JAARGANG 56 / JANUARI 2013

1

H&W

Huisarts en Wetenschap

2013

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

ONDERZOEK

Oncologie in de huisartsenpraktijk

ONDERZOEK

Otitis externa na cerumenlavage

NHG-STANDAARD

Maagklachten

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

1

WETENSCHAP

ONDERZOEK
6 Oncologie in de huisartsenpraktijk
Joke Korevaar, Marianne Heins, Gé Donker, Mieke Rijken, François Schellevis
12 Otitis externa na cerumenlavage
Daniëlle Wijshake, Marjan Bruins, Saskia de Vries-van Rossum, Roy Klein Overmeen, Gijs Ruijs
18 Het laatste jaar van patiënten met hartfalen
Frans Rutten, Wendelien Heddema, Gerard Daggelders, Arno Hoes

COMMENTAAR
16 Infectiepreventie blijft hoofdzaak
Ellen Stobberingh

BESCHOUWING
22 Hepatitis C – opsporing verzocht
Charles Helsper

26 NHG-STANDAARD
Maagklachten
Mattijs Numans, Niek de Wit, Jos Dirven, Corien Heemstra-Borst, Gerard Hurenkamp, Mieke Scheele, Jako Burgers, Roeland Geijer, Egbert de Jongh

KLINISCHE PRAKTIJK

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE
11 De opbouw van een onderzoeksartikel
Arie Knuistingh Neven, Just Eekhof

NASCHOLING
36 Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC)
Patrick Hemmer, Barbara van Leeuwen

HUISARTSENZORG IN CIJFERS
43 Motiverende gespreksvoering bij leefstijladviezen
Sandra van Dulmen, Janneke Noordman

SPREEKUUR
46 Pijn in de benen bij kinderen
Yvonne van Trier
47 Spataderen
Just Eekhof

CATS
48 Pepermuntolie bij het prikkelbaredarmsyndroom
Léon Henskens, Toy Broen, René Theunissen

PEARLS
49 Muziek helpt bij kanker
Julian Kiers

3 JOURNAAL
17, 44 COLUMNS
40 INTERVIEW
45 KENNISTOETS
50 BOEKBESPREKING
51 INGEZONDEN

1 HET NHG

Veranderen

Allereerst natuurlijk de beste wensen voor 2013 namens alle medewerkers van H&W. Er ligt weer een jaar vol uitdagingen voor ons, wat gaan we daarmee doen? Van onze kant hopen we in ieder geval een leesbaar tijdschrift af te leveren met interessante en bruikbare artikelen, nu nog voornamelijk in papiervorm maar in de toekomst mogelijk ook via de website en andere sociale media.

Hebt u goede voornemens gemaakt, of is dat niets voor u? De periode rond de jaarwisseling is bij uitstek geschikt om afstand te nemen, even uit de dagelijkse routine te stappen. Afstand hebben we vaak nodig om te besluiten dat we dingen anders willen. Denk aan de formule van heidagen. Op afstand creëren we (tijdelijk) ruimte van waaruit we wensen kunnen formuleren.

Kritisch kijken

Newton beschreef het al in een van zijn wetten: actie is reactie. Mensen zijn van nature echter niet geneigd tot verandering, we komen meestal pas in actie na prikkels van buitenaf. In actie komen kost immers vaak energie en moeite. Het hebben van goede voornemens betekent dat we bereid zijn om te veranderen, een eerste stap te zetten. Dit nummer biedt zo'n prikkel.

Het onderzoek van Wijshake et al. kan een goede aanleiding zijn om eens kritisch door uw praktijk te lopen. In dit onderzoek constateert een oplettende huisarts een onevenredige toename van otitis externa bij mensen die eerder een cerumenlavage ondergingen. De huisarts maakt pas op de plaats en besluit samen met het microbiologisch laboratorium te onderzoeken of er een samenhang bestaat. Uiteindelijk blijkt dat de normen omtrent praktijkhygiëne per praktijk nogal verschillen. Als waarnemend huisarts herken ik dit goed. Soms kom je in praktijken waar de jaargangen H&W in stapels van 12 de onderzoeksbank ondersteunen, de andere keer waan je je in een zenmeditatieruimte. Dat geeft te denken, al zegt de omgeving natuurlijk niet altijd iets over de praktijkhygiëne. Het meest schokkend vond ik te lezen dat disposable eartips in veel praktijken worden hergebruikt! Weliswaar na sterilisatie maar toch, het is zoiets als één tandenborstel voor het hele gezin na elk gebruik in de autoclaaf leggen. Ik ben benieuwd wat er in het kader van de duurzaamheid nog meer wordt gerecycled.

Houdbaarheid

Het onderzoek van Wijshake et al. resulteert in een aantal concrete aanbevelingen, zonder al te extreme eisen, waarmee we allemaal ons voordeel kunnen doen. Gebruik het artikel als aanzet, loop eens door uw eigen praktijk en kijk eens hoe bij u de steriliteit van instrumentarium en de hygiëne zijn geregeld. Het leidt ongetwijfeld tot een goed voornemen. Goede voornemens schijnen echter maar een houdbaarheidsduur van zes weken te hebben. We weten ook dat de kans op slagen van een voorgenomen verandering groter is als die verandering in kleine stapjes gaat in plaats van rigoureus het roer om te gooien. De eerste stap is in ieder geval het belangrijkst. Kom in actie, dan komt het ook dit jaar wel weer goed. ■

Wilma Spinnewijn

Externe druk bij start palliatieve sedatie

Foto: Flip Franssen/Hollandse Hoogte

Bij het starten van continue palliatieve sedatie kan externe druk van bijvoorbeeld de patiënt of familie een rol spelen. Groningse onderzoekers keken welke patiënt- en huisartskarakteristieken hierbij meespelen.

De onderzoekers stuurden een uitgebreide vragenlijst naar 926 Nederlandse huisartsen over hun meest recente patiënt (na 2006) bij wie ze palliatieve sedatie toegepast hadden. Deze vragenlijst werd door 250 huisartsen (27%) teruggestuurd. In totaal gaven 41 (16%) van deze huisartsen aan dat ze een externe druk van de patiënt, familie of andere verzorgers van de patiënt gevoeld hadden om te starten met palliatieve sedatie. In dit observationele onderzoek zijn de kenmerken vergeleken van de groep die wel druk voelde en de groep die geen druk gevoeld had.

Het bleek dat de huisartsen frequenter een externe druk rapporteerden bij patiënten bij wie naast lichamelijke klachten ook psychologische symptomen een rol speelden. Ook bij een mogelijk langere levensverwachting van > 2 weken (ten opzicht van < 1 week) en bij een expliciete euthanasievraag door de patiënt werd externe druk vaker gevoeld. Daarnaast bleek bij de groep huisartsen boven de 50 jaar dat het niet kennen van de richtlijn Palliatieve Zorg vaker leidde tot het voelen van externe druk. Er waren geen verschillen voor andere onderzochte kenmerken, zoals leeftijd en geslacht van patiënt of huisarts. De onderzoekers concluderen dat 1 op de 6 huisartsen druk voelen van de patiënt of familie om te starten met palliatieve sedatie. Dit is een benadering van de prevalentie; er kan sprake zijn van selectiebias wegens het lage percentage deelnemers.

Kennis van de richtlijn Palliatieve Zorg kan de externe druk mogelijk verminderen. In de richtlijn staat bijvoorbeeld dat continue sedatie alleen moet worden toegepast bij een levensverwachting < 2 weken. Bovendien is het goed te beseffen dat psychologische factoren en een euthanasiewens van de patiënt van invloed kunnen zijn op de beslissing van de huisarts om met palliatieve sedatie te beginnen. ■

Marissa Scherptong-Engbers

Blanker MH, et al. Pressure during decision making of continuous sedation in end-of-life situations in Dutch general practice. BMC Fam Pract 2012;13:68. [Epub ahead of print]

Hoge leeftijd nauwelijks geassocieerd met meer doktersbezoek

Op hoge leeftijd zijn er meer kosten voor de gezondheidszorg, omdat ouderdom nu eenmaal komt met gebreken. Toch heb je als huisarts fitte bejaarden in de praktijk waar je nauwelijks omkijken naar hebt. Tot nu toe was weinig bekend over de werkdruk die de individuele oudere teweegbrengt in de huisartsenpraktijk. De Leiden 85-plus-studie bracht dit in kaart.

In dit onderzoek werden ouderen vanaf hun 85e gedurende 5 jaar gevolgd door interviews en analyse van de HIS-registratie van hun huisarts. Vijfentachtig-plussers bleken 5 tot 6 maal per jaar contact met hun huisarts te hebben (mediaan op 85- respectievelijk 90-jarige leeftijd), waarbij de huisarts jaarlijks 90 tot 130 minuten (idem) per oudere investeerde. Per levensjaar nam de contactfrequentie maar heel weinig toe (met 0,25 contact). In de maanden voor overlijden steeg de contactfrequentie echter aanzienlijk: in het jaar voorafgaand aan het overlijden hadden 85-plussers gemiddeld 12 contacten met hun huisarts, waarbij de huisarts gemiddeld bijna 5,5 uur per patiënt investeerde.

Leeftijd *an sich* zegt dus niet zoveel over de werkbelasting voor de huisarts, maar de laatste levensfase des te meer. In de praktijk wisten we dit al: een sterke toename van de zorgvraag bij hoogbejaarden is niet zelden een voorbode van overlijden. ■

Linda Bröker

Blom JW, et al. Proximity to death is associated with frequency of GP contacts in the oldest old: the Leiden 85-plus study. Age Ageing 2012;41:814-7.

Patiënten uit de hel

Terwijl de meeste contacten met patiënten plezierig verlopen, heeft iedere huisarts er ook wel een aantal met wie de omgang problematischer is en die hij, als hij diep in zijn hart zou kijken, het liefst achter het behang zou plakken. Een liefdevolle en tolerante houding naar alle patiënten is weliswaar voor veel artsen het ideaal, maar in de praktijk niet steeds realistisch. Ook in het gewone maatschappelijke verkeer met medemensen klikt het met de een nu eenmaal veel beter dan met de ander. Op *Medscape* verscheen een aardige bijdrage over de omgang met lastige patiënten 'uit de hel'.

Er worden diverse soorten onderscheiden: patiënten met woedeaanvallen, afhankelijke patiënten die voortdurend aandacht en bevestiging nodig hebben, ongeduldige en eisende patiënten, patiënten die halsstarrig adviezen niet opvolgen en patiënten die altijd te laat komen of de rekeningen niet betalen. Vanzelfsprekend behoeft iedere soort zijn eigen aanpak, waarbij de dokter vooral ook zijn eventuele eigen aandeel in de problematiek niet moet vergeten. Voorts is het zaak oog te hebben voor het feit dat veel onbetamelijk gedrag van patiënten voortvloeit uit angst over hun gezondheid of een eigenhandig ondernomen zoektocht naar de beste behandeling. Dat neemt niet weg dat het zaak is de materie helder met de patiënt te bespreken en duidelijk aan te geven waar de grenzen liggen. Het artikel geeft daarvoor een aantal nuttige adviezen. Zo kan de dokter bij boosheid proberen een bondje met de patiënt te creëren om het probleem gezamenlijk op te lossen. Zorg ook voor een setting van gelijkwaardigheid en nabijheid met aandacht voor lichaamshouding en geef de patiënt gelegenheid tot het aantrekken van al zijn kleren. Bij de afhankelijke patiënt is het advies alle rode vlaggen te hijsen als deze de dokter op een voetstuk gaat plaatsen, in de hoop dat de laatste zich gestreeld voelt en nog harder gaat lopen. Het wordt dan tijd uit te leggen dat veelvuldig geroep om aandacht het bijtijds onderkennen van werkelijk belangrijke pathologie eerder belemmert dan bevordert.

En als het allemaal niet helpt? Als *ultimo refugio* resteert dan nog verwijdering van de patiënt uit de praktijk. Ook daarvoor levert het stuk een gedetailleerd recept hoe dat aan te pakken. ■

Tjerk Wiersma

Swift Yasgur B. Treating the 'patient from hell'. Medscape 2012;sep 20. http://www.medscape.com/viewarticle/770948?src=mp

U heeft 1 nieuw bericht: uw HbA1c

De hoeveelheid testuitslagen blijft groeien, vooral door routinemetingen bij chronische aandoeningen. Het kost dagelijks veel tijd om alle uitslagen te bekijken en ook nog te koppelen aan de juiste episode. Zou het niet efficiënt zijn om de uitslag daarna naar de patiënt te e-mailen om zo de dokter en de patiënt een (telefonisch) consult te besparen?

Foto: bloomua/Shutterstock

Dit werd in een Cochrane-review onderzocht. De auteurs zochten naar gecontroleerde trials over effecten van e-mailcommunicatie met patiënten over uitslagen van diagnostisch onderzoek. Het resultaat is beknopt: na lezen van de samenvatting van 32.036 artikelen bleken 0 onderzoeken van toepassing. Er is dus geen bewijs.

Desondanks kan men op basis van gerelateerde literatuur en gezond verstand wel discussiëren over dit e-mailverkeer en gelukkig doen de auteurs dat ook. Argumenten die pleiten voor het mailen van uitslagen zijn: de toegankelijkheid van internet voor bijna iedereen, de vrijheid om op een zelfgekozen plaats en tijd de uitslag te versturen en te bekijken, de mogelijkheid voor de patiënt om de informatie te bewaren, en de tijd die het huisarts en patiënt kan besparen. Sommigen adviseren om alleen uitslagen te mailen die 'goed' zijn, of in elk geval eenduidig en waarbij geen counseling nodig lijkt. Een licht verhoogd PSA lijkt dus niet geschikt. Tegenargumenten zijn: mogelijke verhoging van werkdruk, technische problemen zoals een volle e-mailbox, onveiligheid van e-mailverkeer en fouten bij versturen. Ook is het voor kleine huisartspraktijken bijna onmogelijk om continu toegang te garanderen. De auteurs pleiten voor onderzoek naar dit alles.

Intussen haalt de werkelijkheid ons in en worden e-mailconsulten hier en daar al ingevoerd, aangemoedigd door zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen. Toegang tot het eigen dossier bij chronische ziekten is nu nog toekomstmuziek, maar zou de verantwoordelijkheid meer bij de patiënt leggen en veel van deze e-mails overbodig maken. Misschien geeft dat de huisarts wel meer ruimte. ■

Lidewij Broekhuizen

Meyer B, et al. Mail for communicating results of diagnostic medical investigations to patients (Review). Cochrane Database Syst Rev 2012;8:CD007980.

Kwetsbare ouderen over het huisbezoek

De bulk van het onderzoek naar huisbezoeken gaat over uitkomstmaten als functionaliteit of uitstel van ziekenhuisopname; de resultaten ervan zijn tegenstrijdig. Van Kempen et al. bevroegen elf kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers over hoe zij zelf tegen huisbezoeken aankijken.

In het onderzoek werd een brede definitie van kwetsbaarheid gehanteerd. De steekproef was gericht op het insluiten van ouderen met een verscheidenheid aan gezondheids- en welzijnsproblemen. Bij deze ouderen en hun mantelzorgers werden semigestructureerde interviews afgenomen. Na elf interviews werd informatieverzadiging bereikt.

Zoals u wellicht al vermoedde, gaven ouderen aan huisbezoeken te waarderen. Zij benadrukten vooral het belang van persoonlijke aandacht en aandacht voor hun psychosociaal functioneren tijdens een huisbezoek. Dit zou vertrouwen scheppen en daarnaast de zorgverlener in staat stellen de zorg te bieden die op dat moment voor die persoon nodig is.

Kwetsbare ouderen misten het contact met de huisarts zoals dat vroeger was. Hoewel niet eerste keus, vinden zij de praktijkondersteuner een goed alternatief voor de huisarts.

De aandacht voor het persoonlijke en psychosociale lijkt nog onderbelicht in het huidige onderzoek naar interventies voor kwetsbare ouderen. De auteurs suggereren patiënten te betrekken bij het ontwikkelen van zorgprogramma's voor ouderen. Het lijkt raadzaam om ook het veld te vragen wat hierin wenselijk en haalbaar geacht wordt. Dit is mogelijk gevarieerd en afhankelijk van factoren als setting, praktijkorganisatie en attitude van de arts. ■

Pim van den Dungen

Van Kempen JA, et al. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. Br J Gen Pract 2012;62:e554-60.

Nieuwe sociale visite voor kwetsbare ouderen

In het verleden legden huisartsen sociale visites af bij bepaalde ouderen om ze – onder het mom van bloeddruk meten – in de gaten te houden. Hoewel de meerwaarde van deze bezoeken nooit is aangetoond, meenden huisartsen hier goed aan te doen omdat het 'kwetsbare' ouderen betrof: ouderen met een groter risico op problemen. Inmiddels staan kwetsbare ouderen volop in de belangstelling en bestaan er allerlei nieuwe initiatieven om deze groep ouderen in kaart te brengen en de zorg voor hen te verbeteren. Onderzoekers van VUMC vergeleken vijf verschillende instrumenten. PRISMA-7 is het meest effectief.

De vijf instrumenten waren: klinische beoordeling door de huisarts, polyfarmacie (≥ 5 medicijnen), de Groningen Frailty Indicator (GFI), de PRISMA-7 (lijst met 7 vragen), en zelfbeoordeling door de oudere zelf. De Frieds kwetsbaarheidcriteria en het oordeel van een expertpanel dienden als gouden standaard. De onderzoekers namen de verschillende instrumenten af bij 102 mensen van 65 jaar en ouder. Zij berekenden van de 5 instrumenten de *Area Under the Curve* (AUC). In oplopende volgorde waren de resultaten: polyfarmacie (AUC 0,66), zelfbeoordeelde gezondheid (0,72), GFI (0,73), beoordeling door de huisarts (0,75) en PRISMA-7 (0,82). PRISMA-7 is volgens dit onderzoek het meest adequaat om kwetsbare ouderen te identificeren.

Moeten we nu allemaal dit vragenlijstje gaan gebruiken? Volgens mij kom je daar niet mee uit. Polyfarmacie is in veel gevallen een belangrijke indicator dat er wat aan de hand kan zijn, hoewel dit instrument in dit onderzoek lager scoort. Het oordeel van de huisarts heeft de op één na hoogste score. Bij het in kaart brengen van kwetsbare ouderen kunnen lijstjes helpen, maar net als vroeger blijft het oordeel van de huisarts een belangrijke factor en andere methoden kunnen ook een bijdrage leveren. Het uiteindelijke doel is immers dat u samen met de kwetsbare oudere kijkt hoe u het functioneren, de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven kan verbeteren of zo goed mogelijk kan behouden. ■

Just Eekhof

Hoogendijk EO, et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. Age Ageing 2012 Oct 28. [Epub ahead of print]

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

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

Joke Korevaar, Marianne Heins, Gé Donker, Mieke Rijken, François Schellevis

Oncologie in de huisartsenpraktijk

Samenvatting

Korevaar JC, Heins MJ, Donker GA, Rijken PM, Schellevis FG. Oncologie in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2013;56(1):6-10.

DOEL Kanker komt steeds vaker voor en de behandelingsmogelijkheden worden beter. De huisarts krijgt dus steeds meer mensen in zijn praktijk die in het verleden voor kanker zijn behandeld. Dit artikel geeft een overzicht van de impact van maligne aandoeningen in de huisartsenpraktijk.

METHODE Op basis van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) hebben we de incidentie van de 10 meest voorkomende kankersoorten over de periode 2002-2010 bepaald, alsmede het aantal contacten met de praktijk in de eerste twee jaar na de diagnose. LINH is een landelijk representatief netwerk van 84 huisartsenpraktijken met meer dan 335.000 ingeschreven patiënten.

RESULTATEN In een normpraktijk heeft een huisarts gemiddeld 73 volwassen patiënten bij wie de diagnose kanker minder dan 9 jaar geleden gesteld is. Bij 33 van deze patiënten is de diagnose minder dan 2 jaar geleden gesteld. Patiënten met kanker hebben de eerste 2 jaar na de diagnosestelling gemiddeld 11 contacten per jaar met de huisartsenpraktijk, waarbij het aantal contacten toeneemt met de leeftijd. Twee tot 3 contacten zijn gerelateerd aan de diagnose kanker. Van de overige contacten houden gemiddeld 3 contacten per jaar verband met alledaagse klachten, vindt er minder dan 1 contact plaats vanwege psychosociale problemen en heeft 1 contact te maken met infectieziekten. Ter vergelijking: alle Nederlanders van 18 jaar en ouder hebben gemiddeld 4 contacten per jaar met de huisartsenpraktijk, dus ruim minder dan de helft van het aantal van kankerpatiënten.

CONCLUSIE Gezien de verwachte toename van het aantal patiënten met kanker, gecombineerd met de hogere zorgvraag die deze groep patiënten heeft en de mogelijke verschuiving van de oncologische zorg van de tweede naar de eerste lijn, zullen patiënten met kanker een groter aandeel van de totale huisartsenzorg gaan opeisen. Het is van belang dat alle betrokken partijen tijdig anticiperen op deze groeiende zorgvraag.

INLEIDING

Artsen stellen de diagnose kanker vaak.[1] In 2008 kregen in Nederland zo'n 89.000 patiënten de diagnose kanker.[2] Dit aantal zal de komende jaren verder stijgen – voor 2020 schat men het aantal nieuwe patiënten met kanker op 123.000 per jaar.[3] De afgelopen jaren heeft men de behandelmethoden verbeterd en is de kans op sterfte aan kanker afgenomen. Het percentage patiënten dat 5 jaar na de diagnosestelling nog in leven is steeg van 47% in de periode 1989-1993 tot 59% in de periode 2004-2008.[2] Een groot Europees onderzoek laat eenzelfde trend zien, waarbij de toename in vijfjaarsoverleving het sterkste is voor colonkanker, borstkanker, prostaatkanker, schildklierkanker, de ziekte van Hodgkin en het non-hodgkinlymfoom.[1] Doordat zowel het aantal nieuwe patiënten met kanker, als de overleving na kanker toeneemt, zal de groep patiënten met kanker die na de actieve behandelperiode nog in leven is, de komende jaren dus aanzienlijk in omvang toenemen.

Veel patiënten met kanker ondervinden jaren na de diagnosestelling nog de gevolgen van kanker en/of de behandeling. Vermoeidheid, klachten van het bewegingsapparaat of seksuele problemen komen veel voor bij deze patiënten.[4] Het eerstelijnszorggebruik van deze patiënten is dan ook vaak hoger dan gemiddeld en dat blijft zo tot ten minste 10 jaar na de diagnosestelling.[5]

De huisarts is meestal betrokken bij het diagnostisch traject en ziet dus geregeld nieuwe patiënten met kanker. Als de diagnose eenmaal is gesteld, draagt de huisarts de zorg voor de patiënt deels over aan een medisch specialist. Op het moment dat de behandeling is afgerond, neemt de huisarts de zorg vaak weer (grotendeels) over. Gezien het stijgende aantal patiënten dat kanker heeft of heeft gehad, zal de huisarts steeds vaker met deze patiënten en hun gezondheidsproblemen te maken krijgen.

