annet Sollie, huisarts/informaticus

Goed om te horen dat u de kernboodschap van ons artikel onderschrijft. Het is mij bekend dat de afdeling automatisering van het NHG hard werkt aan het continu updaten van het HIS referentiemodel. Wij lopen daarin internationaal gezien voorop! Uiteraard heb ik goed naar het model gekeken, maar vooral vanuit het perspectief van mijn proefschrift: hergebruik van HIS-gegevens. Daar komt ook de aanbeveling vandaan om kritisch naar het HIS-referentiemodel te kijken. In dit artikel geef ik slechts een samenvatting van mijn proefschrift, waarin overigens uitgebreidere aanbevelingen zijn opgenomen voor de diverse betrokken partijen, waaronder het NHG (www.offpage.nl/ebooks/2016_asollie). Uiteraard ben ik bereid dit toe te lichten en mee te denken.
Verder zou het goed zijn wanneer het werk van uw afdeling zichtbaarder is voor het veld. Ik kan bijvoorbeeld weinig informatie vinden over welke HIS-leveranciers welke onderdelen van welke versies van het HIS referentiemodel hebben ingebouwd. Ik vind het positief dat uw afdeling via een klankbordgroep contact heeft met gebruikersverenigingen, maar hoe ziet dit eruit in de praktijk (ik denk aan prioritering van wensen)? Wie zitten er in de gebruikersverenigingen? Is er input voor alle HISsen? Ik hoop dat er (wellicht via H&W) een manier kan worden gevonden om dit werk meer zichtbaar te maken voor ons huisartsen. ■

Onbedoelde fouten in HIS-registraties

E. Wabeke, huisarts

Betrouwbaarheid van HIS-gegevens heeft al jaren mijn aandacht. Bijvoorbeeld omdat op basis van extracties uit ons HIS verkeerde conclusies getrokken worden bij benchmarks over prescriptiecijfers en ketenzorg. Ik ben blij met je aanbevelingen: alles uit 'de kern' herken ik, vooral het laatste punt. Dit is onder meer in onze HAGRO een hoofdreden om ons niet aan te sluiten op het LSP. Onze HISsen worden door ons primair gebruikt als hulpmiddel/geheugensteun tijdens de consultvoering. Vaak sluipen er onbedoeld fouten in de registraties. Het is maar goed dat mensen buiten onze praktijk niet met die gegevens aan de haal gaan (casus!). Als huisartsopleider stimuleer ik uiteraard juist gebruik van het HIS. In een praktijk als de onze werken echter assistentes, praktijkondersteuners, waarnemers en huisartsen allemaal net een beetje anders met het HIS. In een project om de logistiek van de postverwerking te verbeteren lopen we tegen veel problemen aan. Sommige huisartsen coderen thoracale pijn bijvoorbeeld met R74. Als later uit de brief van de cardioloog blijkt dat er geen sprake is van AP, dan moet de assistente tijdens de postverwerking de code R74 aanpassen. Vaak gebeurt dit niet om onduidelijke redenen (onwetendheid, gemakzucht). Soms coderen waarnemers een patiënt die met vijf problemen komt onder een noemer, waarschijnlijk door tijdgebrek. Dat is niet goed, maar voor de praktijkvoering wel werkbaar. Kortom: ik kan mij volledig vinden in je conclusie. ■

Alarmbellen bij empathie

I.E. Waardenburg, huisarts in Enter

Het artikel van Derksen et al. over empathie deed bij mij alarmbellen rinkelen.[1] Het is een typisch voorbeeld van tekentafelgeneeskunde. De auteurs veronderstellen dat je empathie aan kunt leren en dat empathie voor een dokter een *conditio sine qua non* is. Na bestudering van de literatuur is het zeer de vraag of je empathie kunt aanleren en of het een noodzakelijke kwaliteit is voor een arts. Vanzelfsprekend zijn *interesse* en *aandacht* dat wel, maar dat is niet hetzelfde als je obligaat verplaatsen in de gevoelens en emoties van de patiënt. Dat gaat te ver en is vaak volstrekt onnodig in de arts-patiëntrelatie. Het kan zelfs contraproductief werken. Het uitsluiten van minder empathische dokters voor de opleiding tot huisarts zal uiteindelijk mogelijk vergaande negatieve consequenties hebben voor het aanzien en vak van huisarts omdat er een selectie plaatsvindt van huisartsen op basis van soft skills. Daarmee dreigen noodzakelijke andere kerncompetenties van de huisarts verloren te gaan en zullen artsen die van nature minder empathisch zijn - maar op medisch, zakelijk of wetenschappelijk vlak uitstekende dokters - minder snel kiezen voor het prachtige vak van huisarts. Laten we ons niet te veel bezighouden met dit geneuzel, maar de grote lijnen in de gaten houden: namelijk het afleveren van *goede* (huis-)artsen: breed opgeleide, organisatorisch en communicatief sterke, maar ook kundige en geïnteresseerde artsen. Dappere dokters, die beslissingen durven te nemen, staan en opkomen voor hun vak en niet over zich heen laten lopen. ■

In februari 2018 publiceerde H&W de beschouwing *Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar?* van Frans Derksen en co-auteurs. Op de H&W-website staan diverse reacties, waarvan we hier een complicatie plaatsen.

De mythe van soft en hard skills

Frans Derksen, Tim Olde Hartman, Jozien Bensing, Toine Lagro-Janssen

Onze beschouwing geeft aanleiding tot zowel positieve als negatieve reacties (zie www.henw.org). Bij de negatieve reacties gaat het om de volgende veronderstellingen: 1) Empathie benadrukt de emotionele kant in het consult; evenwicht tussen ratio en emotie wordt verstoord; 2) Medisch-inhoudelijke kennis is efficiënt en evidence-based; van empathie is dat nog maar de vraag; 3) De definitie van empathie is niet helder; en 4) In de huisartsopleiding is voldoende aandacht voor het aanleren en toetsen van arts-patiëntcommunicatie.
Onze beschouwing is gebaseerd op resultaten uit kwalitatief onderzoek; feiten gebaseerd op het brede palet aan meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten. Persoonsgerichte zorg, zoals in de jaren '50 van de vorige eeuw door Huygen beschreven, behoort tot de kernwaarde en competentie van de huidige en toekomstige huisartsgeneeskunde.[1,2] De effectiviteit hiervan op onder andere patiënttevredenheid, angstreductie, verbetering van het zelfoplossend vermogen (zelfmanagement), therapietrouw en beter geïnformeerd zijn van de arts zijn uitgebreid wetenschappelijk aangetoond.[4-6]
Onontbeerlijk voor persoonsgerichte zorg is het in balans zijn van persoonsgerichte communicatie en empathisch gedrag van de huisarts en het toepassen van de medische kennis en de kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt op de unieke situatie van deze patiënt.[3] Richtlijnen, triage en goede tijdsplanning werken hierbij ondersteunend. Door deze onderdelen tegenover elkaar te plaatsen vinden wij dat er een oneigenlijke tegenstelling tussen soft en hard skills wordt gecreëerd; beiden zijn immers op empirie gebaseerd. Het conceptualiseren van empathie gebeurt op verschillende manieren. De dilemma's die hierdoor ontstaan bespraken we en komen in de kritische reacties naar voren. Geen enkel theoretisch kader kan alle aspecten omvatten; om de gedachtewisseling over positie en nut van empathie zo zuiver en praktisch mogelijk te houden, kozen we voor een brede definitie.[7,8] Een indeling van empathie in een cognitief en affectief begrip kan een kader zijn voor de huisarts om de persoonlijke voorkeur in de patiënt-huisarts communicatie vorm te geven. Cognitieve empathie is een procesmatige en trainbare *vaardigheid* van de huisarts om de ervaringen en gevoelens van de ander (het perspectief) te begrijpen en in te schatten; affectieve empathie is een min of meer spontane, instinctieve en betrokken *emotionele* reactie op een emotionele stimulus.[9]
Door de adviezen van de landelijke commissie voor arts-patiëntcommunicatie heeft de educatie van patiënt-huisartscommunicatie een plek in de huisartsopleiding, met daarin impliciete aandacht voor empathie. Volgens Lombarts is het opleiden van topprofessionals gebaseerd op drie pijlers: 1) streven naar excellentie, 2) handelen uit medemenselijkheid en 3) het afleggen van rekenschap. Medemenselijkheid bestaat in de kern uit empathie; juist meer expliciete aandacht hiervoor tijdens de opleiding is belangrijk.[10] Evaluatie van meningen en ervaringen van aios is in dit kader essentieel. ■