Wat is bekend?

- Men stelt de diagnose kanker steeds vaker en de overlevingskansen worden steeds hoger.
- Het aantal patiënten in een huisartsenpraktijk die in het verleden een behandeling voor kanker hebben gehad zal hierdoor aanzienlijk gaan toenemen
- Het eerstelijnszorggebruik van deze groep patiënten is vaak hoger dan gemiddeld en blijft ook jaren na de diagnose kanker verhoogd.

Wat is nieuw?

- In een normpraktijk ziet een huisarts 25 nieuwe volwassen patiënten met kanker per jaar. Een normpraktijk heeft gemiddeld 73 volwassen patiënten die 0 tot 9 jaar geleden de diagnose kanker hebben gekregen.
- In de eerste 2 jaar na de diagnose hebben patiënten met kanker 11 contacten met de huisartsenpraktijk, ruim twee keer zoveel als het gemiddeld aantal contacten van alle volwassen Nederlanders.
- Twee tot 3 contacten zijn direct gerelateerd aan kanker. Van de overige contacten houden er gemiddeld 3 verband met alledaagse klachten, 1 contact vindt plaats vanwege infectieziekten en minder dan 1 contact vanwege psychosociale problemen.

NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: J.C. Korevaar, programmaleider Huisartsgeneeskundige zorg; M.J. Heins, onderzoeker; G.A. Donker, projectleider CMR Peilstations; P.M. Rijken, programmaleider Zorgvraag van chronisch zieken & gehandicapten; F.G. Schellevis, hoofd onderzoeksafdeling Huisartsgeneekundige zorg. Afdeling Huisartsgeneeskunde, EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, VU Medisch Centrum, Amsterdam: F.G. Schellevis, Hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: j.korevaar@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Eerder is in de serie over oncologie in dit blad aandacht besteed aan nieuwe ontwikkelingen rond de behandeling van oncologische aandoeningen. Dit artikel geeft een overzicht van de impact van maligne aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Hoe vaak komen verschillende vormen van kanker voor en wat is het bijbehorende zorggebruik in de huisartsenpraktijk in de eerste twee jaar na de diagnosestelling?

METHODE

De cijfers in dit artikel zijn gebaseerd op gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).[6] Dit is een landelijk representatief netwerk van 84 huisartspraktijken met meer dan 335.000 ingeschreven patiënten (juli 2010). Het doel van LINH is het leveren van representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg. Hiervoor maakt men gebruik van geanonimiseerde gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van de deelnemende praktijken. Het gaat hierbij om aantallen contacten, morbiditeit, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. Huisartsen coderen diagnoses volgens de codering van de ICPC (International Classification of Primary Care).[7] Jaarlijks krijgen huisartsen feedback over de door hen geregistreerde gegevens; hiermee kunnen ze hun handelen vergelijken met dat van andere praktijken.

Voor dit onderzoek hebben we de gegevens geselecteerd van patiënten van achttien jaar en ouder die in de periode tussen 2002 en 2010 de diagnose kanker hebben gekregen. Deze diagnose is gebaseerd op de ICPC-codes voor een maligniteit. Neoplasmata van het bewegingsapparaat (L97) hebben we hierbij uitgesloten, omdat het hier om zowel kwaadaardige als goedaardige aandoeningen kan gaan en wij binnen LINH daar geen onderscheid tussen kunnnen maken. De cijfers over zorggebruik betreffen het aantal contacten (consult, telefonisch consult of visite) in het jaar 2010 van patiënten die in de voorafgaande twee jaar de diagnose kanker hebben gekregen.

We beperken dit artikel tot de tien meest voorkomende kankersoorten: huidkanker (ICPC-code S77), borstkanker (X76), colon-/rectumkanker (D75), longkanker (R84), prostaatkanker (Y77), andere/niet-gespecificeerde maligniteit in de spijsverteringsorganen (D77), blaaskanker (U76), andere maligniteit in de geslachtsorganen van de vrouw (X77), maligne lymfoom (B72) en maligniteit met onbekende primaire lokalisatie (A79).

Voor de berekeningen hebben we de patiënten geselecteerd die in het jaar van de diagnosestelling (incidentiecijfers) of in 2010 (zorggebruik) als vaste patiënt in de huisartsenpraktijk waren ingeschreven. Verder hebben we alleen de gegevens van praktijken geselecteerd die in het betreffende jaar (diagnosejaar c.q. 2010) aan de LINH-kwaliteitseisen voldeden, dat wil zeggen (bijna) volledige ICPC-codering van de diagnose op de zogenaamde E-regel en gedurende meer dan 48 weken registreren. De incidentiecijfers uit de periode 2002-2010 hebben we gebaseerd op alle patiënten, totaal ongeveer 600.000 vast ingeschreven patiënten in deze periode. De cijfers over het zorggebruik in 2010 hebben we gebaseerd op patiënten bij wie de diagnose kanker in 2008 tot en met 2010 is gesteld. Dit betrof 4616 patiënten.

De reden van het zorggebruik is geformuleerd op basis van de diagnose (ICPC-code) zoals de huisarts die heeft geregistreerd. Voor de weergave daarvan hebben we de ICPC-codes in ziekteclusters ondergebracht. Deze hebben we deels gebaseerd op de onderverdeling zoals gebruikt bij de Eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk.[8] We hebben deze aangepast door benigne neoplasmata (F74/H75/K72/L71/T73) uit het cluster oncologiegerelateerde problemen te laten. Binnen deze indeling bevindt zich geen cluster psychosociale problemen. Aangezien dit een relevant cluster is voor patiënten met kanker, hebben we dit toegevoegd. Het is gebaseerd op de hoofdstukken P en Z van de ICPC-codering. Het cluster chronische ziekten is beperkt tot vijf aandoeningen: ischemische hartziekte/hartfalen (K74-77), CVA/TIA (K89/90), COPD/astma (R91, R95/96), reumatoïde artritis/artrose (L88-91) en diabetes mellitus (T90).

RESULTATEN

Hoeveel nieuwe patiënten met kanker ziet een huisarts?

In 2010 kregen 13,6 van de 1000 patiënten boven de 18 jaar de diagnose kanker. In een normpraktijk, 2350 patiënten, van wie 1840 van 18 jaar en ouder, heeft een huisarts dus gemiddeld 25 nieuwe volwassen patiënten met kanker per jaar. Dit aantal ligt iets hoger voor vrouwen dan voor mannen (respectievelijk 13 en 12 patiënten per jaar). In [**figuur 1**] is voor de 10 meest voorkomende vormen van kanker het aantal nieuwe gevallen

Abstract

Korevaar JC, Heins MJ, Donker GA, Rijken PM, Schellevis FG. Oncology in general practice. Huisarts Wet 2013;56(1):6-10.

AIM The incidence of cancer is increasing and treatments are getting better. General practitioners are increasingly seeing patients with a history of cancer. This article provides an overview of the impact of malignancy in general practice.

METHOD Using data from the National Information Network of General Practitioners (LINH), we determined the incidence of the 10 most frequently occuring cancers in the period 2002–2010, as well as the number of times patients contacted their general practitioner in the first 2 years after diagnosis. The LINH is a nationally representative network of 84 general practices with more than 335,000 patients.

RESULTS The average general practice had 73 adult patients with cancer diagnosed less than 9 years ago, and in 33 of these patients cancer was diagnosed less than 2 years ago. In the first 2 years after diagnosis, patients made on average 11 visits to their general practitioner annually, and the number of visits increased with age. On an annual basis, two to three visits were associated with the cancer diagnosis, three were associated with common symptoms, one was associated with infections, and less than one with psychosocial problems. For comparison, Dutch adults (> 18 years) saw their general practitioners on average four times a year, less than half the number of times cancer patients did.

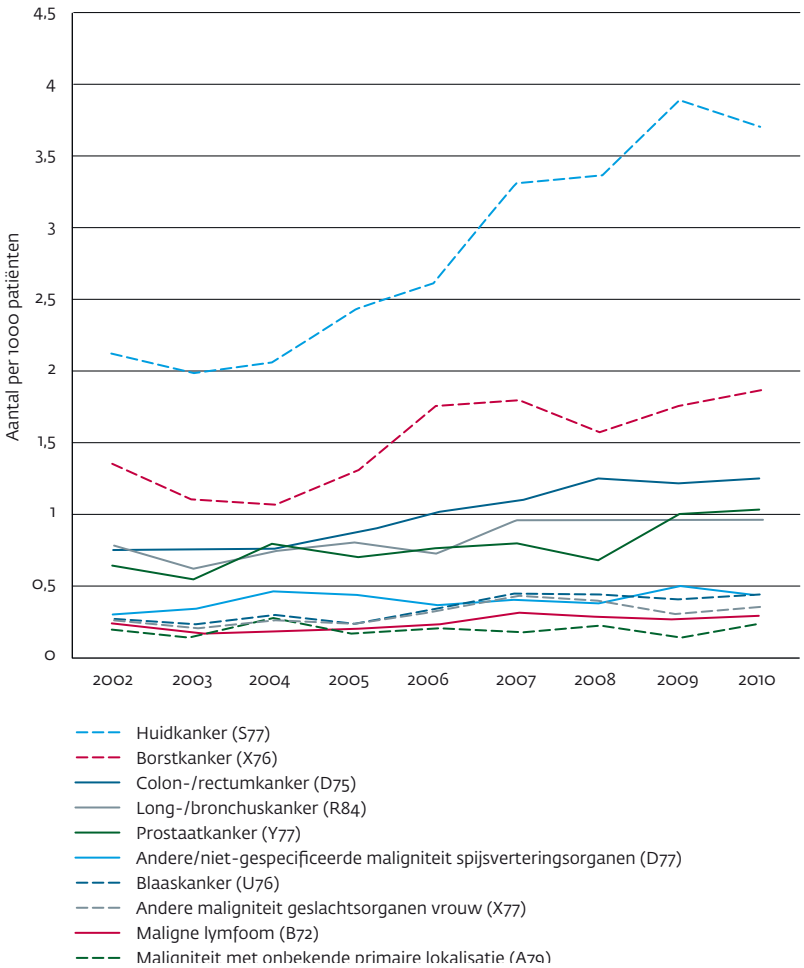
CONCLUSION Given the expected increase in the number of patients with cancer, the greater need for care of these patients, and the potential shift of oncological care from secondary to primary care, patients with cancer will account for an increasing proportion of the workload of general practitioners in the near future. It is important that all those concerned anticipate to the extra demand for care in time.

per jaar weergegeven voor de periode 2002-2010. Huidkanker blijkt in de huisartsenpraktijk het meest voor te komen, gevolgd door borstkanker. Voor bijna alle vormen van kanker is over de jaren een stijging te zien, voor alle vormen tezamen zien we een toename van 50%. Bij huidkanker en colorectaal carcinoom is deze stijging het meest uitgesproken.

Aantal patiënten met kanker in een huisartsenpraktijk

In 2010 waren er per 1000 patiënten 18 die minder dan 2 jaar geleden de diagnose kanker hebben gekregen. Het aantal 'chronische' oncologiepatiënten, dat wil zeggen dat de diagnose kanker langer dan twee jaar geleden gesteld is, ligt hoger. In 2010 waren er per 1000 volwassen patiënten 22 bij wie men 2 tot 9 jaar geleden de diagnose kanker heeft gesteld. Uit eerder onderzoek blijkt dat het zorggebruik tot tien jaar na de diagnosestelling van kanker verhoogd is.[5] Een huisarts heeft gemiddeld zo'n 73 patiënten in de praktijk van 18 jaar en ouder die binnen deze periode (0-9 jaar) vallen, van wie 33 tamelijk recent (tot 2 jaar na het stellen van de diagnose).

Figuur 1 **Top 10 incidenties van maligne aandoeningen bij de huisarts (≥ 18 jaar), per duizend patiënten in de periode 2002-2010**



Tussen haakjes staat de gebruikte ICPC-code.

Contacten van patiënten met kanker met de huisarts

In [**tabel 1**] hebben we voor de 10 meest voorkomende vormen van kanker het gemiddeld aantal contacten met de huisartsenpraktijk in de eerste 2 jaar na de diagnosestelling weergegeven. Het gaat hier om bezoeken aan de praktijk, telefonische consulten en visites door de huisarts. Gemiddeld hebben patiënten met kanker per jaar 11 contacten met de huisartsenpraktijk. Zoals te verwachten neemt het aantal contacten met de huisarts toe met de leeftijd, van 5,8 keer per jaar bij 18- tot 45-jarigen tot 14,7 keer bij 75-plussers.

Vooral in de jongere leeftijdsgroepen blijken patiënten met een maligniteit met onbekende lokalisatie relatief veel zorg te gebruiken en hebben patiënten met huid- of prostaatkanker relatief weinig contact met de huisarts. De verschillen in zorgvraag tussen de verschillende vormen van kanker nemen af naarmate de patiënten ouder zijn op het moment van de diagnosestelling. In de groep patiënten van 75 jaar en ouder is de gemiddelde zorgvraag in de periode tot 2 jaar na de diagnosestelling voor bijna alle vormen van kanker tussen de 11 en 18 contacten per jaar. Dat er grote verschillen zijn tussen patiënten met eenzelfde diagnose is te zien aan de hoge standaarddeviaties, die soms zelfs hoger zijn dan het gemiddelde.

Indien we apart kijken naar mannen en vrouwen, dan zien we een iets hogere zorgvraag bij vrouwen dan bij mannen. Dit is het geval bij bijna alle vormen van kanker en alle leeftijdsgroepen.

In de totale LINH-populatie is het absolute aantal contacten per jaar voor de leeftijdsgroep 18 tot 45 jaar gemiddeld 2,9 per jaar, voor de groep 45 tot 65 jaar 4,2 per jaar, voor 65- tot 75-jarigen 6,2 per jaar, en voor de groep van 75 jaar en ouder 10,1 per jaar. Oncologiepatiënten hebben veel vaker contact met de huisarts – patiënten tussen de 18 en 45 jaar hebben 2 keer zo vaak contact met de praktijk en dit daalt tot 1,5 keer zo vaak voor oncologiepatiënten van 75 jaar of ouder.

Waarvoor komen patiënten met kanker bij de huisarts?

Van de gemiddeld 11 contacten met de huisarts per jaar zijn er 2 tot 3 (25%) direct gerelateerd aan de diagnose kanker. De overige contacten hielden verband met alledaagse klachten (3 contacten, 28%). Minder dan 1 contact per jaar vond plaats vanwege psychosociale klachten en gemiddeld kwamen de patiënten 1 keer per jaar (10%) vanwege infecties. In [**figuur 2**] hebben we de verdeling van het aantal contacten per leeftijdsgroep per ziektecluster weergegeven.

In [**tabel 2**] hebben we in detail weergegeven welke diagnose de huisarts registreerde bij contacten met patiënten met kanker. Dit hebben we beperkt tot de drie meest voorkomende diagnoses voor de niet-kankergerelateerde clusters.

BESCHOUWING

In de periode 2002-2010 is er een forse toename te zien van het aantal volwassen patiënten met kanker. In 2010 heeft een huisarts met een normpraktijk gemiddeld 25 volwassen patiënten die een nieuwe diagnose kanker krijgen, een toe-

name van 50% ten opzichte van 2002. Deze toename kunnen we slechts minimaal verklaren door de lichte stijging van de gemiddelde leeftijd in de praktijken over deze periode, maar betreft een echte groei in het aantal patiënten met kanker. Deze patiënten hebben in de periode tot 2 jaar na de diagnosestelling kanker vaker contact met de huisarts dan de algehele populatie. Een kwart van de contacten was direct gerelateerd aan kanker. Het overgrote merendeel van de contacten betrof alledaagse aandoeningen; 28% hield verband met klachten als hoesten, overmatig cerumen of obstipatie en 10% van de contacten vond plaats vanwege infecties, bijvoorbeeld urineweginfecties, acute bronchitis of verkoudheid.

Patiënten met kanker bevinden zich in de periode tot twee jaar na de diagnosestelling in verschillende fasen van hun ziekte. Een deel van de patiënten zit midden in de actieve behandelperiode in de tweede lijn en komt voor aanvullende zorg bij de huisarts. Een aantal patiënten is, vooral aan het einde van deze twee jaar, aanbeland in de nazorgfase, waarbij de actieve behandelperiode voorbij is. Tot slot bevindt een aantal patiënten met kanker zich in de palliatieve behandelfase. Het is bekend dat patiënten die een palliatieve behandeling krijgen een grotere zorgvraag hebben.[9-10] Het aandeel patiënten in de palliatieve fase in het totaal aan patiënten is echter relatief laag. Daar komt bij dat we de zorgconsumptie per jaar hebben berekend. Hierdoor zullen patiënten die slechts een korte palliatieve periode kennen en tijdens die periode een verhoogde zorgvraag hebben, de gemiddelde zorgconsumptie op jaarbasis nauwelijks veranderen.

Er zijn duidelijke verschillen in de zorgvraag van patiënten met verschillende soorten kanker. Patiënten met huidkanker vragen relatief weinig zorg – vermoedelijk zullen de verschillen tussen patiënten met een basaalcelcarcinoom of melanoom behoorlijk groot zijn. Helaas is dat onderscheid op basis van de LINH-gegevens niet te maken. Patiënten met een maligniteit met onbekende primaire lokalisatie vragen de meeste zorg van de huisarts. Als de oorsprong van een tumor niet (meer) te achterhalen is gaat het mogelijk om kanker in een vergevorderd stadium, wat het hoge zorggebruik kan verklaren.

De reden voor extra contacten met de huisartsenpraktijk is in de periode nul tot twee jaar na de diagnosestelling voor een deel kankergerelateerd. Het overgrote deel heeft betrekking op andere aandoeningen, zoals alledaagse klachten en infectieziekten. Uit eerder onderzoek kwamen andere problemen naar voren, zoals vermoeidheid, klachten aan het bewegingsapparaat of seksuele problemen.[4] Dit verschil kan mogelijk komen doordat beide onderzoeken naar verschillende tijdsperiodes kijken. Stein en collega's onderzochten de periode vanaf vijf jaar na de diagnosestelling en ons onderzoek betreft de periode tot twee jaar na de diagnosestelling. Daarnaast betroffen de klachten in het artikel van Stein zelfgerapporteerde klachten, waarmee patiënten niet noodzakelijkerwijs naar de huisarts gaan.

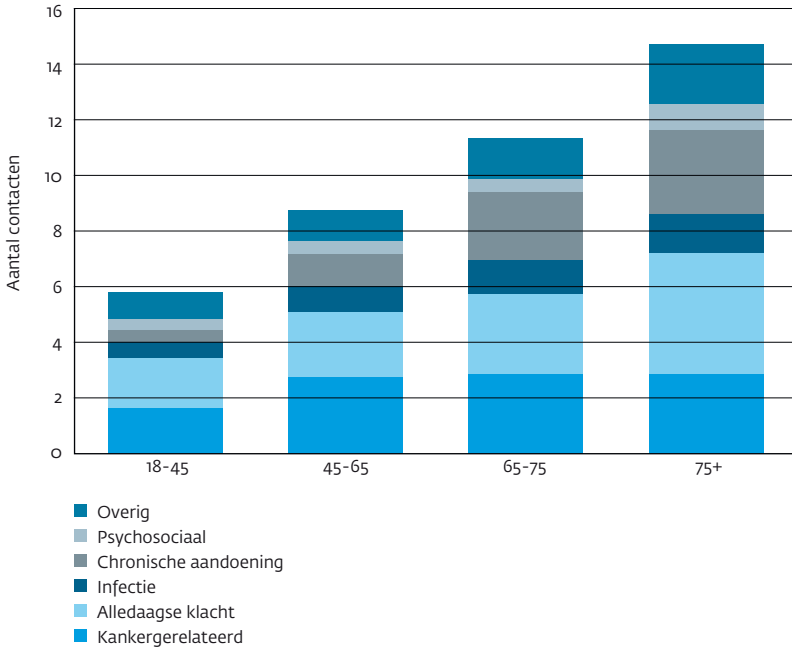
De resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit het EPD van de huisarts. Het doel van het EPD is de zorg te ondersteunen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Gebruik voor wetenschappelijk onderzoek is niet het primaire doel, waardoor er wellicht enige ruis in de resultaten is gekomen. Zo is het mogelijk dat de datum van de diagnosestelling zoals te vinden in het EPD niet de exacte datum van de diagnosestelling is, maar bijvoorbeeld de dag betreft waarop de informatie vanuit het ziekenhuis bij de huisarts aankomt. Ook kan er sprake zijn van een onderrapportage van patiënten die kort na de diagnosestelling overlijden. Misschien neemt de huisarts de diag-

Tabel 1 Gemiddeld aantal contacten per jaar (consult, visite, telefonisch consult) per leeftijdsgroep, in de periode tot twee jaar na de diagnose kanker voor de tien meest voorkomende vormen van kanker

	18-45 jaar	45-65 jaar	65-75 jaar	75+ jaar
	Gem (sd)	Gem (sd)	Gem (sd)	Gem (sd)
Huidkanker (S77)	3,9 (3,8)	5,4 (5,4)	8,1 (7,3)	11,6 (9,7)
Borstkanker (X76)	6,7 (6,4)	7,6 (6,8)	8,7 (7,7)	13,8 (10,5)
Colon-/rectumkanker (D75)	7,0 (10,2)	8,3 (6,2)	12,1 (9,1)	13,8 (11,0)
Long-/bronchuskanker (R84)	7,9 (7,7)	14,3 (11,2)	16,7 (12,8)	16,3 (11,6)
Prostaatkanker (Y77)	4,7 (1,5)	6,9 (7,4)	7,4 (6,1)	12,2 (8,4)
Andere/niet-gespecificeerde maligniteit spijsverteringsorganen (D77)	8,7 (7,3)	10,4 (9,1)	15,4 (13,6)	16,4 (14,3)
Blaaskanker (U76)	8,1 (6,9)	8,3 (7,0)	9,8 (10,0)	14,9 (14,5)
Andere maligniteit geslachtsorganen vrouw (X77)	8,3 (8,9)	7,6 (5,9)	11,0 (8,8)	13,9 (9,1)
Maligne lymfoom (B72)	4,3 (4,4)	7,6 (6,1)	11,3 (9,8)	13,2 (15,7)
Maligniteit met onbekende primaire lokalisatie (A79)	16,5 (23,5)	15,6 (14,2)	21,7 (17,9)	18,6 (13,5)

Tussen haakjes staat de gebruikte ICPC-code.

Figuur 2 Reden voor contact met de huisartsenpraktijk in de periode 0 tot 2 jaar na de diagnose kanker per ziektecluster, in 2010



Tussen haakjes staat de gebruikte ICPC-code.

Tabel 2 **Frequenties van de meest voorkomende diagnose in contacten met de huisartsenpraktijk in de periode tot twee jaar na de diagnose, per ziektecluster, in 2010**

Hoofdgroep	Diagnose	% binnen hoofdgroep
Alledaagse klachten	Hoesten	5,0
	Obstipatie	4,1
	Overmatig cerumen	4,0
Infectieziekten	Urineweginfecties	33,3
	Verkoudheid	7,5
	Acute bronchitis	7,3
Chronische aandoeningen	Hypertensie	34,2
	Diabetes mellitus	26,3
	COPD	10,3
Psychosociaal	Slaapstoornis	14,7
	Depressie	14,0
	Gespannen gevoel	9,6

nose kanker in dat geval niet meer op in het EPD.

CONCLUSIE

Patiënten met kanker vormen een relatief kleine groep patiënten in de huisartsenpraktijk, die een hoge zorgvraag genereert, die tot vele jaren na het stellen van de diagnose kanker blijft bestaan. Gedurende de periode tot twee jaar na de diagnosestelling is de zorgvraag voor een klein deel kankergerelateerd. Het merendeel van de vragen betreft alledaagse klachten en infectieziekten. Gezien de verwachte toename in het aantal patiënten met kanker (vanwege de toegenomen vijfjaarsoverleving), de hogere zorgvraag van patiënten met kanker en de mogelijke verschuiving van de oncologische zorg van de tweede naar de eerste lijn zullen deze patiënten een steeds belangrijker aandeel van de totale huisartsenzorg verlangen.

Aan de grotere zorgvraag van oncologische patiënten kan men alleen voldoen indien er ook voldoende zorgaanbod is, anders gaat het ten koste van de zorg voor deze of andere patiënten. Het is dus van belang dat alle betrokken partijen tijdig anticiperen op deze verhoogde en mogelijk complexere zorgvraag, want het uitbreiden van het zorgaanbod vraagt de nodige tijd en inspanning. Tot de mogelijkheden om het zorgaanbod te vergroten behoren uitbreiding van de capaciteit van de huisartsenopleiding, taakherschikking en/of doorverwijzing naar andere zorgprofessionals in de eerste lijn.[11] Huisartsen moeten vooral nadenken over de rol die de reguliere praktijkondersteuners en de praktijkondersteuners ggz kunnen spelen in de somatische en psychosociale begeleiding van deze groeiende groep patiënten. Daarnaast moeten huisartsen goed toegerust zijn, of worden, om deze specifieke groep patiënten goede zorg en begeleiding te kunnen bieden. De patiënten komen vaker, en dan vooral met alledaagse klachten. Een vraag die een huisarts kan hebben is of hij tijdens consulten voor alledaagse klachten wel of niet de angst moet bespreken dat deze weer met kanker te maken hebben. ■

LITERATUUR

1 Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data. Lancet Oncol 2007:8;784-96.
2 Siesling S, Visser O, Luth TK, Karim-Kos HE, Poll F, Aben KH, et al. Survival of adult cancer patients in the Netherlands increases: 5-year survival increased with 12% between 1989-1993 and 2004-2008. Ned Tijdschr Geneeskd 2011:155;A3169.
3 Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland tot 2020, trends en prognoses. Oisterwijk: VDB Almedeon bv, 2011.
4 Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. Cancer 2008:112;2577-92.
5 Khan NF, Watson E, Rose PW. Primary care consultation behaviours of long-term, adult survivors of cancer in the UK. Br J Gen Pract 2011:61;197-9.
6 Stirbu-Wagner I, Dorsman SA, Visscher S, Davids R, Gravestein JV, Abrahamse H, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ; 2010. http://www.LINH.nl
7 Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. Fam Pract 1992:9;330-9.
8 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
9 Claessen SJ, Echteld MA, Francke AL, Van den Block L, Donker GA, Deliens L. Important treatment aims at the end of life: a nationwide study among GPs. Br J Gen Pract 2011;62:121-6.
10 Meeussen K, Van den Block L, Echteld MA, Boffin N, Bilsen J, Van Casteren V, et al. End-of-life care and circumstances of death in patients dying as a result of cancer in Belgium and the Netherlands: A retrospective comparative study. J Clin Oncol 2011;29:4327-34.
11 Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Oisterwijk: VDB Almedeon bv, 2011.

Arie Knuistingh Neven, Just Eekhof

De opbouw van een onderzoeksartikel

PRAKTIJKPROBLEEM

Het is niet eenvoudig ontwikkelingen bij te houden. Het lezen van onderzoeksartikelen is voor velen een uitdaging. In deze bijdrage laten we zien hoe een onderzoeksartikel is opgebouwd.[1]

ACHTERGROND

Elk onderzoeksverslag is een verantwoording van de onderzoekers: waarom is het onderzoek gedaan, hoe is het gedaan en welke gevolgtrekkingen mogen er op basis van de resultaten worden gemaakt? Een onderzoeksverslag kent een aantal vaste onderdelen: inleiding, methode, resultaten, discussie of beschouwing, samenvatting en literatuur [**tabel**].

UITWERKING

Inleiding: beschrijving van het probleem. De onderzoekers vatten de stand van zaken over het onderwerp samen aan de hand van de literatuur en formuleren de vraagstelling op basis van gesignaleerde lacunes in de huidige kennis.

Methode: bij wie en hoe het onderzoek is uitgevoerd, zodat de lezer kan nagaan of de uitkomsten van het onderzoek ook zouden kunnen gelden voor zijn eigen patiënten.

Eerst beschrijven de onderzoekers de onderzoeksopzet. Is het een experimenteel onderzoek, met een controlegroep, randomisatie, blindering van onderzoeker en patiënten, of een observationeel onderzoek? Ze beschrijven ook in welke setting het onderzoek is uitgevoerd (bijvoorbeeld ziekenhuis/huisartsenpraktijk, al dan niet open populatie) en wanneer dit gebeurde. Vervolgens worden de inclusie- en exclusiecriteria uitgewerkt: welke patiënten werden in het onderzoek opgenomen en welke niet? Daarna komen de gebruikte meetinstrumenten aan de orde, zoals vragenlijsten en laboratoriumbepalingen.

De (primaire) uitkomstmaat is belangrijk; dat is de uitkomst die in het onderzoek centraal staat. Bij vergelijkend onderzoek geven onderzoekers vaak ook aan welk verschil in effect tussen twee behandelingen ze minimaal willen aantonen. Met de uitkomsten van een powerberekening laten de onderzoekers zien hoeveel patiënten (vooraf berekend) ze nodig hebben om de vraag te kunnen beantwoorden. In dit gedeelte beschrijven de onderzoekers ook welke statistische methoden ze hebben gebruikt en welk significantieniveau ze hebben gehanteerd.

Ten slotte wordt vermeld dat er goedkeuring is door een medisch-ethische commissie en dat de proefpersonen toestemming hebben gegeven om aan het onderzoek mee te werken (*informed consent*).

Resultaten: beschrijving van de uiteindelijk geselecteerde groep en van de mensen die wel werden uitgenodigd maar niet meededen (non-responders). Vergelijking van die twee groepen laat zien of er geen onbedoelde selectie plaatsvond. Verder willen we de kenmerken van de (vaak onvermijdelijke) uitvallers weten. Een stroomdiagram waarin de patiëntenstroom van inclusie tot en met de follow-up staat, is zeer verhelderend.

De belangrijkste kenmerken van de deelnemende patiënten staan meestal in de eerste tabel. Daarna presenteren de onderzoekers de resultaten van de primaire en eventuele secundaire uitkomstmaten. Ze vermelden hierbij meestal een betrouwbaarheidsinterval, soms ook de p-waarde, zodat we kunnen nagaan hoe groot de kans is dat de resultaten op toeval berusten. Wanneer er andere variabelen zijn die een onderzochte relatie kunnen verstoren, wordt hier vaak voor gecorrigeerd.

Discussie: kort overzicht van de resultaten. Belangrijk zijn de methodologische beperkingen, de onvermijdelijke zwakke kanten van het onderzoek. Deze dient de lezer te betrekken in zijn beoordeling van de generaliseerbaarheid van de resultaten. Ook sterke kanten kunnen aan bod komen. Gevonden resultaten worden vaak vergeleken met wat er bekend is uit eerder onderzoek om te zien wat dit nieuwe onderzoek toevoegt. De discussie wordt afgesloten met de conclusies, vaak met aanbevelingen voor de praktijk of voor verder onderzoek.

Samenvatting: kort overzicht van achtergrond, vraagstellingen, onderzoeksopzet, belangrijkste resultaten en conclusies.

Literatuur: de publicaties die zijn gebruikt, genoteerd volgens de Vancouver-richtlijnen.

BETEKENIS

Onderzoeksartikelen hebben een vaste structuur, die de lezer helpt om gericht informatie te vinden. ■

LITERATUUR

1 Knuistingh Neven A. De structuur van onderzoekartikelen en enkele daarbij gebruikte methodologische begrippen. Bijblijven 2003;19:25-32.

Tabel De structuur van onderzoeksartikelen

Inleiding	Methoden	Resultaten	Discussie
Achtergrond	Onderzoeksopzet	Respons en uitval	Korte samenvatting belangrijkste resultaten
Probleemstelling	Inclusie- en exclusiecriteria	Kenmerken onderzoekspopulatie	Vergelijking met de literatuur
Doelstelling (relevantie)	Meetinstrumenten	Beschrijvende statistiek	Methodologische beperkingen
Vraagstelling	Uitkomstmaten	Toetsende statistiek	Conclusies en aanbevelingen
	Statistische technieken		
	Medisch-ethische goedkeuring en *informed consent*		

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

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 BC Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur H&W • Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl

Daniëlle Wijshake, Marjan Bruins, Saskia de Vries-van Rossum, Roy Klein Overmeen, Gijs Ruijs

Otitis externa na cerumenlavage

Samenvatting

Wijshake D, Bruins MJ, De Vries-van Rossum SV, Klein Overmeen RGJ, Ruijs GJHM. Otitis externa na cerumenlavage. Huisarts Wet 2013;56(1):12-5.

DOEL In Nederland vinden huisartsen jaarlijks bij ongeveer veertien op duizend patiënten een acute otitis externa, een infectie van de uitwendige gehoorgang. Begin 2010 constateerde een van de auteurs dat enkele patiënten die een cerumenlavage hadden ondergaan na enkele weken met een acute otitis externa in zijn huisartsenpraktijk terugkwamen. Uit uitstrijken die waren afgenomen van het instrumentarium en waren gekweekt op het Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten (LMMI) bleek dat de oorspuit besmet was met *Pseudomonas aeruginosa*. Door middel van een moleculair epidemiologisch onderzoek zijn we nagegaan of er mogelijk overdracht plaatsvindt tussen patiënten door gebruik van besmette instrumenten bij cerumenlavage.

METHODE Bij zeventien huisartsenpraktijken in de regio, de kno-afdeling van de Isala klinieken in Zwolle en de lokale huisartsenpost hebben we uitstrijken afgenomen van het instrumentarium. Wanneer *Pseudomonas aeruginosa* werd gekweekt, voerden we genotypering uit van dit isolaat, samen met bewaarde isolaten van patiënten uit diezelfde praktijk.

RESULTATEN In vier huisartsenpraktijken vonden we een overeenkomst tussen de isolaten uit het instrumentarium en die uit oren van patiënten, of tussen patiënten onderling.

CONCLUSIE Er blijkt overdracht plaats te vinden vanuit het instrumentarium naar het oor van de patiënt. Op basis van deze resultaten hebben we in samenwerking met de afdeling Hygiëne en Infectiepreventie van de Isala klinieken aanbevelingen opgesteld voor huisartsenpraktijken.

INLEIDING

Otitis externa is een infectie van de uitwendige gehoorgang. In de externe gehoorgang bevinden zich klieren die oorsmeer (cerumen) produceren.[1] Cerumen heeft normaal gesproken een pH-waarde van 5,0 tot 5,7, waardoor het een bactericide werking heeft.[2] Het wegvallen van de bescherming door cerumen en/of de intacte huid verhoogt de kans op het krijgen van otitis externa.[3] In huisartsenpraktijken in Nederland vinden huisartsen per jaar bij ongeveer veertien op de duizend patiënten een acute otitis externa. Als verwekker van deze infectie zien we vaak de bacterie *Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa)*.[4]

Begin januari 2010 constateerde een van de auteurs dat enkele patiënten met een acute otitis externa eerder in zijn huisartsenpraktijk een cerumenlavage hadden ondergaan. In alle gevallen was er sprake van een infectie met *P. aeruginosa*. Hierop heeft hij contact gezocht met het Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten (LMMI) van de Isala klinieken in Zwolle. In overleg met het LMMI heeft hij uitstrijken afgenomen van het instrumentarium dat gebruikt is bij een cerumenlavage. Uit de bacteriekweken bleek dat het instrumentarium verontreinigd was met *P. aeruginosa*. Dit deed de vraag rijzen of er sprake kon zijn (*proof of principle*) van kruisbesmetting tussen patiënten – uit één huisartsenpraktijk – met *P. aeruginosa*, door gebruik van besmette instrumenten bij cerumenlavage. Door middel van een moleculair epidemiologisch onderzoek zijn we dit in een aantal huisartsenpraktijken nagegaan.

METHODEN

Vanaf januari 2010 heeft het LMMI alle uit oorkweken geïsoleerde *P. aeruginosa*-stammen bewaard. Dit betrof zowel isolaten die waren gekweekt uit oorkweken van huisartspatiënten, als isolaten afkomstig uit oorkweken die via de kno-afdeling van de Isala klinieken in Zwolle waren ingestuurd. We hebben een aantal huisartsenpraktijken, de kno-afdeling en de huisartsenpost regio Zwolle bezocht om uitstrijken van het instrumentarium af te nemen. Om de kans op overeenkomst tussen de gekweekte *Pseudomonas*-stammen zo groot mogelijk te maken, hebben we huisartsenpraktijken geselecteerd op basis van twee criteria:

- praktijken waarvan recentelijk (oktober 2010 tot en met februari 2011) een of meer ooruitstrijken voor kweek waren ingestuurd, waaruit *P. aeruginosa* is geïsoleerd;
- praktijken met het grootste aantal patiënten met een *P. aeruginosa*-positieve oorkweek (januari 2010 tot en met januari 2011).

Tijdens deze bezoeken hebben we met steriele wattenstokken (Transwab®) een aantal uitstrijken afgenomen van het instrumentarium dat is gebruikt bij het bekijken en uitspuiten van oren. Hiervan hebben we een bacteriekweek uitgevoerd

Wat is bekend?

- *Pseudomonas aeruginosa* is vaak de verwekker van otitis externa.
- Huisartsen diagnosticeren jaarlijks bij veertien van de duizend patiënten een otitis externa.

Wat is nieuw?

- Er blijkt kruisbesmetting plaats te vinden van instrumentarium naar patiënt en vice versa.
- In huisartsenpraktijken is meer aandacht nodig voor het reinigen van het instrumentarium.

Isala klinieken, Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten, Stilobadstraat 3, 8021 AB Zwolle: D. Wijshake, medisch microbiologisch analist; M.J. Bruins, researchmedewerker; dr. G.J.H.M. Ruijs, arts-microbioloog. Afdeling Hygiëne en Infectiepreventie: S.V. de Vries-van Rossum MSc, ziekenhuishygiënist. Amarant Huisartsen, Kampen: R.G.J. Klein Overmeen, huisarts • Correspondentie: m.j.bruins@isala.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

volgens de op het LMMI gebruikelijke werkwijze voor kweek en biochemische identificatie op speciesniveau van geïsoleerde bacteriën.

Als uit de instrumentariumuitstrijken *P. aeruginosa* werd gekweekt, voerden we van dit isolaat een genotypering uit, samen met de overige bewaarde isolaten afkomstig van patiënten uit diezelfde praktijk. Zo konden we op DNA-niveau vaststellen of deze bacteriestammen identiek waren. We gebruikten hiervoor de Diversilab®Pseudomonas kit, behorend tot het Diversilab® genotyperingssysteem (bioMérieux, Marcy L'Etoile, Frankrijk). In dit systeem worden repetitieve DNA-fragmenten van verschillende lengte in het bacteriegenoom door middel van PCR geamplificeerd, waarna een voor iedere stam uniek bandenpatroon ontstaat. De bepalingen voerden we in duplo uit, dat wil zeggen dat we ieder ingevroren isolaat tweemaal aankweekten en van iedere kweek apart DNA verwerkten. Wanneer we tussen isolaten een overeenkomst vonden, stuurden we de isolaten ter bevestiging op naar de afdeling Moleculaire Epidemiologie van het VUMC Amsterdam voor een Amplification Fragment Length Polymorphism (AFLP) typering. Bij AFLP wordt het genoom met behulp van een of meer restrictie-enzymen op specifieke repetitieve plaatsen in stukken geknipt, waardoor na amplificatie van de in lengte variërende DNA-fragmenten een bandenpatroon ontstaat.

Om te onderzoeken of er daadwerkelijk sprake kon zijn van overdracht van *P. aeruginosa* via het instrumentarium hebben we aan de bezochte huisartsenpraktijken gevraagd na te gaan of er gedurende de twee maanden voorafgaand aan de infectie bij de betrokken patiënten met een otitis externa sprake is geweest van een cerumenlavage.

Om inzicht te krijgen in de kans op een otitis externa na cerumenlavage, hebben we retrospectief in een steekproef van honderd willekeurige patiënten uit een aantal huisartsenpraktijken nagegaan of zij binnen een periode van twee maanden na lavage zijn teruggekomen met otitisverschijnselen.

Om een indruk te krijgen van de werkwijze rond oorinspectie en -lavage hebben we de aanwezige huisartsen en doktersassistentes tijdens de praktijkbezoeken een enquête afgenomen over het gebruik en de reiniging van het instrumentarium.

RESULTATEN

Van januari 2010 tot en met februari 2011 hebben we 259 *P. aeruginosa*-isolaten uit oorkweken bewaard. Het betreft 132 isolaten van 101 patiënten uit 44 huisartsenpraktijken, 118 isolaten van 84 patiënten van de kno-afdeling en 9 overige isolaten van 7 patiënten van andere afdelingen binnen de Isala klinieken.

Aan de hand van eerder genoemde criteria hebben we 17 huisartsenpraktijken geselecteerd, waarbij het per praktijk tussen de 2 en 8 *P. aeruginosa*-positieve patiënten betrof (gemiddeld 4 per praktijk). In totaal zijn er in huisartsenpraktijken, kno-afdeling en huisartsenpost 191 uitstrijken van instrumentarium en toebehoren afgenomen, te weten van disposable otoscooptips, de punt van de oorspuit, de binnenkant van

Foto: Muller/Hollandse Hoogte

de oorspuit, het waterbakje waaruit men schoon water opzoog en de afwasborstel waarmee men het instrumentarium schoonmaakte. In totaal isoleerden we 213 bacteriestammen uit de uitstrijken die we hadden afgenomen in de huisartsenpraktijken [**tabel 1**].

In 8 van de 17 bezochte praktijken isoleerden we *P. aeruginosa* uit uitstrijken van het instrumentarium: in 7 praktijken uit onderdelen van oorspuiten (van de binnenkant, van de punt, uit de verbonden waterslang en uit achtergebleven water), in 1 praktijk van de otoscooppunt. Uit genotypering bleek dat in 4 praktijken met een besmette oorspuit een overeenkomst be-

Abstract

Wijshake D, Bruins MJ, De Vries-van Rossum SV, Klein Overmeen RGJ, Ruijs GJHM. Otitis externa after cerumen removal by lavage. Huisarts Wet 2013;56(1):12-5.

BACKGROUND The incidence of acute otitis externa, an infection of the external auditory canal, is approximately 14 per 1000 patients per year in Dutch general practice. In early 2010, one of the authors observed that several patients in his practice had developed otitis externa a few weeks after cerumen had been removed by ear lavage. Bacterial culture of samples taken from the instruments used revealed that an ear syringe was contaminated with Pseudomonas aeruginosa. In this study, it was investigated whether the use of contaminated instruments led to the transmission of bacteria between patients.

METHODS Swabs were taken from the instruments used to examine and clean the outer ear in 17 general practice surgeries, the Otorhinolaryngology Department of the Isala Clinics (Zwolle, the Netherlands), and the Huisartsenpost Zwolle (out-of-hours general practice service). Strains of Pseudomonas aeruginosa cultured from the instruments were genotyped, as were isolates taken from patients from the same general practice.

RESULTS In four general practices, strains isolated from instruments were similar to those isolated from patients, as were strains isolated from different patients from the same practice.

CONCLUSION It would appear that Pseudomonas aeruginosa can be transmitted via lavage instruments to patients. In collaboration with the Department of Hygiene and Infection Control of the Isala Clinics, recommendations have been formulated for the use and cleaning of instruments used for ear lavage in general practice.

Tabel 1 **Stammen geïsoleerd uit uitstrijken uit huisartsenpraktijken**

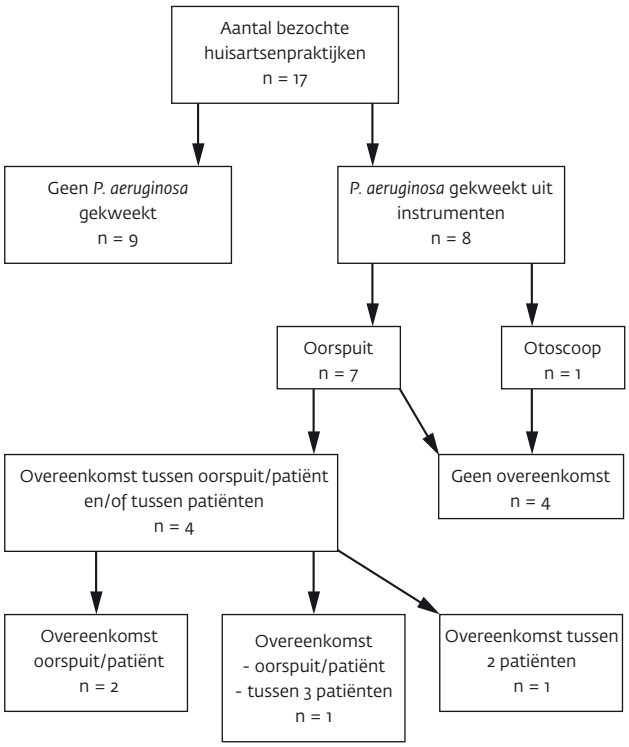
Soort bacterie	n	%
P. aeruginosa	13	6
Gramnegatieve staven anders dan *P. aeruginosa*	131	62
Huidflora	60	28
Grampositieve staven	5	2
Overig	4	2
Totaal	213	100

stond tussen de *P. aeruginosa*-stammen van een patiënt en een oorspuit of tussen verschillende patiënten uit dezelfde praktijk. In 3 praktijken had 1 patiënt dezelfde stam als die uit de oorspuit kwam. In 1 van deze 3 praktijken hadden 3 patiënten dezelfde stam (maar een andere dan uit de oorspuit). In een vierde praktijk was er een overeenkomst tussen 2 patiënten, maar niet met de oorspuit [**figuur**].

In 13 van de 17 bezochte praktijken hebben we bij in totaal 55 patiënten nagegaan of deze voor de otitis externa een cerumenlavage hadden ondergaan. Dit bleek in 11 (20%) van de gevallen zo te zijn. Van deze 11 patiënten toonde genotypering bij twee patiënten een overeenkomst aan tussen oorspuit en patiënt.