LITERATUUR

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

Apptip Eye Chart Pro

Bart Timmers, Annet Sollie

Eye Chart Pro ondersteunt de bekendste methodes om de visus te meten, zoals ook de NHG-Standaard Visusklachten adviseert: de Snellen-kaart (letters), de Landolt-ringen (C'tjes met openingen) en de E-haken. De app is vooral een aanrader door de zeer handige bediening.

Eye Chart Pro is een app met een enkele functie: het meten van de visus. Nu zal in de meeste spreekkamers een visuskaart aan de muur hangen, maar is de belichting goed? Is er vijf meter afstand tot de kaart? En wat als je thuis de visus wilt meten? De kracht van de app zit in de bediening. De visustests worden op de iPad getoond, maar de bediening gaat via de iPhone. Via de iPhone selecteert u de gewenste kaart, laat u de gewenste rij oplichten, switcht u naar de volgende rij of 'randomized' u eerder geteste symbolen. Ondertussen ziet u op uw iPhone welke letters de patiënt zou moeten zien, inclusief de uitkomst. Vanzelfsprekend wordt de afstand aangepast aan het formaat van de iPad, dit staat er ook keurig bij. Voor de gebruikelijke afstand van vijf of zes meter moet de iPad in de landscape-modus staan, in de portrait-modus kunt u kiezen voor voor een afstand van 2,3 of 1,9 of 1,3 meter (de aanpassing is automatisch als u een iPad mini gebruikt). Let op: meet dus nooit dichterbij dan 1,3 meter.
Voordelen van deze app: thuis de visus meten is geen probleem, meten in een ruimte kleiner dan zes meter ook niet. De benodigde verlichting is automatisch goed.
Een ster in ons oordeel gaat verloren omdat de maker van de app geen website heeft en omdat er nog geen Android-versie is. In de app is wel ruimte voor vragen/feedback.
Kortom: de mobiliteit, de flexibiliteit en de zeer handige bediening maken dit een goede en leuke app. ■

Naam:	Eye Chart Pro
Makers:	Dok LLC
Doel:	Meten van visus op iPad met iPhone als afstandsbediening
Platform:	iOS
Prijs	Gratis (ook betaalde, uitgebreide versie beschikbaar)
Oordeel:	●●●

COLOFON
Huisarts en Wetenschap wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. www.henw.org.

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

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot (secretaresse), Judith Mulder (web- en eindredactie), Susan Umans (bladmanagement), Anita Wittebol (office manager), Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder, Wendy Westerhof (beeldredactie).
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, redactie@nhg.org

Uitgever
Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org

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

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 258,00, Online-only abonnement € 154,80. Studenten 50% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd. Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

Voorwaarden
Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl/voorwaarden.