Uit de steekproef van 100 patiënten bleek dat er 3 patiënten (95%-BI 0,62-8,52) ná cerumenlavage binnen 2 maanden waren teruggekomen met klachten van een otitis externa. Bij 2 van deze patiënten heeft men helaas geen uitstrijk voor kweek afgenomen. Bij 1 patiënt bij wie wel een kweek is afgenomen is geen *P. aeruginosa* gekweekt.

Figuur **Overeenkomsten tussen stammen in de huisartsenpraktijken**



Tijdens de bezoeken constateerden we dat doktersassistentes meestal geen rekening hielden met de volgorde waarop ze beide oren bekeken en uitspoten (eerst het 'gezonde' oor bekijken en daarna pas het 'zieke' oor). Huisartsen zelf deden dat meestal wel. In veel praktijken gebruikte men de disposable oortips voor otoscopen opnieuw. Daarnaast gebruikte men vaak ongeschikte schoonmaakmiddelen voor reiniging van het instrumentarium (namelijk Hibicet® en Dettol®).

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat het mogelijk is dat een patiënt een otitis externa ontwikkelt ten gevolge van een cerumenlavage die is uitgevoerd met instrumentarium dat niet goed is gereinigd. Huisartsen stellen de diagnose overmatig cerumen of oorsmeer (ICPC H81) jaarlijks 25 keer per 1000 personen van alle leeftijden.[5] Hoewel de kans op een otitis externa na lavage klein is (ongeveer 3%), gebeurt dat (uitgaande van circa 16,5 miljoen inwoners in Nederland) toch bij ongeveer 12.500 patiënten per jaar. Het is aannemelijk dat adequate schoonmaak van het bij cerumenlavage gebruikte instrumentarium deze complicatie vaker zou kunnen voorkomen, uitgaande van het vermoeden dat het overgrote deel van patiënten met overmatig cerumen een lavage zal ondergaan. Dat we bij 2 patiënten uit 2 verschillende praktijken, die binnen 2 maanden voorafgaand aan een otitis externa een cerumenlavage hadden ondergaan een identieke stam isoleerden uit het oor en de oorspuit, mogen we opvallend noemen.

In een andere huisartsenpraktijk troffen we een identieke *P. aeruginosa*-stam aan in oorpus bij een van de patiënten (18-10-2010) en in de uitstrijken van de oorspuit (23-2-2011). Aangezien tussen deze twee bevindingen een interval van vier maanden zit, is het goed mogelijk dat dezelfde stam vaker is overgedragen van de oorspuit naar een patiënt. Dat wij deze stam niet vaker terugvonden bij meer patiënten is verklaarbaar doordat huisartsen niet altijd een uitstrijk afnemen van het oor bij het zien van een otitis externa. Ook kan overdracht van oorspuit naar patiënten hebben plaatsgevonden zonder dat hierbij een infectie is opgetreden.

Voor moleculaire genotypering van de geïsoleerde *P. aeruginosa*-stammen hebben we gebruikgemaakt van een commercieel verkrijgbaar systeem, Diversilab®. Daarvan heeft men in verschillende epidemiologische situaties aangetoond dat het in staat is *P. aeruginosa* betrouwbaar te typeren.[7] Omdat later in 2010 echter een publicatie verscheen waarin de onderzoekers aangaven dat het discriminerend vermogen van de Diversilab® Pseudomonas-kit onvoldoende is,[8] hebben we gekozen voor onafhankelijke bevestiging van de resultaten. De stammen die met Diversilab® overeenkomst vertoonden zijn daarom ter bevestiging met AFLP getypeerd, een techniek die berust op een ander basisprincipe dan Diversilab® en een groter discriminerend vermogen heeft.

Ons onderzoek is het eerste uit de humane geneeskunde over dit onderwerp. Uit onderzoek in de veterinaire praktijk

Tabel 2 Aanbevelingen voor gebruik van de oorspuit

- Let tijdens het bekijken van de oren op de volgorde: eerst het oor zonder klachten, daarna het oor met klachten.
- Reinig de oorspuit na elk gebruik, dus na iedere patiënt, van binnen en buiten.
- Gebruik het juiste reinigingsmiddel voor instrumenten, zoals Sekusept®.
- Maak instrumenten na het reinigen goed droog en desinfecteer met alcohol 70%.
- Raadpleeg de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (www.wip.nl).
- Stel een reinigingsprotocol op voor in de praktijk en neem het bovenstaande daarin op.

blijkt dat oorinstrumentarium na schoonmaak nog steeds gekoloniseerd kan zijn met onder andere *P. aeruginosa*.[6] Wij troffen op het lavage-instrumentarium in huisartsenpraktijken diverse soorten micro-organismen aan [**tabel 1**]. Naast normale huidflora hebben we ook een aantal mogelijke pathogenen aangetroffen, zoals *Escherichia coli*, *Candida parapsilosis*, *Staphylococcus aureus*, *Stenotrophomonas maltophilia* en *Pseudomonas* species anders dan *P. aeruginosa*.

Uit de enquête die we tijdens de bezoeken aan de huisartsenpraktijken afnamen bleek dat doktersassistentes vaak eerst in het zieke oor keken en pas daarna in het oor zonder klachten. Bij deze werkwijze bestaat de kans dat ze pathogene micro-organismen van het zieke naar het gezonde oor overbrengen. Huisartsen houden hier in het algemeen wél rekening mee en gaan er vanuit dat hun doktersassistentes dat ook doen.

Disposable oortips worden vaak schoongemaakt en hergebruikt. Door eventuele beschadigingen is er geen garantie dat de puntjes na reiniging vrij zijn van micro-organismen. We raden hergebruik dan ook af.

In een aantal huisartsenpraktijken gebruikte men Dettol® en Hibicet® voor de reiniging van het instrumentarium. Deze middelen zijn echter bedoeld voor desinfectie van de huid en niet voor de schoonmaak van instrumenten.

Binnen de huisartsenpost en de polikliniek kno leverden de uitstrijken van het instrumentarium geen pathogenen op. Op de kno-afdeling maakt men gebruik van een uitzuigsysteem in plaats van een oorspuit, waardoor er minder kans is op overdracht van micro-organismen door water, dat mogelijk vervuild is geraakt door een vieze oorspuit. Op de huisartsenpost was een oorspuit aanwezig, die men echter nauwelijks gebruikte omdat men het uitspuiten van een oor in het algemeen niet als spoedgeval ziet en daarom zelden op de huisartsenpost uitvoert.

Om de reiniging van het instrumentarium te verbeteren en de kans op overdracht van pathogene micro-organismen te verkleinen, hebben we samen met de afdeling Hygiëne en Infectiepreventie van de Isala klinieken een aantal aanbevelingen opgesteld voor huisartsenpraktijken [**tabel 2**].

Tijdens een eerdere presentatie van de resultaten van dit onderzoek kregen we kritische opmerkingen over de bruikbaarheid van het reinigingsprotocol voor oorspuiten binnen huisartsenpraktijken. Volgens richtlijnen voor infectiepreventie in de huisartsenpraktijk van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) moet men oorspuiten desinfecteren na gebruik bij een patiënt met otitis externa.[9] We beseffen terdege dat de praktische uitvoering hiervan lastig en tijdrovend kan zijn. Een gemakkelijk te reinigen systeem dan wel gebruik van meer oorspuiten (die vanzelfsprekend wel na ieder gebruik gereinigd moeten worden) zou kunnen bijdragen aan het voorkómen van overdracht van pathogene micro-organismen.

CONCLUSIE

Wanneer instrumenten die de huisarts in zijn praktijk gebruikt voor cerumenlavage niet goed worden schoongemaakt, kan dit leiden tot otitis externa doordat pathogene micro-organismen via de instrumenten worden overgebracht. ■

LITERATUUR

1 Klein JO. Otitis externa, otitis media, and mastoiditis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (Eds.), Principles and practice of infectious diseases, 7e druk. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
2 Bongers V, Nauta P, Huizing EH. Kunstoorsmeer en de toepassing ervan na chronische otitis externa. Ned Tijdschr Geneeskd 1990;134:1540-1.
3 YK Ong, G Chee. Infections of the external ear. Ann Acad Med Singapore 2005;34:330-4.
4 Rooijackers-Lemmens E, Van Balen FAM, Opstelten W, Wiersma Tj. NHG-Standaard Otitis externa (eerste herziening), 2006. www.nhg.org.
5 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.
6 Newton HM, Rosenkrantz WS, Muse R, Griffin CE. Evaluation of otoscope cone cleaning and disinfection procedures commonly used in veterinary medical practices: a pilot study. Vet Dermatol 2006;17:147-50.
7 Doléans-Jordheim A, Cournoyer B, Bergeron E, Croizé J, Salord H, André J, et al. Reliability of Pseudomonas aeruginosa semi-automated rep-PCR genotyping in various epidemiological situations. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2009;28:1105-11.
8 Fluit AC, Terlingen AM, Andriessen L, Ikawaty R, Van Mansfeld R, Top J, et al. Evaluation of the Diversilab system for detection of hospital outbreaks of infections by different bacterial species. J Clin Microbiol 2010;48:3979-89.
9 Werkgroep Infectie Preventie. Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk. Richtlijn, 2004. www.wip.nl.

Ellen Stobberingh

Infectiepreventie blijft hoofdzaak

Wijshake et al. beschrijven een overdracht van *Pseudomonas aeruginosa* na cerumenlavage van een waarschijnlijk onvoldoende gereinigde oorspuit naar een patiënt.[1] Bij dit nuttige onderzoek zijn enkele kanttekeningen te plaatsen.

KANS OP BESMETTING

Ten eerste, hoe groot is de kans dat een patiënt een otitis externa met *Pseudomonas aeruginosa* ontwikkelt door onvoldoende reiniging van een instrument? In het onderzoek van Wijshake werden bij 17 geselecteerde huisartsenpraktijken 231 kweken afgenomen. Uit 13 kweken (6%) werd een *Pseudomonas aeruginosa* geïsoleerd en uit 131 kweken (62%) andere gramnegatieven. De *Pseudomaonas aeruginosa*-isolaten waren afkomstig uit 8 praktijken. De onderzoekers vonden in 4 praktijken een overeenkomst tussen patiënt en instrument of tussen patienten onderling en vonden bij 10 isolaten (= 4,6% van het totaal aantal gekweekte micro-organismen) een overeenkomst tussen patiënt en instrument of tussen patiënten onderling. Uitgaande van de 12.500 patiënten die jaarlijks in Nederland een cerumenlavage ondergaan en de 3% die een otitis externa ontwikkelt, zou van hen mogelijk 4,6% een pseudomonasbesmetting (= 17 patiënten) kunnen oplopen door inadequate reiniging. Dit is 0,14% van het totaal aantal patiënten dat jaarlijks een cerumenlavage ondergaat.

Ten tweede lijkt er meer overeenkomst te zijn tussen de isolaten van de patiënten onderling dan tussen de isolaten uit de oorspuit. In slechts 3 praktijken had 1 patiënt dezelfde stam als die uit de gebruikte oorspuit, dit is 1,3% (3/231) van alle afgenomen kweken en 23% (3/13) van de geïsoleerde pseudomonasisolaten uit de 17 geselecteerde praktijken. Landelijk betekent dat geen 0,14% maar 0,03% van het totaal aantal patiënten (= 4) na een cerumenlavage de kans loopt op een pseudomonasinfectie.

In 2 van de geselecteerde praktijken vonden de onderzoekers overeenkomsten tussen de isolaten van de patiënten onderling: in 1 praktijk hadden 3 patiënten en in 1 praktijk 2 patiënten een overeenkomstig isolaat wat niet gelijk was aan het isolaat uit de oorspuit. Van Pseudomonas aeruginosa is bekend dat deze bacterie zich prettig voelt in een vochtige omgeving. Een gemeenschappelijke bron in de betreffende praktijken, anders dan de oorspuit, is derhalve niet uit te sluiten.

Ten slotte nog een opmerking over het onderscheid dat de auteurs maken tussen 'dezelfde' stam en een 'overeenkomst' tussen de stammen. De gebruikte typeringsmethodes zijn zeker 'state of the art' maar het is onduidelijk welke criteria de auteurs hanteren om het onderscheid in 'gelijkheid' en 'overeenkomst' te maken.

RISICOFACTOREN

Hoewel behalve de oorspuit mogelijke andere bronnen ook een rol kunnen spelen bij de gesignaleerde pseudomonasinfecties, wijzen de auteurs terecht op het naleven van de aanbevelingen van de WIP (werkgroep infectiepreventie).[2] Daarnaast is het gebruik van disposabel oortips die niet meer worden hergebruikt zeker een punt van aandacht.

Behalve bovengenoemde preventieve maatregelen is voorkómen van otitis media belangrijk. Zwemmen, het gebruik van wattenstokjes om de oren schoon te maken en oorpeuteren worden algemeen beschouwd als risicofactoren voor otitis externa.[3] De meest voorkomende verwekker is *Pseudomonas aeruginosa*.[4] De antibacteërle activiteit van het cerumen vooral tegen *Staphylococcus epidermidis* en andere grampositieven (onderdeel van de commensale microbiota van de uitwendige gehoorgang) zal daarbij mogelijk een rol spelen. De activiteit tegen *Pseudomonas aeruginosa* en andere gramnegatieven is niet eenduidig, waarschijnlijk door verschillen in gevolgde methodiek.[5-7] Gelet op de antibacteriële activiteit van cerumen wordt het verwijderen van cerumen alleen aangeraden in geval van obstructie.[3]

CONCLUSIE

Samengevat wijst het onderzoek van Wijshake er in ieder geval op dat infectiepreventie niet alleen een zaak is van een ziekenhuis of verpleeghuis maar ook van de huisartsenpraktijk. 'Voorkomen is beter dan genezen' geldt ook in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1 Wijshake D, Bruins M, De Vries van Rossum S, Klein Overmeen R, Ruijs G. Kan cerumenlavage leiden tot otitis externa met Pseudomonas aeruginosa? Huisarts Wet 2013;56:12-5.
2 Werkgroep Infectiepreventie. Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk. Utrecht: WIP, 2009.
3 Nussinovitch M, Rimon A, Volovitz B, Raveh E, Prais D, Amir J. Cotton-tip applicators as a leading cause of otitis externa. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2004; 68:433-5.
4 Rooijackers-Lemmens E, Van Balen F, Opstelten W, Wiersma Tj. NHG-Standaard Otitis externa (eerste herziening), 2006. www.nhg.org.
5 Stroman D, Roland P, Dohar J, Burt W. Microbiology of normal external auditory canal. Laryngoscope 2001;111:2054-9.
6 Pata Y, Ozturk C, Akbas Y, Gorur K, Unal M, Ozcan C. Has cerumen a protective role in recurrent external otitis? Am J Otolaryngol 2003;4:209-12.
7 Lum CL, Jeyanthi S, Prepageran N, Vadivelu J, Raman R. Antibacterial and antifungal properties of human cerumen. J Laryngol Otol 2009;4:375-8.

University Hospital Maastricht, afdeling Medical Microbiology, P.Debeyelaan 25, 6229 HX Maastricht: E. Stobberingh, medisch microbioloog • Correspondentie: e.stobberingh@mumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Vijfjaarsoverleving en screenen

Burgemeester Rudy Giuliani was blij dat hij prostaatkanker kreeg. Althans, hij was blij dat hij het in de Verenigde Staten kreeg. 'Mijn overlevingskans in de Verenigde Staten?' vroeg hij retorisch in een radiospotje in 2007, '82 procent. Mijn overlevingskans in Engeland: 44 procent.'

Die uitspraak kwam hem op vier (uit vijf) pinocchio's te staan van factchecker Michael Dobbs van de *Washington Post*, maar Giuliani had die cijfers natuurlijk niet zelf bedacht. Hij citeerde ze keurig uit een artikel van de arts David Gratzer, gepubliceerd in het tijdschrift van de conservatieve denktank The Manhattan Institute.

De procenten van Giuliani werden onder medisch statistici wereldberoemd – zij zien de denkfout onmiddellijk. Voor gewone dokters is dat echter een stuk moeilijker, zo blijkt uit een aardig, eerder dit jaar gepubliceerd onderzoek onder Amerikaanse artsen.[1]

Voor veel interventies is 'verbetering van de overlevingskansen' een haast vanzelfsprekende maat. Als er met het oude middel dertig procent kans is dat de patiënt na vijf jaar nog in leven is en met het nieuwe vijftig procent, dan zal geen dokter meer het oude medicijn voorschrijven. Het lijkt dan ook logisch de voordelen van bevolkingsonderzoeken eveneens uit te drukken in dit soort grootheden. 'Als we er vroeg bij zijn, is de overlevingskans 90 procent, maar in latere stadia slechts 20 procent.' Met dergelijke cijfers wordt nogal eens een lans gebroken voor screening, maar ze zeggen in feite helemaal niets.

Het eerste probleem is wat medisch statistici de 'lead time bias' noemen. Neem een groep van duizend patiënten die met klachten bij de dokter komt en bij wie prostaatkanker is geconstateerd. Ze zijn, zeg, 67 jaar, en overlijden allemaal binnen drie jaar. Hun vijfjaarsoverleving is 0 procent. Als diezelfde groep zich laat screenen, kan er eerder een diagnose worden gesteld, bijvoorbeeld al op hun zestigste. Er wordt verder niets gedaan, dus ze gaan nog steeds op hun zeventigste dood. De vijfjaarsoverleving is fors toegenomen – tot 100 procent – maar de mannen zijn er niets mee opgeschoten. Ze weten alleen langer dat ze prostaatkanker hebben.

Het is zelfs nog erger, want screening leidt ook tot overdiagnose. Neem weer die eerste groep van 1000 mannen met klachten, en veronderstel dat er na vijf jaar 600 van hen zijn overleden: de vijfjaarsoverleving is 40 procent. Nu komt er een bevolkingsonderzoek. Door screening worden, onherroepelijk, ook gevallen van kanker ontdekt die een man nooit fataal zouden zijn geworden – dat is overdiagnose. Stel dat bij screening 1000 ontdekte gevallen van prostaatkanker in feite overdiagnose zijn, dan zijn er in totaal 2000 mannen met prostaatkanker, van wie er na vijf jaar nog steeds 600 zijn overleden. De totale vijfjaarsoverleving is nu 1400 op de 2000, ofwel 70 procent. Nog steeds is niemand er iets mee opgeschoten, maar de vijfjaarsoverleving is fors verbeterd.

De enig juiste manier om het effect van screening te meten, is de mortaliteit. Hoeveel op duizend mannen overlijden er zonder screening aan prostaatkanker, en hoeveel met screening? Gewoonlijk wordt die mortaliteit gemeten aan de verminderde kans aan de gescreende ziekte te overlijden, maar eigenlijk is het nog beter de totale sterfte te meten.

Begrijpen dokters dit? Nee. Een groep Duitse en Amerikaanse onderzoekers ontwikkelde een kort vragenlijstje over de kwestie, en liet dat meedraaien in een online panel voor Amerikaanse artsen. Vooral huisartsen en internisten werden benaderd, na flink wat tegenslagen kwamen er 412 bruikbare antwoorden binnen.

De onderzoekers legden de artsen twee hypothetische scenario's voor (al ging het eigenlijk over prostaatkanker). 'Screening verhoogt de vijfjaarsoverleving van 68 naar 99 procent – redt screening levens?' Of: 'Screening verlaagt het sterftecijfer van 2 op 1000 naar 1,6 op 1000 – redt screening levens?' En bij beide vragen: 'Hoe groot vindt u de winst?'

Met name huisartsen werden enthousiaster van de irrelevante informatie – de vijfjaarsoverleving – dan van de relevante. Op grond van de overlevingscijfers zou 69 procent van de artsen de screening aanbevelen, op grond van de sterftecijfers 23 procent ($p < 0{,}001$). Rond de tachtig procent van de artsen was van mening dat beide cijfers bewijzen dat screening zin heeft, en de helft meende dat het opsporen van meer gevallen van kanker 'aantoont dat screening werkt'.

Giuliani's overlevingskans – als hij dankzij screening de diagnose prostaatkanker heeft gekregen – was in Amerika in feite nog groter dan hij aannam: de hierboven genoemde 99 procent. Tenzij hij natuurlijk behoort tot de groep van de overdiagnoses: dan is zijn vijfjaarsoverleving al gauw 100 procent. Geen patiënt is zo goed te helpen als een gezonde patiënt, en geen onderzoek is zo goed in het opsporen van gezonde patiënten als het bevolkingsonderzoek. ■

Hans van Maanen

1 Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. Ann Intern Med 2012;156:340-9.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

Frans Rutten, Wendelien Heddema, Gerard Daggelders, Arno Hoes

Het laatste jaar van patiënten met hartfalen

Samenvatting

Rutten FH, Heddema WS, Daggelders GJ, Hoes AW. Het laatste jaar van patiënten met hartfalen. Huisarts Wet 2013;56(1):18-21.

DOEL Onderzoek naar het beleid bij patiënten met hartfalen in hun laatste levensjaar.

METHODE Wij voerden een retrospectief dossieronderzoek uit in 23 Nederlandse huisartsenpraktijken. Aan de hand van elektronische medische dossiers van 399 patiënten met de diagnose hartfalen die overleden tussen 2001 en 2007 brachten wij de behandeling en zorg in het laatste levensjaar in beeld.

RESULTATEN De gemiddelde leeftijd bij overlijden was 82,3 jaar (SD 8,8), de gemiddelde tijd tussen diagnose en overlijden was 48 maanden (van 3 tot 285 maanden). Van de onderzochte populatie overleed 33,3% thuis, 32,6% in een ziekenhuis, 22,6% in een verzorgingshuis en 11,5% in een verpleeghuis of hospice. De doodsoorzaak was bij 27,8% plotse hartdood, bij 23,1% progressief hartfalen en bij 49,1% niet-cardiaal. In het laatste levensjaar bezochten de patiënten gemiddeld 0,4 maal een cardiologische polikliniek en legde de huisarts gemiddeld 12,1 bezoeken af (van 0 tot 53). Tegen het einde van het leven kreeg 35% van de patiënten opiaten toegediend, 7% haloperidol, en 5% diuretica intraveneus.

CONCLUSIE Een minderheid van de patiënten met vergevorderd hartfalen maakt een duidelijke terminale fase door. De meerderheid overlijdt eerder met dan door hartfalen. In het laatste levensjaar levert de huisarts meer medische zorg dan de cardioloog.

INLEIDING

Hartfalen is een chronische progressieve ziekte die gepaard gaat met een hoge morbiditeit en mortaliteit.[1] De meerderheid van de patiënten heeft multimorbiditeit en een onzeker ziektebeloop met acute exacerbaties.[2] De gebruikelijke behandeling bij hartfalen – althans bij hartfalen met een verminderde linkerventrikelejectiefractie – bestaat uit angiotensineconverterendenzymremmers (ACE-remmers) of angiotensinereceptorblokkers (ARB's) wanneer de patiënt geen ACE-remmers verdraagt, aangevuld met bètablokkers en aldosteronantagonisten bovenop diuretica.[1]

Het ziektebeloop in het laatste levensjaar is onzeker, met vaak plotse, ernstige exacerbaties tijdens welke het risico op overlijden groot is.[3,4] Naarmate de ziekte voortschrijdt moet de medicatie steeds vaker worden aangepast om klachten te verlichten en veranderingen in de bloeddruk te reguleren. Ook veranderende kaliumspiegels en achteruitgang van de nierfunctie vergen vaak aanpassing van de medicatie. Als behandelaar manoeuvreert men tussen de smalle marges van overvulling en onderperfusie bij de patiënt.[2] Als dat mogelijk is, continueert men de gebruikelijke medicatie tot het levenseinde om de klachten te verlichten, maar bij dalende bloeddruk of verslechterende nierfunctie moet de medicatie worden geminderd of zelfs gestopt.[2]

De cardiovasculaire en palliatieve behandelopties in de laatste levensfase van patiënten met vergevorderd hartfalen zijn onderbelicht in de literatuur.[1] De praktijkonderzoeken die zich op de palliatieve zorg richtten, waren tot nog toe veelal kwalitatief.[5-10] Een van de weinige kwantitatieve onderzoeken liet zien dat patiënten met hartfalen vaak multimorbiditeit hadden en dat velen van hen geen terminale fase doormaakten, maar dat het overlijden plotseling kwam of het gevolg was van een maligniteit.[11]

Wij onderzochten het beleid bij patiënten met hartfalen in hun laatste levensjaar, en vergeleken de groep die alleen door de huisarts werd behandeld met de groep die (mede) behandeld werd door de cardioloog.

METHODE

Wij selecteerden patiënten met de diagnose hartfalen uit de centrale, geanonimiseerde database van het Huisartsen Netwerk Utrecht (HNU). Deze database omvat een dynamisch cohort van grofweg 60.000 mensen, van wie alle patiëntcontacten worden geregistreerd in een elektronisch medisch

Wat is bekend?

- Het ziektebeloop bij hartfalen is grillig en gaat gepaard met exacerbaties.
- Plotse hartdood en progressief hartfalen zijn belangrijke doodsoorzaken.
- In tegenstelling tot kanker ontbreekt bij hartfalen veelal een laatste fase met bedlegerigheid.
- Tot het laatst is tegen hartfalen gerichte medicatie nodig.

Wat is nieuw?

- De huisarts levert in het laatste levensjaar meer zorg dan de cardioloog.
- Een duidelijke terminale fase treedt slechts bij een minderheid op.
- Als patiënten in het ziekenhuis overlijden, is dat vaak op een niet-cardiologische afdeling.
- Patiënten in de terminale fase krijgen weinig intraveneus diureticum en weinig palliatieve medicatie.
- Mede vanwege multimorbiditeit sterven veel patiënten eerder *met* dan *door* hartfalen.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Stratenum 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. F.H. Rutten, huisarts-onderzoeker; W.S. Heddema, huisarts; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar Klinische epidemiologie en huisartsgeneeskunde. Gezondheidscentrum De Bilt, huisartsenpraktijk de Essenkamp: G.J.A. Daggelders, huisarts • Correspondentie: F.H.Rutten@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een vertaling van: Rutten FH, Heddema WS, Daggelders GJ, Hoes AW. Primary care patients with heart failure in the last year of their life. Fam Pract 2012;29(1):36-42. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever. De gegevens van patiënten werden voorafgaand aan de analyse geanonimiseerd en het onderzoek werd uitgevoerd conform de geldende richtlijnen en de Wet bescherming persoonsgegevens.

dossier (EMD), samen met de klachtencode volgens de International Classification of Primary Care (ICPC-2). Deze dossiers bevatten ook alle patiëntcontacten buiten kantooruren en brieven van specialisten met informatie over ziekenhuisopnames en poliklinische bevindingen, inclusief ICPC-code. De medicatievoorschriften worden geregistreerd conform de Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC). Van alle patiënten, inclusief degenen die verhuisden naar een verpleeghuis of hospice, verzamelden wij de gegevens betreffende het overlijden.

Wij vonden in deze database 407 patiënten met een diagnose hartfalen (ICPC-2-code K77) die waren overleden tussen 2001 en 2006. Het EMD van deze patiënten plozen wij na vanaf de datum van eerste diagnose, die vóór 2001 kon liggen. De diagnose kon door de huisarts of cardioloog zijn gesteld. Acht (2%) patiënten werden uitgesloten wegens onvoldoende gegevens omdat hun EMD voor langere tijd was overhandigd aan de arts Ouderengeneeskunde van het verpleeghuis of hospice. De locatie en wijze van overlijden haalden wij uit de informatie in het EMD, evenals gegevens over comorbiditeit, aantal visites, ziekenhuisopnames, polikliniekbezoeken en medicatiegebruik in het laatste jaar voor overlijden.

Wij berekenden de tijdsintervallen aan de hand van de leeftijd ten tijde van de diagnose, de leeftijd bij overlijden en de data van diagnose en overlijden. Bij de vergelijking tussen groepen gebruikten wij de chikwadraattest voor proportionele en de Student T-test voor continue variabelen. We gebruikten SPSS 16.0 voor de statistische analyses.

RESULTATEN

Algemene karakteristieken

[**Tabel 1**] toont de karakteristieken van de 399 geïncludeerde patiënten met hartfalen. Ruim de helft (51,1%) was vrouw. De gemiddelde leeftijd was 78,3 (SD 9,1) jaar op het moment dat de diagnose werd gesteld en 82,3 (SD 8,8) jaar bij overlijden. De gemiddelde leeftijd van de mannen op het moment van de diagnose was 76,0 jaar, van de vrouwen 80,5 jaar. Zowel mannen als vrouwen overleden ongeveer vier jaar nadat de diagnose was gesteld. Bij 259 (64,9%) patiënten stelde een cardioloog de diagnose, en bij 140 (35,1%) was dat de huisarts. In totaal 283 (70,7%) patiënten consulteerden een cardioloog tussen diagnosestelling en overlijden, 100 (25,1%) patiënten deden dat in het laatste levensjaar. Patiënten die in het laatste levensjaar (mede) behandeld werden door een cardioloog waren gemiddeld 6,2 jaar jonger en vaker man (59,0% man versus 45,5% vrouw) dan degenen die alleen door de huisarts werden behandeld.

Comorbiditeit, medicatie en wijze van overlijden

Patiënten hadden gemiddeld genomen 4,7 comorbide aandoeningen. Vooral COPD (35,1%), anemie (25,8%) en kanker (29,5%) waren vaak voorkomende niet-cardiale aandoeningen.

Patiënten gebruikten gemiddeld drie soorten hartfalenmedicijnen in hun laatste jaar. Bijna iedereen gebruikte diuretica (93%), hoofdzakelijk furosemide (84%). Degenen die ook door een cardioloog werden behandeld gebruikten meer cardiovasculaire middelen dan de 'huisartsengroep' [**tabel 1**].

Tabel 1 **Kenmerken van 399 patiënten met hartfalen in hun laatste levensjaar**

Kenmerken	Alle patiënten (n = 399)	Alleen door de huisarts behandeld (n = 299)	Cardioloog bij de behandeling betrokken (n = 100)
Gemiddelde leeftijd bij diagnose in jaren [SD]	78,3 jaar [9,1]	80,0 jaar [8,6]	73,4 jaar [8,5]
Gemiddelde leeftijd bij overlijden in jaren [SD]	82,3 jaar [8,8]	83,8 jaar [8,3]	77,6 jaar [8,6]
Gemiddelde tijd tussen diagnose en overlijden [SD]	48 maanden [6]	46 maanden [5]	50 maanden [7]
Vrouw	51,1%	54,5%	41%
Comorbiditeit:			
▪ atriumfibrilleren	43,6%	45%	40%
▪ angina pectoris	31,8%	27%	46%
▪ myocardinfarct	25,6%	20%	41%
▪ hartkleplijden	24,1%	20%	36%
▪ CVA	24,1%	25%	20%
▪ hypertensie	48,1%	47%	50%
▪ diabetes mellitus	25,1%	21%	38%
▪ COPD	35,1%	36%	32%
▪ maligniteit	29,5%	31%	24%
▪ anemie	25,8%	28%	19%
Medicatie:			
▪ furosemide	83,7%	84%	84%
▪ andere diuretica	31,8%	31%	33%
▪ aldosteronantagonisten	27,3%	21%	46%
▪ ACE-remmers	46,6%	40%	65%
▪ ARB's	7,8%	7%	11%
▪ bètablokkers	33,6%	27%	54%
▪ hartglycosiden	32,8%	31%	38%
▪ nitraten	31,8%	28%	43%

ACE = angiotensineconverterend enzym. ARB = angiotensinereceptorblokker. COPD = chronische obstructieve longziekte. CVA = cerebrovasculair accident. SD = standaarddeviatie.

De meerderheid van de patiënten overleed thuis (33,3%) of in het verzorgingshuis (22,6%). Acht procent overleed in het verpleeghuis en 2,5% in een hospice. In totaal 33% overleed in het ziekenhuis, na een gemiddeld verblijf van 11,3 dagen: 6% op de cardiologieafdeling, 7% op de afdeling interne, 7% op de longafdeling en 13% op andere afdelingen.

De oorzaak van overlijden was bij 23,1% progressief hartfalen en bij 27,8% plotse hartdood (inclusief longembolie). In de overige 49,1% van de gevallen werd een niet-cardiale doodsoorzaak vastgesteld. Zes patiënten in deze laatste groep (1,5% van het totaal) stierven een niet-natuurlijke dood door euthanasie; vier van hen hadden tevens terminale kanker.

Zorg in het laatste levensjaar

Gedurende de laatste twaalf maanden van hun leven kregen de patiënten gemiddeld 12,1 maal (variërend van 0 tot 53) bezoek van de huisarts thuis of in het verzorgingshuis, en bezochten zij 0,42 keer de cardiologische polikliniek [**tabel 2**]. In totaal 62% van de patiënten werd in het laatste levensjaar minstens éénmaal in het ziekenhuis opgenomen.

In de laatste drie levensmaanden kreeg 4,8% van de patiënten thuis of in het verzorgingshuis bolusgewijze diuretica

Tabel 2 **Medische zorg gedurende het laatste jaar voor overlijden en wijze van overlijden**

	Alle patiënten (n = 399)	Alleen door de huisarts behandeld (n = 299)	Cardioloog bij de behandeling betrokken (n = 100)
Gemiddeld aantal huisbezoeken door de huisarts	12,1	12,2	11,9
Gemiddeld aantal bezoeken aan de cardiale polikliniek	0,42	0,0	1,7
Gemiddeld aantal bezoeken aan een (willekeurige) polikliniek	2,0	1,9	2,4
Gemiddeld aantal ziekenhuisopnames	1,0	0,9	1,5
Palliatieve behandeling:			
■ opiaten	35,1%	35,5%	34,0%
■ morfine subcutaan	7,8%	8,0%	7,0%
■ haloperidol	7,0%	7,4%	6,0%
■ zuurstof	6,8%	6,4%	8,0%
■ benzodiazepines	44,6%	45,8%	41,0%
■ SSRI's	7,0%	6,7%	8,0%
■ diuretica intraveneus	4,8%	4,0%	7,0%
Wijze van overlijden:			
■ plotse hartdood	27,8%	24,7%	37,0%
■ progressief hartfalen	23,1%	23,1%	23,0%
■ andere oorzaken	49,1%	52,2%	40,0%
– pulmonaal	13,0%	14,7%	8,0%
– cerebraal	6,8%	7,4%	5,0%
– maligniteit	18,5%	19,6%	15,0%
– overig	4,6%	3,5%	8,0%
– onbekend	6,3%	7,0%	4,0%

SSRI = selectieve serotonineheropnameremmers.

intraveneus. Eenderde (35%) kreeg opiaten, bij 8% gebeurde dat subcutaan. Bijna de helft (45%) gebruikte een benzodiazepine en 7% een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI). Niemand gebruikte tricyclische antidepressiva.

Bij de subgroepanalyses bleek dat de 92 patiënten (23,1%) die overleden aan progressief hartfalen een vergelijkbare palliatieve behandeling kregen als de totale groep van 399 patiënten, met als uitzondering dat iets meer van hen (45,7%) opiaten gebruikten. Ook de 118 patiënten (29,5%) die tevens een maligniteit hadden, gebruikten vaker opiaten (46,2%) dan de gehele populatie. Patiënten in deze subgroep overleden minder vaak door plotse (hart)dood (15,4%) of progressief hartfalen (17,1%), maar vaker door andere oorzaken, inclusief de maligniteit zelf (67,5%). Zij overleden in het algemeen wel weer op dezelfde plaats (thuis, verzorgings- of verpleeghuis, hospice, ziekenhuis) als de totale groep.

BESCHOUWING

Dit is het eerste onderzoek met uitgebreide kwantitatieve gegevens over het laatste levensjaar van patiënten met hartfalen. Deze patiënten worden voornamelijk door de huisarts begeleid en in veel mindere mate door de cardioloog. Onze onderzoekspopulatie kreeg relatief weinig typisch palliatieve medicatie, en ook speciale cardiale behandelingen voor eindstadium hartfalen, zoals devices (ICD, biventriculaire pacemaker) of intraveneuze diuretica, werden nauwelijks gebruikt.[12] Het hartfalen ging gepaard met veel comorbiditeit en een groot deel van de patiënten leek eerder *met* hartfalen te sterven dan *door* hartfalen.

Bijna eenderde van de populatie (29,6%) had ook een maligniteit. Deze patiënten kregen meer palliatieve medicatie en overleden minder vaak aan plotse hartdood of progressief hartfalen dan de totale groep. Zij overleden wel even vaak in een instelling zoals een hospice of een verpleeg-, verzorgings- of ziekenhuis.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt is het gebruik van longitudinale gegevens over een heel jaar uit een representatieve steekproef van *alle* patiënten met hartfalen. De deelnemende huisartsenpraktijken zijn qua leeftijdsverdeling representatief voor heel Nederland. Mogelijk zijn enkele patiënten verkeerd geclassificeerd.

Vergelijking met bestaande literatuur

Een eerder onderzoek in drie Engelse huisartsenpraktijken vond vergelijkbare doodsoorzaken als het onze.[11] In vergelijking met de CBS-gegevens over de totale Nederlandse populatie 80-plussers overleden in ons onderzoek iets meer mensen in het ziekenhuis (32,6 versus 25%) of thuis (33,3 versus 20%), en duidelijk minder in een verzorgings- of verpleeghuis (30,9 versus 55%). De gemiddelde leeftijd bij overlijden in onze onderzoekspopulatie was 82,8 jaar, een stuk hoger dan het Nederlandse gemiddelde, dat in 2005 73,0 jaar bedroeg voor mannen en 78,7 jaar voor vrouwen. Dit onderstreept nog eens dat hartfalen epidemiologisch gerelateerd is aan veroudering.

In dit onderzoek hebben we niet alle aspecten van palliatieve zorg kunnen beoordelen. Wel lijkt het erop dat hartfalenpatiënten relatief weinig palliatieve medicatie krijgen. Omdat we niet weten of patiënten of hun familie vonden dat de klachten adequaat werden verlicht, kunnen we niet aangeven of de verleende zorg in ons onderzoek al dan niet voldoende was.[1,3,12] Wel denken we dat huisartsen, met hun holistische benadering die ook ruimte biedt aan psychologische, sociale en spirituele aspecten, de zorg voor patiënten met vergevorderd hartfalen en hun familie nog verder kunnen verbeteren als zij gaan samenwerken met cardiologen, hartfalenverpleegkundigen en mogelijk een palliatief team.[10,12-14] Het gebrek aan gecoördineerde zorg voor hartfalenpatiënten is zeker niet uniek voor Nederland, maar speelt in veel Europese landen.[2]

Klinische implicaties en toekomstig onderzoek

Onze resultaten kunnen een basis vormen voor nieuwe werkwijzen om aan de groeiende zorgvraag in verband met hartfalen te voldoen. Speciale aandacht voor multimorbiditeit en fragiliteit bij de oudere patiënt met hartfalen is hierbij cruciaal.

CONCLUSIE

Slechts een minderheid van de patiënten met vergevorderd hartfalen maakt een duidelijke terminale fase door, die eindigt met overlijden door progressief hartfalen. Bij de meeste patiënten is het beloop van de ziekte onzeker en kan het leven op andere manieren eindigen. De cardioloog levert in het

Foto: Roel Visser/Hollandse Hoogte

laatste levensjaar relatief weinig input, en typisch palliatieve medicatie wordt weinig gebruikt. Een holistische, individuele benadering met oog voor comorbiditeit en fragiliteit, en goede afstemming tussen de eerste en de tweede lijn is noodzakelijk om adequaat voor deze patiënten te zorgen.

DANKBETUIGING

We willen de huisartsen verbonden aan het Huisartsen Netwerk Utrecht (HNU) en hun assistentes bedanken voor hun bijdrage, met name de praktijken De Angstel (Breukelen), De Essenkamp (De Bilt), Bosboomstraat en Oog in Al (Utrecht), Mondriaanlaan (Nieuwegein), De Grebbe en Nieuw Rhenen (Rhenen). ■

LITERATUUR

1 Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J 2008;29:2388-442.

2 Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2009;11:433-43.

3 Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ 2005;330:1007-11.

4 Gott M, Barnes S, Parker C, Payne S, Seamark D, Gariballa S, et al. Dying trajectories in heart failure. Palliat Med 2007;21:95-9.

5 Johnson MJ. Management of end stage cardiac failure. Postgrad Med J 2007;83:395-401.

6 Stuart B. Palliative care and hospice in advanced heart failure. J Palliat Med 2007;10:210-28.

7 Selman L, Harding R, Beynon T, Hodson F, Coady E, Hazeldine C, et al. Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: 'Let's hope it'll get better, when I know in my heart of hearts it won't'. Heart 2007;93:963-7.

8 Boyd KJ, Murray SA, Kendall M, Worth A, Frederick BT, Clausen H. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. Eur J Heart Fail 2004;6:585-91.

9 Hanratty B, Hibbert D, Mair F, May C, Ward C, Capewell S, et al. Doctors' perceptions of palliative care for heart failure: focus group study. BMJ 2002; 325:581-5.

10 Murray SA, Boyd K, Kendall M, Worth A, Benton TF, Clausen H. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. BMJ 2002;325:9.

11 Seamark DA, Ryan M, Smallwood N, Gilbert J. Deaths from heart failure in general practice: implications for palliative care. Palliative Medicine 2002; 16:495-8.

12 Metra M, Ponikowski P, Dickstein K, McMurray JJ, Gavazzi A, Bergh CH, et al. Advanced chronic heart failure: A position statement from the Study Group on Advanced Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2007;9:684-94.

13 Thompson DR. Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure. Heart 2007;93:901-2.

14 Shipman C, Gysels M, White P, Worth A, Murray SA, Barclay S, et al. Improving generalist end of life care: national consultation with practitioners, commissioners, academics, and service user groups. BMJ 2008;337:a1720.

Charles Helsper

Hepatitis C – opsporing verzocht

Samenvatting

Helsper CW. Hepatitis C – opsporing verzocht. Huisarts Wet 2013; 56(1):22-5.

Een infectie met het hepatitis-C-virus verloopt meestal lange tijd symptoomloos, maar kan levensbedreigende gevolgen hebben. De diagnostiek is daarom niet gebaseerd op het herkennen van symptomen maar op het testen van risicogroepen. Huisartsen spelen hierbij een belangrijke rol, omdat zij vaak de beste inschatting kunnen maken van een gelopen risico. Er zijn steeds meer mogelijkheden om de infectie te behandelen, maar de keuze hangt af van uiteenlopende factoren. Daarom heeft een patiënt bij wie hepatitis C wordt vastgesteld vrijwel altijd baat bij een verwijzing naar de tweede lijn.

HET PROBLEEM

De laatste tijd komt hepatitis C steeds vaker voorbij in vakbladen en in het nieuws. Dit is niet alleen het gevolg van de persoonlijke en maatschappelijke consequenties van besmetting met het hepatitis-C-virus, maar komt ook doordat de ziekte steeds beter behandelbaar is.

Wereldwijd zijn 170 miljoen mensen drager van het hepatitis-C-virus, een prevalentie van 3%.[1,2] In Nederland, met naar schatting 38.800 dragers van 15 tot 79 jaar, is de prevalentie veel lager: 0,3%. De prevalentie is het hoogst in stedelijk gebied (0,6%)[3] en onder immigranten die in risicogebieden geboren zijn (gemiddeld iets hoger dan 2%).[4] De prevalentie onder 'geboren Nederlanders' ligt rond de 0,2%.

Het getal 0,3% klinkt laag, maar komt er toch op neer dat in iedere huisartsenpraktijk ongeveer acht hepatitis-C-dragers staan ingeschreven. Dit zijn mensen die ooit besmet zijn geweest (anti-HCV-positief, hierover later meer).

De kans op chronische infectie na een besmetting met hepatitis C is ongeveer 75%. Als er klaring plaatsvindt, is dat meestal in de eerste zes maanden na infectie.[5] Van de chronische hepatitis-C-patiënten zal 20-30% levercirrose ontwikkelen, en dit zal jaarlijks bij 1-5% leiden tot hepatocellulair carcinoom.[6] Hepatitis C is daarmee verantwoordelijk voor meer dan de helft van de levercarcinomen en tweederde van de levertransplantaties in de wereld.[7] Om deze ernstige persoonlijke en maatschappelijke gevolgen te voorkomen, is vroege opsporing en behandeling aangewezen. Hier schuilt echter een probleem. Hepatitis C is in het verleden vaak 'de sluipmoordenaar' genoemd, omdat klinische verschijnselen uitblijven bij de overgrote meerderheid van de besmette personen.[6] Daardoor blijft het merendeel van de hepatitis-C-besmettingen onopgespoord. Hoeveel verborgen hepatitis C er precies is, is moeilijk te bepalen: een grove schatting zegt dat tussen de 93% (Polen) en 20% (Zweden) van de besmette patiënten ongediagnosticeerd is.[8] In Nederland is slechts een kwart van de besmette patiënten opgespoord. Men heeft verschillende strategieën ontwikkeld om deze onopgespoorde dragers te vinden. De belangrijkste is vooralsnog het testen van groepen waarvan bekend is dat hun risico op infectie sterk verhoogd is. Deze groepen zijn relatief goed aan te wijzen op basis van de besmettingsweg van hepatitis C.