© 2018
ISSN 0018-7070

Sneller nieuwe kennis

NHG-Standaarden zijn zo'n gewoon onderdeel van ons spreekuurmeubilair, bij nascholing, bij een leergesprek met de aios, dat het niet opvalt hoe bijzonder ze zijn. Je hoort wel dat NHG-Standaarden achterhaald zijn na enkele jaren; overigens een beproefd argument om een nieuw medicijn te promoten. Maar we kijken altijd eerst of de aanbevelingen aan aanpassing toe zijn. Zo nee, dan is herziening niet urgent, terwijl diabetes- of cardiovasculaire richtlijnen elk jaar wel door de wasstraat kunnen. Ook willen we actuele kennis nog beter en sneller aan u voorschotelen. De leesbaarheid via verschillende devices zoals laptop, tablet en gsm zal verbeteren, en het wordt beter zichtbaar hoe sterk een aanbeveling is en waarop deze gebaseerd is: hoe meer bewijs, hoe sterker de aanbeveling.
Maar nog te veel is onbekend. De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde, nhg.org/onderzoeksagenda, met honderden onderzoeksvragen, kan ons in de praktijk verder helpen. Lopende onderzoeksprogramma's en het Fonds Alledaagse Ziekten kunnen slechts een klein deel verwerken. Ik pleit daarom voor een groot thematisch onderzoeksprogramma huisartsgeneeskunde om sneller bij nieuwe kennis te komen. Investeren in de eerste lijn betaalt zich terug in zinnige en zuinige zorg. Het zou voor VWS een argument moeten zijn om dit programma financieel mogelijk te maken. ■

Rob Dijkstra

NHG-Congres over ggz

Psychische klachten in de huisartsenpraktijk zijn dit jaar het onderwerp in het NHG-Congres 'Dokter, kijk eens tussen mijn oren!' Want wat is gek en wat is normaal? Hoe ga je om met psychische klachten, hoe organiseer je goede zorg, en met wie? Hoe werk je samen met de poh-ggz, het sociale domein en de ggz? Hoe benut je ervaringsdeskundigheid in de spreekkamer, zowel die van de patiënt als die van de dokter? Keynotesprekers die al hebben toegezegd, zijn psychiater Jim van Os over nieuwe wijkgerichte ggz, en Christien Brinkgreve over het verhaal dat de patiënt ons vertelt. We sluiten af met de vraag: hoe dapper moet je zijn als dokter om je eigen angst te overwinnen?
Meer informatie: www.nhgcongres.nl

Psychiater Jim van Os

Urogynaecologie

De vijfde groep NHG-Kaderopleiding Urogynaecologie heeft op 9 februari het diploma kaderhuisarts ontvangen uit handen van prof. dr. Toine Lagro-Janssen, huisarts en voorzitter van de opleidingscommissie, en Doreth Teunissen, huisarts en opleidingscoördinator. De kaderopleiding is een samenwerking van Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van Radboudumc en het NHG. De geslaagde huisartsen gaan collega's ondersteunen met nascholing en kwaliteitsbeleid op het gebied van urogynaecologie.

Nieuwe manier van werken bij huiselijk geweld

Praten zonder wegjagen

Andrea Smits (Augeo) en Esther Kersbergen (NHG), ontwikkelaars van Thuis niet pluis

Hoe bespreek je je vermoeden van huiselijk geweld met een ouder of kind zonder je patiënt weg te jagen? De scholing Thuis niet pluis pakt dit aan.

Esther Kersbergen, wetenschappelijk medewerker NHG en docent van de scholing: 'Wettelijk gezien is de Meldcode kindermishandeling nu sterk op de kaart gezet. De huisartsen fronsten hun wenkbrauwen, want hoe zit het dan met vertrouwelijkheid, je relatie met de patiënt; hoe ga je er in de praktijk mee om? Als je huiselijk geweld vermoedt bij een patiënt, is het op eieren lopen om daarover te praten. De verplichte Meldcode zet er nog meer druk op.'

STAP NUL

Hoe ga je constructief om met de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling? Het NHG kende Augeo, een ideële organisatie die zich inzet voor een veilige ontwikkelingsomgeving voor kinderen, al van een publiek-private samenwerking met de LHV, InEen en VWS om huisartsen te ondersteunen in de strijd tegen kindermishandeling. Het NHG en Augeo actualiseerden bestaande scholing tot Thuis niet pluis, een combinatie van individuele e-learning, face-to-facetraining met rollenspellen, en onlinecasuïstiek. Andrea Smits: 'Augeo is gespecialiseerd in onlinecursussen. Eerst volgen de cursisten individueel onze e-learning Werken met de Meldcode. Dan oefenen ze in de NHG-face-tofacetrainingen met huiselijk geweld bespreekbaar maken. Tot slot zijn er onlinecasussen van Augeo, zoals de casus waarin je aan de hand van de Kindcheck het gesprek voert met een overspannen moeder.'