BESMETTING EN BESMETTELIJKHEID

Bloedcontact

Hepatitis C is overdraagbaar door bloed-bloedcontact. Daarom is het bij twijfel over een eventuele besmetting van belang om na te gaan of – en hoeveel – bloedcontact er mogelijk heeft plaatsgevonden met een andere persoon met (een verhoogd risico op) hepatitis C. De kans op overdracht van hepatitis C bij bloedcontact wordt geschat tussen de 0 en 10%, afhankelijk van het aantal virusdeeltjes in het bloed en de hoeveelheid overgedragen bloed. Die kans is ongeveer tienmaal zo groot als voor hiv en tienmaal zo klein als voor hepatitis B.[9]

Risicogroepen

De voornaamste risicogroepen staan vermeld in het kader. De groep met het hoogste risico bestaat uit injecterende druggebruikers. Hieronder vallen ook mensen die ooit eenmalig geïnjecteerd hebben. De prevalentie in deze groep wordt geschat tussen de 60 en 80%.[10] Ook bij niet-injecterende harddruggebruikers in Nederland is de prevalentie verhoogd, ongeveer 6%.[11] Hoe deze overdracht precies plaatsvindt, is niet geheel duidelijk. Mogelijk speelt bloedcontact door de gebruikte instrumenten een rol (neusrietjes, basepijpjes). Andere verklaringen voor de hogere kans op overdracht binnen de drugsscene zijn onhygiënisch contact (gedeelde scheermesjes of tandenborstels), grove seksuele technieken onder invloed van drugs, waardoor bloedcontact plaatsvindt, of onderrapportage van injecterend gebruik.

De groep waarbinnen in Nederland waarschijnlijk de meeste hepatitis-C-dragers te vinden zijn, zijn eerstegen-

De kern

- Een hepatitis-C-infectie blijft meestal langdurig symptoomloos, maar kan levensbedreigend zijn.
- De diagnose kan niet worden gesteld op basis van symptomen maar moet gebeuren aan de hand van laboratoriumtests bij risicogroepen.
- De huisarts speelt een belangrijke rol in het opsporen en testen van patiënten in bekende risicogroepen.
- Een hepatitis-C-infectie is meestal goed te behandelen in de tweede lijn, al is deze behandeling belastend.
- Er is geen vaccin tegen het hepatitis-C-virus.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Str. 6.131. Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht: dr. C.W. Helsper, arts-onderzoeker • Correspondentie: C.W.Helsper-2@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

eratiemigranten uit gebieden waar hepatitis C endemisch is.[4] Dat zijn Centraal-Afrika, Azië, Zuid-Amerika, Egypte en Zuidoost-Europa (exclusief Turkije). Een aantal landen in deze gebieden heeft een prevalentie van boven de 10%, dit zijn Egypte, Mongolië, Bolivia, Guinee, Rwanda, Burundi en Kameroen.[2] Aangeraden wordt om eerstegeneratiemigranten uit deze landen altijd te testen. Testen wordt ook aangeraden bij mensen die geboren zijn in andere niet-westerse landen of die die landen bezocht hebben, als daar ooit hun huid doorboord is (bijvoorbeeld bij een bloedtransfusie, tatoeage, piercing of tandartsbezoek). [**Figuur 1**] geeft een overzicht van de geschatte prevalenties van hepatitis C.

Bloedtransfusies zijn in niet-westerse landen nog steeds een mogelijke bron van hepatitis-C-besmetting. Sinds 1992 worden bloedproducten in westerse landen gecontroleerd op hepatitis C. Een bloedtransfusie vóór dat jaar geeft dus ook een verhoogd risico op hepatitis C.[15]

Er is één 'nieuwe' risicogroep die duidelijk groeit en waarin veel nieuwe infecties gevonden worden. Dit zijn mannen die seks hebben met mannen (MSM) en een hiv-infectie hebben.[16,17] Aangeraden wordt patiënten die besmet zijn met hiv of hepatitis B altijd te testen op hepatitis C omdat het risico op een hepatitis-C-infectie groter is bij deze groep, en omdat een eventuele co-infectie de kans op complicaties verhoogt.

Alternatieve besmettingsroutes

Een mogelijke besmettingsroute is perinatale overdracht tussen moeder en kind. Deze kans is 4-7% als de moeder een actieve hepatitis-C-infectie heeft en vijfmaal zo groot als de moeder ook een hiv-infectie heeft.[18]

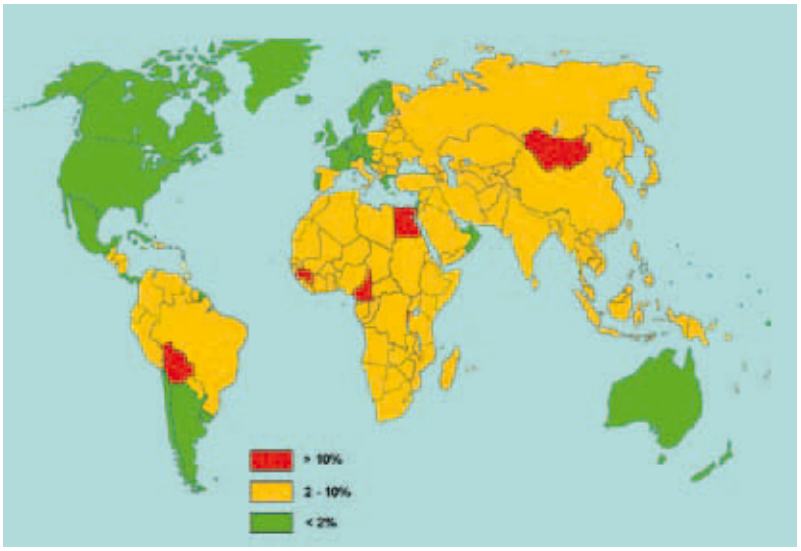
Hoewel besmetting binnen het huishouden theoretisch mogelijk is, gebeurt dat zelden. De kans op heteroseksuele overdracht wordt geschat op kleiner dan 0,6% voor monogame langdurige relaties en tussen de 0,4 en 1,8% voor mensen met meerdere partners. Het is bij deze route niet zeker of de overdracht plaatsvindt door seksueel contact of op andere wijze.[19]

Risicogroepen voor hepatitis C

- Patiënten die harddrugs gebruiken of gebruikt hebben, met name door te spuiten, maar ook door snuiven of roken (met pijpje).
- Immigranten die geboren zijn in Centraal-Afrika, Azië, Zuid-Amerika, Egypte of Zuidoost-Europa (exclusief Turkije).
- Personen bij wie de huid doorboord is in niet-westerse landen, behalve voor oorbellen.
- Personen met een ALAT > 50 U/l, vooral indien geen duidelijke verklaring voorhanden is.
- Personen die vóór 1992 een bloed- of orgaantransplantatie hebben ondergaan.
- Met hiv besmette personen, vooral mannen die seks hebben met mannen (MSM). MSM met hiv zijn de enige groep bij wie een hepatitis-C-infectie als soa wordt beschouwd.
- Personen met een hepatitis-B-infectie, ongeacht contact met een van bovengenoemde risicogroepen in verband met de negatieve invloed van hepatitis B op prognose en therapie.

Deze risicogroepen staan ook vermeld in de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen.[12]

Figuur 1 Geschatte prevalenties van hepatitis C[2,13,14]



ALAT

Recent onderzoek heeft aangetoond dat de kans op aanwezigheid van hepatitis C vertienvoudigd is bij een in de huisartsenpraktijk routinematig gevonden ALAT tussen de 50 en 100 U/l. De onderzoekers raden aan om, als er geen overduidelijke reden is voor de ALAT-verhoging, door te vragen naar een eventueel risico op hepatitis C of direct te testen op hepatitis C.

Een belangrijke nuance is dat een normaal ALAT een chronische hepatitis-C-infectie niet uitsluit. ALAT is dus ook geen goede test om te bepalen of iemand hepatitis C heeft.[20]

DIAGNOSTIEK

Als de huisarts een patiënt op consult krijgt die behoort tot een van de risicogroepen voor hepatitis C, kan hij op basis van laboratoriumonderzoek bekijken of de patiënt een chronische hepatitis-C-infectie heeft. [**Figuur 2**] geeft het diagnostische proces schematisch weer.

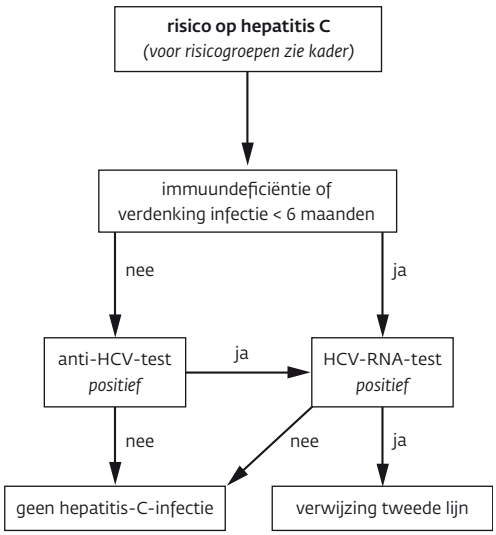
Een eventuele besmetting kan worden vastgesteld met een anti-HCV-test (op het labformulier vaak te vinden onder 'hepatitis-C-serologie'). Een positieve testuitslag betekent dat de patiënt ooit een hepatitis-C-infectie heeft doorgemaakt. Om te controleren of het virus op natuurlijke wijze is geklaard of nog steeds aanwezig is, is er een (veel duurdere) HCV-RNA-

Abstract

Helsper CW. Hepatitis C – detection required. Huisarts Wet 2013;56(1):22-5.

Hepatitis C infections are usually asymptomatic for a long time, but can be life threatening. Diagnostic strategies are thus not based on the recognition of symptoms but on testing risk groups. General practitioners have an important role in this because they are best able to estimate the infection risk. The possibilities for treatment are growing rapidly, but depend on various factors. For this reason, patients diagnosed with hepatitis C benefit from referral to secondary care.

Figuur 2 **Beslisboom bij verdenking op een hepatitis-C-infectie**



test nodig. De meeste (maar niet alle) testlaboratoria voeren automatisch een RNA-test uit als de anti-HCV-testuitslag positief is. De anti-HCV-test kan tot zes maanden na de besmetting een foutnegatieve uitslag geven. Is de besmetting van recenter datum, dan kan men beter direct een HCV-RNA-test aanvragen. Ook bij immuungecompromitteerde (bijvoorbeeld hiv-positieve) patiënten is het raadzaam direct een HCV-RNA test uit te voeren, omdat ook bij deze patiënten de kans op een foutnegatieve anti-HCV-uitslag groter is.

BEHANDELING

De behandeling van hepatitis C is complex en kan per persoon verschillen, bovendien verbeteren de mogelijkheden razendsnel. Daarom heeft een patiënt bij wie hepatitis C wordt vastgesteld vrijwel altijd baat bij een verwijzing naar de afdeling Infectieziekten of Maag-darm-leverziekten van een gespecialiseerd tweedelijnscentrum. Hier kan de specialist op basis van ziekte- en persoonskenmerken een individuele inschatting maken van de behandelingsmogelijkheden en de prognose.

Tot voor kort varieerde de kans op genezing van gemiddeld 50% na 48 weken behandeling (genotype 1 en 4) tot 80% na 24 weken (genotype 2 en 3). De laatste jaren is de slaagkans gestegen naar ongeveer 80-90% voor alle genotypen, en de behandelingen duren steeds korter. Ze krijgen ook steeds minder bijwerkingen, maar deze zijn nog steeds vervelend, zoals griepachtige verschijnselen, depressie en ernstige vormen van anemie en neutropenie.[21] Daarom worden patiënten tijdens een behandeling zorgvuldig begeleid vanuit de afdeling. De resultaten bij harddrugverslaafden zijn vergelijkbaar, en bij een adequaat vervolgtraject is de kans op herinfectie beperkt.[22]

Naast effectievere behandelingsmethoden zoekt men momenteel hard naar een vaccin tegen het hepatitis-C-virus. Dit is tot op heden echter niet gevonden.

DE ROL VAN DE HUISARTS

Om hepatitis C in de algemene bevolking op te sporen, moeten patiënten in risicogroepen geïnformeerd en getest worden. Uit recent onderzoek bleek echter dat het minstens zo belangrijk is om ook de huisartsenpraktijken te informeren en bij de opsporing te betrekken.[23] Een opsporingsprogramma waarbij huisartsen niet actief betrokken werden, bleek zelfs nauwelijks effect te hebben. Betrok men de huisartsen er daarentegen wél actief bij, dan was het programma effectief[24] en ook nog eens kosteneffectief.[25]

Opsporing van hepatitis C bij harddruggebruikers in verslavingszorginstellingen is zowel effectief als kosteneffectief gebleken.[25,26] Voor enkele moeilijk bereikbare risicogroepen, zoals dak- en thuislozen en bepaalde groepen immigranten, zijn de gemeentelijke gezondheidsdiensten waarschijnlijk in de beste positie om de opsporing te coördineren.[16,27]

Het lijkt er dus op dat de belangrijkste rol bij het opsporen van hepatitis C in de algemene bevolking is weggelegd voor de huisarts. De opsporing kan de komende jaren drastisch verbeteren als huisartsen zich bewust worden van het volgende:

- een hepatitis-C-infectie verloopt meestal langdurig symptoomloos, maar kan levensbedreigende gevolgen hebben;
- de diagnostiek van hepatitis C is daarom niet gebaseerd op het herkennen van symptomen maar op het testen van risicogroepen;
- de behandeling kan zeer belastend zijn, maar slaagt er steeds beter in het virus volledig te verwijderen. Patiënten met een hepatitis-C-infectie moeten daarom in principe verwezen worden voor een adequaat vervolgtraject in de tweede lijn. ■

Foto: Joost van de Broeke/Hollandse Hoogte

LITERATUUR

1 Shepard CW, Finelli L, Alter MJ. Global epidemiology of hepatitis-C-virus infection. Lancet Infect Dis 2005;5:558-67.
2 Hepatitis C: global prevalence. Wkly Epidemiol Rec 1997;72:341-4.
3 Baaten GG, Sonder GJ, Dukers NH, Coutinho RA, Van den Hoek JA. Population-based study on the seroprevalence of hepatitis A, B, and C virus infection in Amsterdam, 2004. J Med Virol 2007;79:1802-10.
4 Vriend HJ, Op de Coul EL, Van de Laar TJ, Urbanus AT, Van der Klis FR, Boot HJ. Hepatitis-C-virus seroprevalence in The Netherlands. Eur J Public Health 2012 Sep 11..
5 Micallef JM, Kaldor JM, Dore GJ. Spontaneous viral clearance following acute hepatitis C infection: A systematic review of longitudinal studies. J Viral Hepat 2006;13:34-41.
6 Lauer GM, Walker BD. Hepatitis-C-virus infection. N Engl J Med 2001;345:41-52.
7 World Health Organization. State of the art of vaccine research and development. Report number WHO/IVB/05.XX. Geneva: WHO, 2011.
8 Cornberg M, Razavi HA, Alberti A, Bernasconi E, Buti M, Cooper C, et al. A systematic review of hepatitis-C-virus epidemiology in Europe, Canada and Israel. Liver Int 2011;31 Suppl 2:30-60.
9 Sulkowski MS, Ray SC, Thomas DL. Needlestick transmission of hepatitis C. JAMA 2002;287:2406-13.
10 Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des JD, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: Results of systematic reviews. Lancet 2011;378:571-83.
11 Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M; Amsterdam Cohort. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis-C-virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction 2007;102:1454-62.
12 Van Geldrop WJ, Numans ME, Berg HF, Van Putten AM, Scheele ME, Bouma M. NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen (tweede herziening). Huisarts Wet 2007;50:666-81.
13 World Health Organization. WHO global burden of disease 2000 (GBD 2000). Geneva: WHO, 2003.
14 World Health Organization. International travel and health: Situation as on 1 January 2005. Geneva: WHO, 2005.
15 Clarke A, Kulasegaram R. Hepatitis C transmission: Where are we now? Int J STD AIDS 2006;17:74-80.
16 Urbanus AT, Van de Laar TJ, Stolte IG, Schinkel J, Heijman T, Coutinho RA, et al. Hepatitis-C-virus infections among HIV-infected men who have sex with men: An expanding epidemic. AIDS 2009; 23:F1-7.
17 Van de Laar TJ, Matthews GV, Prins M, Danta M. Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men: An emerging sexually transmitted infection. AIDS 2010;24:1799-812.
18 Roberts EA, Yeung L. Maternal-infant transmission of hepatitis-C-virus infection. Hepatology 2002;36(5 Suppl 1):S106-13.
19 Terrault NA. Sexual activity as a risk factor for hepatitis C. Hepatology 2002;36(5 Suppl 1):S99-105.
20 Helsper C, Van Essen G, Frijling BD, De Wit NJ. Follow-up of mild alanine aminotransferase elevation identifies hidden hepatitis C in primary care. Br J Gen Pract 2012;62:e212-6.
21 Jensen DM. A new era of hepatitis C therapy begins. N Engl J Med 2011;364:1272-4.
22 Grebely J, Knight E, Ngai T, Genoway KA, Raffa JD, Storms M, et al. Reinfection with hepatitis-C-virus following sustained virological response in injection drug users. J Gastroenterol Hepatol 2010;25:1281-4.
23 Helsper CW. Case finding strategies for hepatitis C infection [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, faculteit Geneeskunde, 2011.
24 Helsper CW, Van Essen GA, Bonten MJ, De Wit NJ. A support programme for primary care leads to substantial improvements in the effectiveness of a public hepatitis C campaign. Fam Pract 2010;27:328-32.
25 Helsper CW, Borkent-Raven BA, De Wit NJ, Van Essen GA, Bonten MJ, Hoepelman AI, et al. Cost-effectiveness of targeted screening for hepatitis C in the Netherlands. Epidemiol Infect 2012;140:58-69.
26 Breemer JN, De Jong WM, Krummacher N, Wolter R. Evaluatierapport pilotproject Actief testen in de GGZ en maatschappelijke opvang 2007-2008. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009.
27 Zuure FR, Heijman T, Urbanus AT, Prins M, Kok G, Davidovich U. Reasons for compliance or noncompliance with advice to test for hepatitis C via an internet-mediated blood screening service: A qualitative study. BMC Public Health 2011;11:293.

INTERMEZZO

Nico van Duijn

Onverklaarde klachten

Dokters zijn elke dag druk met het verklaren van klachten. Dat veel klachten vanzelf overgaan, dat weten mensen heus wel. Of ze gaan niet over, maar horen er een beetje bij. 'Och, dat heeft iedereen weleens, zo'n pijn,' wordt dan gezegd. Of 'Je loopt het eruit, die pijn. Het slijt.' Maar dan nog willen mensen graag een verklaring, een oorzaak voor de klachten. Want als je weet dat het ergens door komt, dan kun je het accepteren en kan er misschien wel wat aan gedaan worden. Lastiger is het voor ons als mensen een verborgen agenda hebben.

Die mensen zoeken naar één oorzaak die alles verklaart. Mijn verklaring van de klachten over toeval, leeftijd, overbelasting en misschien wat slijtage, dat vinden ze maar niets. Daarbij wensen velen een rechtlijnige oorzaak, iets concreets waar ze slachtoffer van zijn. Een tekort in de voeding bijvoorbeeld. Vitamine-B12-gebrek is erg populair. Vroeger was dat voedingsallergie, selenium te weinig of kleurstoffen te veel. Een hersenstoornis waar je zelf niets aan kunt doen, dat is nog hipper. Een bipolaire stoornis, PPD-NOS en ADHD, men wil het dolgraag hebben, want het verklaart alle onbeleefdheid, zwakte, mislukkingen en gewone pech. Ik heb nog nooit iemand horen vragen om een psychologisch onderzoek om eindelijk te begrijpen waarom hij zo'n gelukkige, succesvolle bink is. Het gaat vaak niet om de verklaring, maar om de verontschuldiging. De diagnose verontschuldigt pech en stommiteit. Dat is wat dokters doen. Ze geven betekenis aan pech en stommiteit. Onverklaarde klachten zijn klachten op zoek naar een betekenisvolle plek in een verhaal. Een goede dokter is een goede verhalenverteller. ■

NHG-Standaard Maagklachten (tweede herziening)

Mattijs Numans, Niek de Wit, Jos Dirven, Corien Heemstra-Borst, Gerard Hurenkamp, Mieke Scheele, Jako Burgers, Roeland Geijer, Egbert de Jongh

Belangrijkste wijzigingen

- Bij een eerste episode wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen reflux- en ulcusklachten, omdat het beleid hetzelfde is.
- Een proefbehandeling met een protonpompremmer (PPI) voor het aantonen of uitsluiten van maagklachten wordt niet meer geadviseerd.
- *Helicobacter-pylori*-(*H. pylori*-)diagnostiek is geïndiceerd bij:
  - patiënten uit landen met een hoge *H. pylori*-prevalentie die een eerste episode van maagklachten doormaken vóórdat een PPI voorgeschreven gaat worden;
  - recidiverende of persisterende klachten;
  - chronisch PPI-gebruik bij patiënten zonder klachten;
  - na elke *H. pylori*-eradicatiebehandeling.
- Voor *H. pylori*-diagnostiek zijn monoklonale fecestesten of de C-13-ademtest de beste keuze.
- De *H. pylori*-eradicatiebehandeling is aangepast, mede omdat bismut niet leverbaar is.
- Aan de indicaties voor maagbescherming is het gebruik van een laaggedoseerd acetylsalicylzuurderivaat toegevoegd.
- Bij een indicatie voor maagbescherming heeft omeprazol de voorkeur boven misoprostol of een COX-2-selectief NSAID. Geef bij gebruik van clopidogrel geen omeprazol maar pantoprazol.

Kernboodschappen

- Bij een eerste episode van maagklachten heeft bij de meeste patiënten zuurremmende medicatie de voorkeur boven *H. pylori*-diagnostiek en -behandeling.
- Begin met een antacidum, bij onvoldoende effect gevolgd door een H_2-antagonist en daarna door een PPI. Onnodig chronisch gebruik van een PPI kan hiermee worden voorkómen.
- Onderscheid bij NSAID-gebruik symptomatische behandeling van maagklachten en preventie van maagcomplicaties (maagbescherming). Maagklachten bij NSAID-gebruik hebben geen voorspellende waarde voor het optreden van maagcomplicaties.
- Behandel maagklachten bij NSAID-gebruik met een PPI (omeprazol); adviseer dit te stoppen als de klachten verdwenen zijn. Continueer omeprazol bij een indicatie voor maagbescherming.
- Stop 2 weken voorafgaand aan *H. pylori*-diagnostiek het gebruik van een PPI.
- Bij een *H. pylori*-negatieve patiënt < 50 jaar met persisterende of recidiverende klachten zonder alarmsymptomen wordt een gastroscopie niet geadviseerd vanwege het geringe risico op een maligniteit.
- Voorkom chronisch gebruik van zuurremmende medicatie zonder goede indicatie vanwege het risico op infecties (respiratoir en gastro-intestinaal) en osteoporose. Bespreek periodiek een afbouwpoging. Houd daarbij rekening met het reboundeffect dat stoppen bemoeilijkt.

INLEIDING

De NHG-Standaard Maagklachten geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van maagklachten bij volwassenen. Daarnaast worden richtlijnen gegeven om onnodig chronisch gebruik van maagzuurremmende medicatie te voorkómen en richtlijnen voor preventie van maagcomplicaties bij NSAID-gebruik. De standaard besteedt geen aandacht aan diagnostiek en beleid bij bovenbuikklachten anders dan veroorzaakt door maag-, slokdarm- of duodenumaandoeningen. Voor maagklachten tijdens de zwangerschap wordt verwezen naar de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode.