> 'Vechtscheiding is ook mishandeling'

Wat doe je als je eenmaal kindermishandeling of geweld hebt gesignaleerd? En wat als de patiënt agressief wordt, of de problemen onder de tafel schuift? Kersbergen: 'In Thuis niet pluis gaat het vooral over de fase nog voordat je met de Meldcode aan de gang gaat, zeg maar Stap nul. Je hebt vermoedens, ziet rare blauwe plekken, hoort verhalen van de patiënt die incongruent zijn met lichamelijk onderzoek, of bent anderszins ongerust, maar het is nog te vroeg voor een melding bij Veilig Thuis.'

GESPREKSVOERING

Smits: 'Hoe krijg je de problemen boven tafel, en wat kun je ermee?' Kersbergen: 'Thuis niet pluis hanteert de systeemgerichte benadering. Je denkt vanuit het systeem, niet alleen vanuit één patiënt. Meervoudige partijdigheid is zo'n begrip uit de systeemtherapie. Dus niet: "De vader is verkeerd bezig, ik ga de moeder beschermen", want daar bewijs je het gezin geen dienst mee. Hoe word je niet meegezogen in de gezinsdynamiek?
De moeder kan nu hard huilen, maar thuis heel tiranniek zijn. De pleger krijgt algauw veel aandacht, maar hoe houd je een lijntje met zijn stille vrouw?'
Kersbergen: 'Circulaire vragen, ook zo'n begrip uit de systeemtherapie, maken empathie los bij ruziënde ouders: "Als jij zo boos uit je werk komt, hoe is dat dan voor haar?" En het begrip spiraal van geweld, van eenmaal een klap uitdelen naar cyclisch geweld tot en met extreem geweld, geeft inzicht in het ontstaan van het geweld en het effect op kinderen. Dat vonden de cursisten echt een nieuw inzicht.
Huisartsen vinden training in gesprekvoering zinnig. Eén casus gaat over vechtscheidingen, ook een vorm van kindermishandeling. Bekijk je een agressief iemand als iemand met veel stress die de situatie niet kan handelen dan mobiliseer je begrip in de tien minuten van je spreekuur. Huisartsen doen dat al, maar zien de bewustwording als meerwaarde van de scholing.'

Zie www.nhg.org/thuisnietpluis, www.nhg.org/kindermishandeling en www.augeo.nl/huisartsen

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Vitamine D-deficiëntie

Ledenforum

Anne-Marie Voss Foto: geïnterviewde

Anne-Marie Voss, praktijkhoudend huisarts in een hoed met patiënten geboren en getogen in Glanerbrug, regio Enschede: 'Enkele jaren geleden is er onderzoek verricht naar allochtonen en gewrichts- en spierklachten waarbij dit geassocieerd werd met een vitamine D-tekort. Hierdoor ben ik vaker vitamine D gaan bepalen. Ik heb opgemerkt dat deze mensen vaak ook moe zijn en ik vind in deze groep vaak een vitamine D-tekort: recentelijk een jongeman van 19 jaar met klachten passend bij burn-out met een vitamine D van 18. Zijn klachten verdwenen nagenoeg na vitamine D-suppletie. Sindsdien ben ik veel laagdrempeliger geworden met aanvragen van het vitamine D en nu valt mij op dat ik soms 5-10 patiënten per week heb met een te lage vitamine D-waarde: soms 18-20, maar veelal rond de 30-35.
Omdat ik bij een grote hoeveelheid patiënten een deficiëntie vind, vraag ik mij af of dit normaal is voor mensen in ons land, of dat dit echt gesuppleerd moet worden, en hoe lang dan? En maken we hier recepten voor of laten we mensen zelf vitamine D-tabletten halen? Hoe gaan jullie hiermee om?'