Onder maagklachten wordt verstaan: niet-acute klachten van pijn boven in de buik en/of zuurbranden en/of regurgitatie, eventueel in combinatie met misselijkheid, braken, een opgeblazen gevoel en snelle verzadiging.[1] De oorsprong van deze klachten wordt verondersteld in de maag, duodenum of de distale slokdarm. Het strikte onderscheid tussen refluxklachten (zuurbranden en regurgitatie, op grond waarvan refluxziekte als exclusieve diagnose wordt verondersteld) en ulcusklachten (pijn, op grond waarvan een maag- of duodenumulcus als exclusieve diagnose wordt verondersteld) is losgelaten voor het initiële beleid. Het blijkt niet mogelijk om op basis van klachten of patiëntkenmerken de onderliggende oorzaak betrouwbaar te onderscheiden en het effect van verschillende beleidsopties verschilt niet tussen beide soorten klachten.[2,3]

Bij het merendeel van de patiënten met maagklachten is in eerste instantie een behandeling zonder aanvullende diagnostiek verantwoord. Bij een klein deel van de patiënten met maagklachten is aanvullende diagnostiek (*Helicobacter-pylori*-test of eventueel gastroscopie) geïndiceerd. De bevindingen daarbij bepalen het verdere beleid. Het beleid bij acute klachten die hun oorsprong hebben in slokdarm, maag of duodenum wordt apart beschreven in [**kader 1**].

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Persisterende klachten: maagklachten die langer dan twee tot drie maanden duren.

Recidiverende klachten: maagklachten die opnieuw optreden in het eerste jaar na het begin van de eerste episode.

Kader 1 Beleid bij alarmsymptomen

- Verwijs met spoed bij circulatoire instabiliteit bij hematemesis of melena of bij aanwijzing voor een geperforeerd ulcus.
- Overleg direct met de specialist en verwijs binnen één tot enkele uren bij:
  - hematemesis of melena zonder circulatoire instabiliteit (afhankelijk van het geschatte risico op het ontwikkelen van een circulatoire collaps);
  - aanhoudend braken (vermoeden obstructie of risico dehydratie);
  - plots ontstane, ernstige of snel toenemende pijn boven in de buik of braken bij aanwezigheid van een maagbandje.
- Verwijs op korte termijn: bij stoornis van of pijn bij voedselpassage of vermoeden van een maligniteit (ongewild gewichtsverlies of anemie).
- Adviseer de patiënt niet meer te eten indien hij dezelfde dag verwezen wordt.

Numans ME, De Wit NJ, Dirven JAM, Heemstra-Borst CG, Hurenkamp GJB, Scheele ME, Burgers JS, Geijer RMM, De Jongh E. NHG-Standaard Maagklachten (tweede herziening). Huisarts Wet 2013(1);56:26-35.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (Numans ME, De Wit NJ, Dirven JAM, Hurenkamp GJB, Meijer QCM, Muris JWM, Van der Laan JR, Van Balen JAM. Huisarts Wet 2003;46(12):690-700).

Functionele maagklachten: diagnose na gastroscopie bij een patiënt met maagklachten bij wie geen afwijking bij gastroscopie wordt gevonden en bij wie typische refluxklachten (zuurbranden of regurgitatie) ontbreken.
Gastro-oesofageale refluxziekte: diagnose na gastroscopie bij een patiënt met refluxklachten (zuurbranden of regurgitatie) bij wie geen oesofagitis wordt gevonden.[4]
Refluxoesofagitis: diagnose na gastroscopie bij een patiënt met refluxklachten bij wie oesofagitis (slijmvliesbeschadiging aan de oesofagus door inwerking van maagzuur) wordt gevonden.
NSAID: COX-2-selectief NSAID en niet-COX-2-selectief NSAID;

- COX-2-selectief NSAID (*selectief NSAID*) zoals celecoxib en etoricoxib;
- niet-COX-2-selectief NSAID (*niet-selectief NSAID*) zoals ibuprofen, diclofenac en naproxen inclusief acetylsalicylzuur en carbasalaatcalcium (acetylsalicylzuurderivaten) voorgeschreven als trombocytenaggregatieremmer.

Maagcomplicaties: complicaties in maag of duodenum, zoals ulcus, bloeding, perforatie of stenose.
Maagbescherming: maatregelen om maagcomplicaties door gebruik van een niet-selectief NSAID te voorkomen.
Alarmsymptomen: hematemesis; melena; aanhoudend braken; stoornis in of pijn bij voedselpassage; ongewild gewichtsverlies; anemie; plots ontstane, ernstige of snel toenemende pijn boven in de buik of braken bij aanwezigheid van een maagband; ernstige pijn, koorts en tekenen van peritoneale prikkeling (verdenking perforatie).

Epidemiologie

Maagklachten komen frequent voor in de huisartsenpraktijk. Maagpijn is de diagnose bij 19 per 1000 patiënten per jaar, zuurbranden bij 8 per 1000 patienten per jaar.[5]

Bij patiënten met maagklachten, die worden verwezen voor gastroscopie worden de volgende diagnoses gesteld:

- 20 tot 25% heeft gastro-oesofageale refluxziekte of oesofagitis;[6]
- 5% heeft een ulcus; de afgelopen 20 jaar is de incidentie van maag- en duodenumulcera sterk afgenomen;[7]
- 60 tot 70% heeft functionele maagklachten;
- carcinomen van maag en slokdarm zijn zeldzaam (minder dan 1% van de verwezen patiënten).

Abstract

Numans ME, De Wit NJ, Dirven JAM, Heemstra-Borst CG, Hurenkamp GJB, Scheele ME, Burgers JS, Geijer RMM, De Jongh E. NHG Guideline on Dyspepsia (second revision). Huisarts Wet 2013(1);56:26-35.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) has revised the 2003 guideline on dyspepsia. The guideline covers the diagnosis and management of adults with dyspepsia in general practice, the prevention of unnecessary proton pump inhibitor (PPI) use, and gastric protection during treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). The diagnosis and management of dyspepsia associated with pregnancy or with a non-gastrointestinal cause are not covered in the guideline.

Dyspepsia is defined broadly and includes epigastric pain, heartburn, and regurgitation. Symptoms do not reliably predict the underlying pathology, and different therapeutic interventions are similarly effective against different symptoms. Common causes of dyspepsia are functional disease (65%), reflux disease (25%), ulcer (5%), and carcinoma (rare). The management of dyspepsia is guided, in a stepwise fashion, by the presence of alarm symptoms, the use of NSAIDs, and the duration of symptoms (shorter or longer than 2-3 months). The guideline also describes indications for gastroscopy and subsequent management. Alarm symptoms are haematemesis, melaena, persistent vomiting, weight loss, difficult or painful swallowing, iron deficiency anaemia, sudden epigastric symptoms in patients with a gastric band, and signs of a perforated ulcer. Gastroscopy or referral to a specialist is indicated if alarm symptoms are present. As NSAIDs are the most probable cause of dyspepsia in patients using these drugs, it should be checked whether the NSAID can be discontinued, in which case symptoms should be treated for a limited period with a PPI. If NSAIDs cannot be discontinued, then the PPI should be continued if there is an indication for gastric protection.

Patients who do not have alarm symptoms and who are not using NSAIDs should be started on an antacid and, if necessary, progress to a histamine H_2-receptor antagonist (H2RA) and subsequently a PPI to control symptoms. This approach of going from less potent to more potent acid suppressants can avoid PPI use in two of three patients. Patients should be told to avoid irritant foods and psychosocial aspects should be addressed. While little is known about the effect of non-pharmacological interventions, the general practitioner could discuss the possible benefits of raising the head of the bed, quitting smoking, and losing weight (if appropriate).

If symptoms persist for 2–3 months (or if the patient is asymptomatic on a maintenance dose of a PPI) and if there is no reason to suspect causes outside the upper gastrointestinal tract, testing for *Helicobacter pylori* should be performed (monoclonal faeces tests or 13-C breath tests are the preferred tests; the PPI should be stopped 2 weeks before testing). If the patient comes from a country with a high prevalence of *H. pylori*, then testing should be performed before treatment with a PPI is started. If the test is positive, *H. pylori* should be eradicated and the patient re-tested for *H. pylori*. Eradication of *H. pylori* often cures ulcers and sometimes functional dyspepsia.

PPI use should be phased out during the follow-up period. If symptoms persist, gastroscopy can be performed to exclude malignancy, but this is not a cost-effective strategy. Gastroscopy is not advised for patients younger than 50 years, because malignancy is rare in these patients. In patients older than 50 years, the likelihood that gastroscopy detects malignancy is higher in men, in older individuals, and if there are epidemiological risk factors for malignancy.

Chronic PPI use (± 7% of the population) is associated with osteoporotic fractures and respiratory or gastrointestinal tract infections. Annual medication review can prevent unnecessary PPI use. Attempts to phase out PPIs are successful in 30% of patients and a further 40% of patients can reduce PPI use. Rebound symptoms can occur when patients try to stop using PPIs or H2RAs, in which case antacids can help.

Gastric complications of NSAIDs (including low-dose aspirin) are gastroduodenal ulcers, gastric bleeding, or gastric perforation. If NSAIDs are needed and the patient has a history of gastric or duodenal ulcers, then the patient should be tested for *H. pylori* and treated accordingly. Indications for pharmacological gastric protection depend on the patient's age, ulcer history, comorbidity, and co-medication. Omeprazole is preferred to misoprostol or a cyclo-oxygenase 2 (COX-2)-selective NSAID. If the patient is using clopidogrel, then pantoprazole is the preferred drug.

Alarmsymptomen komen voor bij ongeveer 10% van alle patiënten met maagklachten in de eerste lijn. Van de patiënten met alarmsymptomen heeft 6% een carcinoom.[8]

Etiologie/pathofysiologie

Roken, alcohol, koolzuurhoudende drank en voeding (bijvoorbeeld scherpe kruiden, citrusvruchten, ui, vet voedsel) zijn geassocieerd met maagklachten. Onduidelijk is of eliminatie van deze factoren effect op de klachten heeft.[28]

Patiënten met maagklachten blijken vaker dan patiënten zonder maagklachten last te hebben van angst, depressiviteit en stress. Hoewel niet is aangetoond dat psychische factoren een directe oorzakelijke factor bij het ontstaan van maagklachten zijn, spelen ze een belangrijke rol bij de beleving van klachten en de presentatie ervan op het spreekuur.[9]

Reflux (terugstroom van maagzuur in de slokdarm) kan leiden tot erosies en zweren in de slokdarm, soms met stricturen, bloedingen of metaplasie (barrettoesofagus) tot gevolg. Factoren geassocieerd met reflux zijn: lage oesofagussfincterspanning, veranderde oesofagusperistaltiek, hiatus hernia en vertraagde maagontlediging, te veel eten, abdominale obesitas en roken. Intra-abdominale drukverhoging is ook een mogelijke factor. De relatie tussen reflux en klachten als chronische hoest of heesheid in onduidelijk. Het effect van PPI's op het afnemen van chronische hoest bij refluxziekte is niet aangetoond.[10]

Ulcera in maag of duodenum worden meestal veroorzaakt door de aanwezigheid van *H. pylori* (bij een ulcus ventriculi in 70% en bij een ulcus duodeni in 90% van de gevallen) of door medicatie (NSAID). De meest voorkomende complicatie van een ulcus is een bloeding; een perforatie of een strictuur komen minder vaak voor.

Geneesmiddelen kunnen maagklachten, maar ook – soms zonder maagklachten – maagcomplicaties veroorzaken.

Alle NSAID's kunnen door hun werking (remming van de productie van maagslijmvlies beschermende prostaglandinen) maagklachten en/of maagcomplicaties veroorzaken. Dit effect is onafhankelijk van de toedieningsvorm. Maagklachten komen zowel bij niet-selectieve NSAID's als bij selectieve NSAID's veel voor. Maagcomplicaties komen relatief minder voor bij de selectieve NSAID's. Het risico op een maagcomplicatie door een NSAID wordt mede bepaald door andere factoren, zoals een hogere leeftijd, een ulcus in de voorgeschiedenis, comorbiditeit of comedicatie met een hoger risico op maagcomplicaties [**kader 4**]. Ook lage doses acetylsalicylzuurderivaten geven een verhoogd risico op maagcomplicaties zoals bloedingen in de tractus digestivus.[11]

Maagklachten die optreden bij NSAID-gebruik hebben geen voorspellende waarde voor het optreden van maagcomplicaties: patiënten die geen maagklachten hebben en een NSAID gebruiken, kunnen ook maagcomplicaties krijgen.[12]

Een maagcomplicatie kan daarnaast optreden door de werking van bijvoorbeeld een systemisch werkend glucocorticoïd zoals predniso(lo)n (dit geldt niet voor de dermaal of per inhalatie toegediende middelen), bisfosfonaat (ook in de oesofagus), kaliumzout, mucolyticum of andere medicatie [**kader 4**].

Voorbeelden van geneesmiddelen die als bijwerking maagklachten kunnen geven, zijn: antidepressiva, bisfosfonaten, metformine, calciumantagonisten, nitraten, spironolacton en vele antibiotica.

De *H. pylori-prevalentie* in de algemene Nederlandse bevolking wordt geschat op 20% en is dalende. Bij patiënten met maagklachten is de prevalentie naar schatting 30 tot 35%. Bij patiënten met maagklachten uit mediterrane landen, het Midden of Verre Oosten, Afrika, Midden- en Zuid-Amerika kan de prevalentie oplopen tot 75%.[13]

Bij de meerderheid van de *H. pylori*-geïnfecteerden ontbreken klinische verschijnselen. Ongeveer 20% krijgt ooit een ulcus.

De kans op herbesmetting met *H. pylori* is laag en wordt geschat op 1,5% per jaar.[14]

Bij 0,1 tot 3% van de *H. pylori*-geïnfecteerden treedt een maagcarcinoom op. Aangenomen wordt dat *H. pylori*-eradicatie een preventief effect heeft op het ontstaan van maagcarcinoom. Chronisch PPI-gebruik is alleen bij *H. pylori*-positieve patiënten geassocieerd met het ontstaan van atrofie van het maagslijmvlies. Verondersteld wordt dat atrofische gastritis een grotere kans op maagcarcinoom geeft. Het geschatte risico op atrofie is 1% per jaar en kan worden verkleind door *H. pylori*-eradicatie. De faciliterende rol van chronisch gebruik van PPI's bij *H. pylori*-positieve patiënten op het ontstaan van maagcarcinoom is een argument voor *H. pylori*-diagnostiek bij persisterende of recidiverende klachten.[15]

In Nederland zijn er in totaal ongeveer 4000 nieuwe carcinomen van maag- of slokdarm per jaar, zodat in de gemiddelde huisartsenpraktijk ongeveer 1 maal per 2 jaar een nieuwe diagnose maag- of slokdarmcarcinoom wordt gesteld. De incidentie stijgt met de leeftijd, vanaf ongeveer 50 jaar.

Bij patiënten jonger dan 50 jaar (zonder alarmsymptomen) komen maag- of slokdarmcarcinomen (nagenoeg) niet voor: van alle patiënten met een nieuwe diagnose maag- en slokdarmcarcinoom is 5,7% jonger dan 50 jaar (224 patiënten). Van de patiënten met een carcinoom heeft ongeveer 75% een alarmsymptoom. Dit betekent dat er per jaar in Nederland ongeveer 56 patiënten onder de 50 jaar een gediagnosticeerd carcinoom hebben zonder alarmsymptoom.[16]

De incidentie van maagcarcinoom is bij mannen ongeveer 2 maal zo hoog en bij slokdarmcarcinoom ruim 3 maal zo hoog als bij vrouwen.

Risicofactoren voor het ontstaan van maag- of slokdarmcarcinoom zijn:[17]

- voor maag- en slokdarmcarcinoom: roken en alcoholgebruik (allebei 2 tot 8 maal verhoogd risico);
- voor maagcarcinoom: achloorhydrie, *H. pylori*-infectie (allebei 2 tot 4 maal verhoogd risico), voeding (veel vlees), eerdere maagresectie (allebei 1 tot 2 maal verhoogd risico). Ook een erfelijke predispositie kan een risicofactor zijn;
- voor plaveiselcelcarcinoom van de oe-

sofagus: frequente consumptie van extreem hete dranken (< 2 maal verhoogd risico), achalasie, radiotherapie wegens mammacarcinoom (allebei 4 tot 8 maal verhoogd risico), corrosief letsel, plummer-vinsonsyndroom en hoofdhalsmaligniteiten (alle 3 > 8 maal verhoogd risico);
- voor adenocarcinoom van de oesofagus: obesitas (2 tot 4 maal verhoogd risico), matige refluxklachten, radiotherapie wegens mammacarcinoom (allebei 4 tot 8 maal verhoogd risico) en barrettoesofagus (> 8 maal verhoogd risico).

In ongeveer 5% van de gevallen komt een maagcarcinoom familiair voor of in het kader van zeer zeldzame syndromen. Familiair maagcarcinoom is gedefinieerd als het voorkomen van maagcarcinoom bij ten minste 2 eerste- of tweedegraads familieleden van wie ten minste 1 persoon jonger dan 50 jaar was ten tijde van de diagnose of als maagcarcinoom voorkomt bij ten minste 3 eerste- of tweedegraads familieleden, onafhankelijk van de leeftijd bij diagnose.[18]

Chronisch PPI-gebruik heeft weinig voorspellende waarde voor een maligniteit en speelt dus geen rol bij de overweging wel of geen gastroscopie uit te voeren.[19]

Beloop

Het beloop van maagklachten is gunstig; na een jaar heeft ongeveer driekwart van de door de huisarts behandelde patiënten geen of slechts weinig klachten meer.[20] Van de patiënten met maagklachten wordt 10 tot 15% tijdens een eerste episode verwezen voor gastroscopie. Bij persisterende of recidiverende klachten, en ook bij patiënten die chronisch zuurremmende medicatie gebruiken, loopt het percentage verwijzingen op tot 25 à 30%.[21]

Van de groep patiënten met persisterende of recidiverende maagklachten heeft het grootste deel functionele klachten, een kleiner deel heeft gastro-oesofageale refluxziekte en een zeer klein deel heeft een door *H. pylori* veroorzaakt ulcus. *H. pylori*-eradicatie geneest door *H. pylori* veroorzaakte ulcera en voorkomt een recidief ulcus. De genezing van het ulcus (vooral van de maag) duurt vaak langer dan de eradicatiebehandeling. Daarom wordt een PPI aansluitend nog een maand gegeven. Bij een deel van de patiënten met functionele klachten (ongeveer 7%) verdwijnen de klachten door *H. pylori*-eradicatie. Op de klachten van gastro-oesofageale refluxziekte heeft *H. pylori*-eradicatie geen effect.[22]

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Aard van de klachten:
- zuurbranden, regurgitatie en pijn boven in de buik (invloed van voedsel);
- opgeblazen gevoel, snelle verzadiging, misselijkheid, braken.

Ernst, duur en beloop van de klachten:
- incidenteel of continu;
- mate van verstoring van de dagelijkse activiteiten of de nachtrust;
- relatie met arbeidsomstandigheden (intra-abdominale drukverhoging door bijvoorbeeld tillen, persen of bukken).

Defecatiepatroon:
- verandering van consistentie of frequentie;
- vermindering van klachten na defecatie.

Alarmsymptomen:
- hematemesis, melena, aanhoudend braken, stoornis in of pijn bij voedselpassage, ongewild gewichtsverlies of anemie (maagcomplicatie of maligniteit);
- complicaties van een maagband: plots ontstane, ernstige of snel toenemende pijn boven in de buik of braken bij aanwezigheid van een maagband;
- aanwijzing voor geperforeerd ulcus: ernstige pijn, koorts en tekenen van peritoneale prikkeling (zie *lichamelijk onderzoek*).

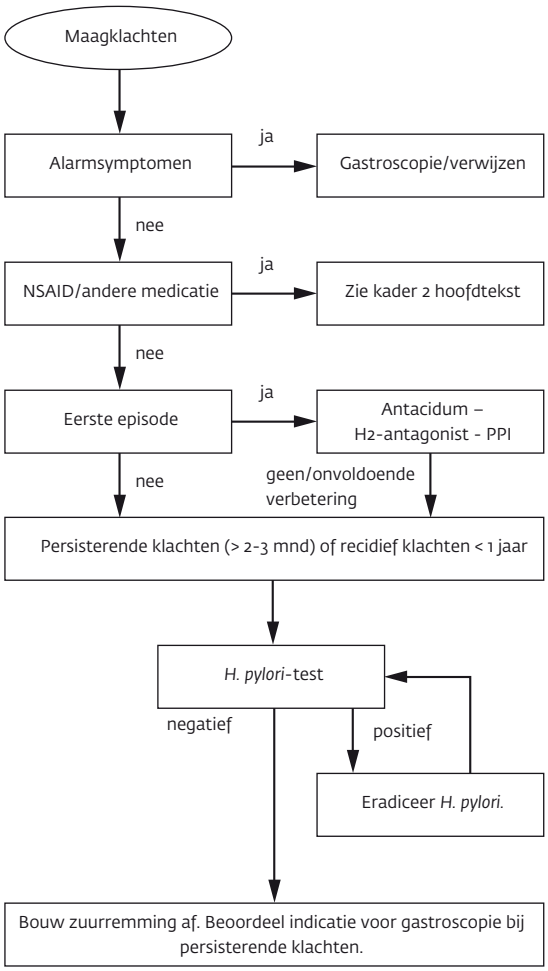
Risicofactoren maagcomplicaties:
- gebruik van een anticoagulans, trombolyticum, P2Y12-remmer (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor), NSAID, een systemisch werkend glucocorticoïd (exclusief dermaal of per inhalatie toegediende middelen), SSRI, venlafaxine, duloxetine, spironolacton, trazodon, kaliumzout, mucolyticum, chloralhydraat;
- comorbiditeit zoals reumatoïde artritis, hartfalen of diabetes mellitus.

Beïnvloedende factoren:
- overige (zelf)medicatie die maagklachten kunnen geven (vooral NSAID's), zelfmedicatie met zuurremmers;
- psychosociale problematiek en ongerustheid;
- ervaren voedingsintoleranties;
- risicofactoren voor maag- of slokdarmcarcinoom, zoals: roken, alcoholgebruik, obesitas, hoge vleesconsumptie, frequent extreem heet drinken, familiair voorkomen van maagcarcinoom.

Voorgeschiedenis:
- eerdere klachten, operatie of pathologie van de slokdarm, maag of duodenum, inclusief maagbandje;
- risicofactoren voor maag- of slokdarmcarcinoom: hoofdhalsmaligniteit of radiotherapie wegens mammacarcinoom, achloorhydrie, achalasie, barrettoesofagus, corrosief letsel van de slokdarm, plummer-vinsonsyndroom;
- endoscopisch of röntgenonderzoek van de maag;
- eerdere eradicatiebehandeling, eerder gebruik van geneesmiddelen voor maagklachten;
- bij eerder aangetoond ulcus: *H. pylori*-status na eradicatiebehandeling;
- recente ijzergebrekanemie (kan duiden op gastro-intestinaal bloedverlies);
- land van herkomst: mediterrane landen, het Midden of Verre Oosten, Afrika, Midden- en Zuid-Amerika (hogere *H. pylori*-prevalentie).