Heeft u ook een vraag?
Plaats een oproep op HAweb Ledenforum!

Ik schrijf bij zulke lage waarden altijd colecalciferoldrank voor in een oplaaddosis en laat daarna onderhoud meestal aan de patiënt zelf, door dan de pilletjes of druppeltjes van de drogist te adviseren. Ik had een keer een patiënte met een moeheid e.c.i. en een psoriasisachtig huidbeeld bij wie ik oriënterend laboratoriumonderzoek deed. Daar kwam alleen een vitamine D-deficiëntie uit. Haar moeheid en huidbeeld verdwenen na vitamine D-suppletie. Bijzonder prettig voor de patiënte!

Huisarts in Groningen

[Reactie Anne-Marie Voss:] *Ja, voor de patiënt vaak erg prettig; vind het alleen zo lastig dat ik er weinig wetenschappelijke onderbouwing voor heb.*

Ik ben het helemaal met je eens. ik vind dit ook lastig. Vaak vind ik zelfs waardes van < 10. En controleer je de waardes nog na suppletie? Al met al nog stof genoeg voor verder onderzoek lijkt mij.

Waarnemend huisarts in Enschede

[Reactie Tjerk Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker NHG:] *De Gezondheidsraad hanteert voor het merendeel van de Nederlanders een streefwaarde van 30 nmol/l. Dit betekent dat mensen met serumspiegels boven de 30 niet als deficiënt hoeven te worden beschouwd. De oorzakelijke relatie tussen vermoeidheid en lage vitamine D-spiegels is bij mijn weten kwestieus, zodat het verdwijnen daarvan na gebruik van vitamine D goed kan berusten op natuurlijk herstel of een placebo-effect. Als suppletie nodig is, zou ik mensen gewoon naar de drogist of de HEMA laten gaan.*

▶ **De reacties zijn bewerkt; zie HAweb Ledenforum voor de volledige teksten.**

RICHTLIJNEN, DOSSIERS EN PATIËNTENINFORMATIE

Wanneer heeft het zin om laboratoriumwaarden aan te vragen? Het NHG is bezig met een apart hoofdstuk Vitamine D in de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraak (LESA) Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. Ook de Thuisarts.nl-pagina 'Vitamine D' zal indien nodig worden aangepast.

Voor patiënteninformatie en patiëntenzorg kunt u op de volgende pagina's terecht.

- LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek: www.nhg.org/lesas
- LTA Chronische nierschade: www.nhg.org/ltas
- Multidisciplinaire Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie: www.nhg.org/mdrs
- Thuisarts.nl: www.thuisarts.nl/vitamine-d
- NHG-Dossiers Leefstijl (Voeding en Bewegen): www.nhg.org/dossiervoeding en www.nhg.org > Actueel > Dossiers > Dossier NHG-Zorgmodule Leefstijl Bewegen

Maria van den Muijsenbergh is hoogleraar bij Radboudumc en bij Pharos, expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, dat de leerstoel 'gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg' heeft ingesteld. Zij werkt als huisarts in Praktijk Buitenzorg voor dak- en thuislozen.

INTERVIEW

met Maria van den Muijsenbergh, hoogleraar en huisarts

'Het leukste is patiëntencontact'

In deze rubriek portretteren we praktiserende huisartsen die iets bijzonders doen. Maria van den Muijsenbergh is huisarts, wetenschapper en hoogleraar.

Op 9 maart is Maria van den Muijsenbergh geïnaugureerd als bijzonder hoogleraar 'gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg' aan Radboudumc Nijmegen. Ze werkt ook bij Pharos (zie kader) en is praktiserend huisarts.

Je doet erg veel. Waarom blijf je praktiseren?
'Huisartsenwerk inspireert me tot onderzoek. Ik werk één dag per twee weken in Praktijk Buitenzorg voor mensen die geen huisarts hebben, of niet naar hun eigen huisarts willen. Met mijn eigen huisartsenpraktijk ben ik gestopt toen ik internationale projecten ging doen en ik onvoldoende continuïteit van zorg kon blijven leveren. Hoogleraar zijn is heerlijk en voelt nog altijd als niet echt werken: je wordt er ook minder moe van dan van de gewone praktijk. Ik doe alleen dingen die ik leuk vind. Maar als je me vraagt wat ik het leukste vind van alle dingen die ik doe, is dat toch dat patiëntencontact. En onderzoeksopzetten schrijven.'

Een hoogleraar persoonsgerichte zorg, is dat wel nodig?
Huisartsen erkennen toch al het belang van persoonsgerichte zorg? Van den Muijsenbergh: 'Sinds de Woudschotenconferentie in 1959 weten we allemaal wat we willen: continue, persoonsgerichte, integrale zorg. Maar toch lukt het ons onvoldoende. Als wetenschapper kijk ik waarom het niet lukt, als hoogleraar kan ik er ook wat aan doen.
Dat het onvoldoende lukt, heeft twee hoofdredenen: communicatie en organisatie. We communiceren onvoldoende begrijpelijk voor een groot deel van onze patiënten. Organisatie en bekostiging van huisartsenzorg gaan nog onvoldoende uit van de brede samenwerking de eerste lijn, en met andere organisaties in de wijk, die nodig is voor een integrale aanpak. Persoonsgerichte zorg, met veel aandacht voor de context van de patiënt, is bovendien onder druk komen te staan door eenzijdige nadruk op richtlijnen in de afgelopen dertig jaar.'

Laten huisartsen zich intimideren door richtlijnen?
'Richtlijnen gaan uit van gemiddelden: de blanke middelbaar opgeleide 40-jarige man. Maar niemand is gemiddeld. Toch zijn medisch studenten geneigd te denken dat zorg altijd goed is als het protocol maar gevolg wordt. Terwijl je juist vaak van de richtlijn moet afwijken om goede zorg te verlenen.
Ook de communicatie moet persoonsgerichter. Huisartsen zeggen zelf dat bij laaggeletterden, laagopgeleiden en migranten de boodschap niet overkomt. Maar deze groepen excluderen we bewust bij onderzoek, bijvoorbeeld omdat vragenlijsten te ingewikkeld zijn. Als hoogleraar kan ik gewicht in de schaal leggen om deze mensen toch te includeren. Dan kun je onderzoeken hoe je de zorg zodanig kunt organiseren en kunt communiceren dat je ook deze groepen mensen helpt.'

'En ik geef er nog wel les in!'

Ben je zelf een schoolvoorbeeld?
'Als we nou eens zouden controleren of de patiënt heeft begrepen wat we adviseren. Dat zou zo veel schelen. Maar zelf doe ik dat ook niet! Ik gaf een vluchteling met een nare chronische ziekte een envelop mee voor de specialist. Met een duidelijke instructie erop, vond ik zelf, over de datum van de afspraak en het routenummer in het ziekenhuis. Maar de envelop heeft de patiënt keurig in een brievenbus gegooid, dus ik kreeg de brief retour, omdat mijn adres erop stond. De patiënt miste de afspraak met de arts; de klachten waren inmiddels verergerd. "Wat ga je nu doen met die brief?", had ik moeten vragen. En ik geef hier nog wel les in! Het gaat mis omdat het niet in je systeem zit. Daar wil ik als opleider, onderzoeker en hoogleraar iets aan doen. Wat levert het op als we wel gaan navragen, en hoe krijgen huisarts en praktijkondersteuner organisatorisch de ruimte voor hulp op maat?'

Voor Van den Muijsenberghs aanpak van gezondheidsverschillen: zie Huisarts & Wetenschap december 2017, p. 668-669.

COLOFON NHG FORUM

Redactie: Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen en Linda Tolsma. Met bijdragen van Fijtje Koets (tekst), Bart van den Hoogenhoff en Margot Scheerder (foto's). Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 00.

NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau.
Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van **Huisarts & Wetenschap: blader vier pagina's terug.**