Lichamelijk onderzoek
- Het lichamelijk onderzoek is er vooral op gericht om andere abdominale pathologie uit te sluiten. Dit onderzoek betreft inspectie, auscultatie, percussie en palpatie van de buik, waarbij vooral wordt gelet op vergroting en verhoogde gevoeligheid van de buikorganen.
- Bij het vermoeden van melena wordt tevens een rectaal toucher uitgevoerd om de melena te objectiveren. Let ver-

Figuur 1 **Stroomschema maagklachten**



der op aanwijzingen voor anemie.
- Bij een mogelijke bloeding of bij veel braken is het onderzoek naar circulatoire instabiliteit zoals bloeddruk en pols en dehydratie zoals capillary refill aangewezen om de mate van spoed bij verwijzing te bepalen.
- Bij vermoeden van een perforatie van een ulcus is onderzoek naar peritoneale prikkeling aangewezen (loslaatpijn, défense musculaire, koorts).

Aanvullend onderzoek

Diagnostiek naar anemie
- Bepaal het Hb bij vermoeden van anemie na anamnese of lichamelijk onderzoek.

H. pylori-diagnostiek

Indicaties voor *H. pylori*-diagnostiek:
- afkomst uit mediterrane landen, het Midden of Verre Oosten, Afrika, Midden- en Zuid-Amerika en een eerste episode van maagklachten (voer dit uit vóór een PPI wordt voorgeschreven);
- persisterende of recidiverende klachten of chronisch PPI-gebruik bij patiënten zonder klachten;
- na elke *H. pylori*-eradicatiebehandeling;
- aangetoond ulcus ventriculi (bij ulcus duodeni wordt uitgegaan van *H. pylori*-besmetting);
- noodzakelijk NSAID-gebruik indien ooit een ulcus is gediagnosticeerd en de *H. pylori*-status onbekend is.[23]

Uitvoering *H. pylori*-test:
- vraag een monoklonale fecestest (goedkoper) of een C-13-ademtest (niet algemeen beschikbaar) aan. De C-13-ademtest heeft de voorkeur boven de C-14-ademtest omdat de C-14-test radioactief en duurder is. Overleg desgewenst met uw laboratorium welke *H. pylori*-test beschikbaar is;[24]
- adviseer voorafgaand aan een feces- of ademtest geen PPI gedurende twee weken en geen antibioticum gedurende vier weken te gebruiken. PPI-gebruik beïnvloedt het resultaat van adem- en fecestesten. Een PPI kan worden vervangen door een H_2-receptorantagonist, die één dag voor de test moet worden gestopt of door een antacidum, dat niet gestopt hoeft te worden. Deze adviezen gelden ook voor de gastroscopische *H. pylori*-(urease-) test;[25]
- serologisch onderzoek (ELISA) wordt niet geadviseerd, tenzij adem- of fecestesten niet beschikbaar zijn of als een patiënt het PPI-gebruik niet kan stoppen;
- serologische sneltesten (via vingerprik) worden ontraden.

Gastroscopie
- Absolute indicaties zijn:
  - de aanwezigheid van alarmsymptomen (zoals voedselpassageproblemen of een vermoeden van malignitet [**kader 1**]);
  - controle na een aangetoond ulcus ventriculi acht weken na de start van succesvolle eradicatiebehandeling ter uitsluiting van een carcinoom;
  - eerstegraadsfamilielid > 40 jaar (of 5 jaar voor de leeftijd waarop bij een eerstegraads familielid jonger dan 40 jaar de diagnose is gesteld) van een patiënt met familiair maagcarcinoom.
- Relatieve indicaties zijn:
  - persisterende of recidiverende maagklachten zonder alarmsymptomen bij een patiënt van 50 jaar en ouder die *H. pylori*-negatief is. Bij het besluit om een gastroscopie aan te vragen kunnen kenmerken meewegen waarbij carcinomen vaker voorkomen: mannelijk geslacht, hogere leeftijd en de in de paragraaf Achtergronden beschreven risicofactoren die geassocieerd zijn met maag- en slokdarmcarcinoom;
  - de wens tot diagnostische zekerheid of geruststelling.
- Adviseer voorafgaand aan gastroscopie geen PPI te gebruiken gedurende twee weken en geen antibioticum gedurende vier weken. Een alternatief voor een PPI is dan een H_2-receptorantagonist, te gebruiken tot één dag voor de scopie of een antacidum.
- Bespreek bij extreme angst voor gastroscopie met de patiënt dat sedatie (midazolam) mogelijk is.
- Bij een gastroscopie in eigen beheer is de huisarts verantwoordelijk voor de voorlichting vóór de aanvraag en voor het vervolgbeleid.
- Bij een *H. pylori*-negatieve patiënt met persisterende of recidiverende maagklachten jonger dan 50 jaar zonder alarmsymptomen wordt een gastroscopie niet geadviseerd.

Evaluatie

Na anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullende diagnostiek stelt de huisarts één van de volgende diagnoses (zie *Begrippen* in paragraaf Achtergronden):
- alarmsymptomen;
- maagklachten bij NSAID-gebruik of gebruik van andere medicatie;
- een eerste episode van maagklachten;
- persisterende of recidiverende maagklachten;
- diagnose na een gastroscopie;

- aandoening van andere organen dan de distale slokdarm, maag of duodenum.

Aandoeningen van bijvoorbeeld myocard, galblaas of pancreas kunnen ook gepaard gaan met klachten boven in de buik. Recidiverende buikpijn of een ongemakkelijk gevoel in de buik geassocieerd met verandering van het defecatiepatroon kan passen bij het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Zie de NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom. Vergroting van buikorganen (zoals lever, milt en galblaas) of peritoneale prikkeling (zonder voorafgaande maagklachten) wijst erop dat er vermoedelijk sprake is van een andere ziekte dan een maagaandoening. Het verdere beleid bij aandoeningen die niet de distale slokdarm, maag of duodenum betreffen, valt buiten het bestek van deze standaard.

RICHTLIJNEN BELEID

Het beleid bij een patiënt met maagklachten is schematisch weergegeven in [**figuur 1**]. Voor nuancering wordt naar de tekst van de standaard verwezen.

Eerste episode van maagklachten (inclusief beleid bij alarmsymptomen en NSAID-gebruik)

Alarmsymptomen kunnen een belangrijke aanwijzing zijn voor een bloeding, perforatie, stenose of carcinoom of kunnen wijzen op een ernstige complicatie van een maagbandje (mogelijke ischemie, necrose of perforatie van de maagwand).[26] Alarmsymptomen zijn een indicatie voor gastroscopie of spoedverwijzing [**kader 1**].

Bij NSAID-gebruik bij maagklachten, is dat gebruik de meest waarschijnlijke oorzaak van de klachten en bepaalt dit in eerste instantie het beleid [**kader 2**].

Het onderstaande beleid is van toepassing bij afwezigheid van alarmsymptomen en NSAID-gebruik en als de klachten korter dan twee tot drie maanden bestaan en er nog geen gastroscopie plaatsvond.[27] Het beleid bij een recidief van maagklachten meer dan een jaar na een vorige episode is gelijk aan het beleid bij een eerste episode.

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

- Adviseer de patiënt voedingsmiddelen te mijden waarvan uit eigen ervaring bekend is dat ze klachten kunnen veroorzaken.
- Bespreek aanwezige psychosociale aspecten.
- Overweeg een slaaphouding met hoofdeinde omhoog. Bespreek, indien van toepassing, stoppen met roken en afvallen bij overgewicht.[28]
- In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over maagklachten op www.thuisarts.nl/maagklachten of de betreffende NHG-Patiëntenbrief meegeven (via het HIS of de NHG-ConsultWijzer). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Medicamenteuze behandeling[29,30]

Geleidelijk ophogen van de mate van zuurremming totdat voldoende effect is bereikt, heeft de voorkeur. Begin met een antacidum, vervang dit bij onvoldoende effect door een H_2-receptorantagonist en daarna door een PPI. Dit beleid is even effectief als wanneer direct gestart wordt met een PPI en vervolgens wordt getracht om deze af te bouwen. Het voordeel van het beleid met verhoging van de mate van maagzuurremming is dat tweederde van de patiënten geen PPI nodig blijkt te hebben. Daardoor worden problemen bij afbouw van het gebruik van PPI's door het reboundeffect voorkomen.[31] Ook het risico op mogelijke bijwerkingen van chronisch PPI-gebruik (pulmonale en gastro-intestinale infecties en fracturen) vermindert hierdoor [**kader 3**].

De aanpak is als volgt:

- ga na of de patiënt al eerder (zelfzorg) medicatie (antacidum, een laaggedoseerde H_2-receptorantagonist of PPI)

Tabel 1 Standaarddosering H_2-receptorantagonist en PPI

H_2-receptorantagonist (1 dd: innemen voor het slapen; 2 dd: 's ochtends en voor het slapen)	
ranitidine (1e keus)	1 dd 300 mg of 2 dd 150 mg
famotidine	1 dd 40 mg of 2 dd 20 mg
nizatidine	1 dd 300 mg of 2 dd 150 mg
PPI (innemen 30 minuten voor de maaltijd)	
omeprazol (1e keus)	1 dd 20 mg
pantoprazol	1 dd 40 mg
lansoprazol	1 dd 30 mg

Kader 2 Symptomatische behandeling van maagklachten bij een NSAID of andere medicatie

NSAID-gebruik en maagklachten

- Bij ontbreken van een juiste indicatie: stop het NSAID of vervang het zo mogelijk, bijvoorbeeld bij de indicatie pijn, door een ander middel zoals voldoende hoog en frequent gedoseerd paracetamol of een ander analgeticum (zie de NHG-FTR Pijnbestrijding).
- Bij een juiste indicatie voor NSAID-gebruik en een in het verleden aangetoond ulcus ventriculi: controleer de *H. pylori*-status. Indien onbekend: verricht *H. pylori*-diagnostiek en eradiceer bij een positieve uitslag.
- Geef bij een juiste indicatie voor NSAID-gebruik twee weken een PPI in standaarddosering.[48]
- Stop misoprostol bij NSAID-gebruik als een PPI wordt gestart.[49]
- Ga na of comedicatie (naast een NSAID) gebruikt wordt met maagklachten als bijwerking (zie ook paragraaf *Achtergronden*) of met een hoger risico op maagcomplicaties [**kader 4**]. Stop deze medicatie zo mogelijk of geef een alternatief.
- Controleer het effect na twee weken en beoordeel of een indicatie voor maagbescherming aanwezig is [**kader 4**]:
  - bij een juiste indicatie voor een NSAID en afwezigheid van een indicatie voor maagbescherming: probeer het PPI-gebruik af te bouwen bij voldoende effect; bij onvoldoende effect van het PPI: geef tweemaal daags de standaarddosering en probeer na twee weken het PPI af te bouwen;
  - bij een juiste indicatie voor een NSAID en aanwezigheid van een indicatie voor maagbescherming [**kader 4**]: continueer het PPI zolang als het NSAID gebruikt moet worden;
  - heroverweeg de diagnose als de klachten niet reageren op een hoge dosis PPI omdat dan het gebruik van een NSAID als oorzaak van de klachten niet erg waarschijnlijk is.

Gebruik van andere medicatie en maagklachten

- Controleer op het gebruik van geneesmiddelen die maagklachten als bijwerking kunnen geven (zie ook de paragraaf *Etiologie*).
- Stop deze medicatie zo mogelijk of geef een alternatief.
- Behandel verder als bij een eerste episode van maagklachten.

Kader 3 Chronisch gebruik zuurremmers

Achtergronden

In Nederland gebruikt 12% van de bevolking zuurremmers als H_2-receptorantagonisten en (vooral) PPI's.[50] Bij ongeveer 7% is sprake van chronisch gebruik, dat wil zeggen meer dan 180 dagen de standaarddosering in het voorafgaande jaar. Bij veel patiënten is hiervoor geen goede indicatie.

Chronisch gebruik onttrekt zich vaak aan het zicht van de huisarts en kan worden voorkomen door het opstellen en implementeren van een protocol voor herhalingsreceptuur en door een periodieke beoordeling van de indicatie van chronisch zuurremmergebruik (desgewenst in samenwerking met de apotheker) en het aanbieden van een afbouwstrategie.

Onnodig chronisch gebruik van zuurremmers kan ontstaan doordat de oorspronkelijke aandoening of klacht verdwenen is en nooit een afbouwpoging is ondernomen. Ook het reboundeffect kan een rol spelen bij het in stand houden van chronisch gebruik. Bij het reboundeffect keren de oorspronkelijke klachten, na het stoppen van zuurremmers, terug doordat de maag reactief meer zuur produceert, zodat de patiënt weer zuurremmers gaat gebruiken. Het reboundeffect is tijdelijk en treedt bij ongeveer de helft van de gebruikers van PPI's of H_2-recepterantagonisten op. Het reboundeffect is gemiddeld korter bij een H_2-receptorantagonist dan bij een PPI (tot 10 dagen versus 2 tot 4 weken).[51]

Het placebo-effect van medicatie bij maagklachten is ongeveer 40%.[52]

Afbouwen van chronisch gebruik van zuurremmers blijkt bij ongeveer 70% van de patiënten succesvol, ongeveer 30% stopt en 40% gebruikt minder zuurremmers. Er zijn geen patiëntenkenmerken die voorspellen of een afbouwpoging succesvol is.[53]

Stoppen van onnodig zuurremmergebruik voorkomt de nadelen daarvan zoals een verhoogd risico op osteoporotische fracturen bij PPI-gebruik.[54] Bij PPI's én (in mindere mate) H_2-receptorantagonisten is een associatie aangetoond met infecties (respiratoir en gastro-intestinaal). Ook hebben PPI-gebruikers een verhoogd risico op reizigersdiarree door een verminderde maagzuurbarrière. Andere voordelen van het stoppen van gebruik van zuurremmers zijn het voorkomen van interacties (bij co-medicatie), betere therapietrouw bij patiënten met polyfarmacie en kostenreductie. Bij noodzakelijk chronisch gebruik heeft een antacidum of een H_2-receptorantagonist de voorkeur omdat de nadelen daarvan kleiner zijn dan bij een PPI.

Beleid

- Controleer de indicatie; chronisch PPI-gebruik is geïndiceerd bij: maagbescherming [**kader 4**], het zollinger-ellisonsyndroom, een barrettoesofagus of een oesofagitis met endoscopisch graad C of D.
- Controleer de H.p.-status. Indien onbekend: verricht H.p.-diagnostiek en eradiceer bij een positieve uitslag. Indien ooit een ulcus duodeni werd aangetoond en nog nooit eradicatie plaatsvond kan zonder diagnostiek worden geëradiceerd. Controleer na behandeling H.p.-eradicatie.
- Bespreek met de patiënt:
  - dat de klachten vaak spontaan verdwijnen en maagzuurremmers meestal niet meer nodig zijn;
  - dat bij veel chronisch gebruikers een zelfde klachtreductie mogelijk is met zo nodig gebruik;
  - dat bij zo nodig gebruik van zuurremmende medicatie een antacidum of een H_2-receptorantagonist de voorkeur heeft boven een PPI, vanwege het snellere effect na inname;
  - het reboundeffect;
  - de voordelen van stoppen of minderen van maagzuurremmergebruik.
- Staak het gebruik in drie weken; adviseer eerst de dosis te halveren en daarna gebruik om de dag.
- Adviseer zo nodig een antacidum te gebruiken bij klachten (mogelijk als gevolg van het reboundeffect) en raad aan het gebruik daarvan na drie weken ook te stoppen.
- Adviseer patiënten die niet kunnen stoppen 'zo nodig'-gebruik en probeer uit te komen met het minst sterk zuurremmende medicijn.

gebruikt heeft en wat het effect daarvan was. Houd hiermee rekening bij de keuze van onderstaande middelen;

- adviseer een antacidum of een mucosaprotectivum, bijvoorbeeld algeldraat/magnesium(hydr)oxidesuspensie 4 maal daags 15 ml of 1 tot 2 kauwtabletten, 1 uur na iedere maaltijd en voor de nacht;[32]
- vervang het antacidum of het mucosaprotectivum bij onvoldoende effect na 2 tot 4 weken door een H_2-receptorantagonist in standaarddosering [**tabel 1**];[33]
- vervang de H_2-receptorantagonist bij onvoldoende effect na 2 tot 4 weken door een PPI in standaarddosering [**tabel 1**].[34] Neem een PPI een half uur voor de maaltijd in. Verhoog bij onvoldoende effect na 2 tot 4 weken tot 2 maal daags de standaarddosering en eventueel na 2 tot 4 weken tot 2 maal daags een dubbele standaarddosering;[35]
- verricht *H. pylori*-diagnostiek vóór het starten van een PPI bij patiënten afkomstig uit mediterrane landen, het Midden of Verre Oosten, Afrika, Midden- en Zuid-Amerika en eradiceer *H. pylori* indien aanwezig;
- bij controles: evalueer het effect van de medicatie, signaleer eventuele verandering in het klachtenpatroon en heroverweeg zo nodig de diagnose;
- bij voldoende effect: probeer de medicatie geleidelijk geheel af te bouwen [**kader 3**].

Persisterende of recidiverende maagklachten

Bij persisterende of recidiverende klachten is *H. pylori*-diagnostiek geïndiceerd. Dit geldt ook voor patiënten die chronisch een PPI gebruiken en geen klachten hebben. Het doel van *H. pylori*-eradicatie is het behandelen van klachten, het voorkómen van maagkanker en het vermijden van onnodige gastroscopieën.

- Ga na of er redenen zijn om de diagnose maagklachten te heroverwegen.
- Controleer opnieuw de aanwezigheid van alarmsymptomen en NSAID-gebruik: zie respectievelijk [**kader 1**] en [**kader 2**] voor het beleid.
- Bij handhaving van de diagnose maagklachten en afwezigheid van alarmsymptomen en van NSAID-gebruik: verricht *H. pylori*-diagnostiek (zie paragraaf Aanvullend onderzoek).
- Let op het onderbreken van PPI- (en antibiotica-) gebruik (zie paragraaf Aanvullend onderzoek).

Beleid bij H. pylori-positieve uitslag

- Geef een eradicatiebehandeling: PPI (2 maal daags standaarddosering [**tabel 1**] met amoxicilline (2 maal daags 1000 mg) en claritromycine (2 maal daags 500 mg) gedurende 7 dagen.
- Geef bij een penicillineallergie: PPI (2 maal daags standaarddosering [**tabel 1**] met metronidazol (2 maal daags 500 mg) en claritromycine (2 maal daags 500 mg) gedurende 7 dagen.
- Leg uit dat een geslaagde *H. pylori*-eradicatie de klachten soms niet direct zal doen verbeteren en dat de kans bestaat dat de klachten (tijdelijk) terugkeren na staken van de zuurremmers.[21]

- Controleer na een eradicatiebehandeling altijd op *H. pylori*-eradicatie (hertesten).[36]
- Hertesten met een feces- of ademtest kan plaatsvinden vier weken na een antibioticumkuur. Omdat behandeling met een PPI vier weken duurt en de PPI minimaal twee weken gestopt dient te worden, is hertesten pas na (minimaal) zes weken mogelijk. Controle door middel van een serologische test heeft niet de voorkeur; dit is pas zinvol na minimaal zes maanden en alleen indien de uitslag vergeleken wordt met een antistoftiter van vóór de eradicatiebehandeling.
- Geef, indien na eradicatiebehandeling *H. pylori* nog aanwezig is, een andere eradicatiebehandeling: PPI (2 dd standaard dosering [**tabel 1**] met amoxicilline (2 maal daags 1000 mg) en metronidazol (2 maal daags 500 mg) gedurende 7 dagen en controleer op *H. pylori*-eradicatie.[37,38]
- Overleg met de microbioloog of MDL-arts in geval van een positieve *H. pylori*-hertest na een tweede eradicatiebehandeling en in geval van amoxicilline-allergie bij een positieve *H. pylori*-hertest na een eerste eradicatiebehandeling.[39]
- Continueer het PPI na elke eradicatiebehandeling gedurende een maand (1 maal daags standaarddosis) en probeer daarna het PPI-gebruik af te bouwen.

Beleid bij H. pylori-negatieve uitslag

- Continueer de zuurremmende behandeling en probeer na acht weken de medicatie af te bouwen.

Vervolgbeleid

Bij alle patiënten:

- als de klachten terugkeren na een afbouwpoging en er zijn geen indicaties voor gastroscopie (zie paragraaf *Aanvullend onderzoek*), geef dan weer zuurremmende medicatie (zie eerste episode);
- controleer bij chronisch gebruik van zuurremmers eenmaal per jaar en instrueer de patiënt contact op te nemen bij verandering van klachtenpatroon;
- adviseer bij chronisch PPI-gebruik periodiek een afbouwpoging omdat de klachten vaak na verloop van tijd verbeteren.

Patiënten van 50 jaar en ouder:[16,17]

- overweeg een gastroscopie, ook zonder alarmsymptomen, vanwege de kans op een maligniteit. Kenmerken waarbij carcinomen vaker voorkomen zijn: mannelijk geslacht, hogere leeftijd en de in de paragraaf *Achtergronden* beschreven risicofactoren die geassocieerd zijn met maag- en slokdarmcarcinoom.

Patiënten jonger dan 50 jaar:[16]

- omdat maag- of slokdarmcarcinomen nagenoeg niet voorkomen bij patiënten jonger dan 50 jaar zonder alarmsymptomen, wordt een gastroscopie bij hen niet geadviseerd;
- overweeg, vooral bij patiënten jonger dan 50 jaar, een benadering zoals beschreven in de NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Kader 4 Preventie van maagcomplicaties (maagbescherming)

Maagbescherming bij een peptisch ulcus

Geneesmiddelen met een peptisch ulcus (actief of in de voorgeschiedenis) als contra-indicatie, waarvoor in de medicatiebewakingssystemen een signaal wordt afgegeven, zijn:

- anticoagulantia, trombolytica, P2Y12-remmers zoals clopidogrel, prasugrel, ticagrelor (hoger bloedingsrisico, moeilijker te stoppen bloeding);
- systemisch werkende glucocorticoïden (verergering of vertraagde genezing van ulcus);
- kaliumzout, mucolytica en chloralhydraat (aantasten van maagmucosa);
- serotonerge antidepressiva (hoger bloedingsrisico);
- spironolacton (hoger ulcus- en bloedingsrisico);
- NSAID's (hoger ulcus en bloedingsrisico).

Het gegeven advies is afhankelijk van het middel en kan verschillen: kies een alternatief geneesmiddel of alternatieve toedieningsvorm (kaliumdrank of chloralhydraat rectaal), weeg het voordeel van effect af tegen het nadeel, instrueer de patiënt of geef maagbescherming.

Maagbescherming bij NSAID-gebruik

Maagbeschermende maatregelen bij gebruik van elk NSAID, anders dan met een PPI, zijn maatregelen zoals:

- controleer of het NSAID kan worden gestopt. Overweeg vervanging van een NSAID, bijvoorbeeld bij de indicatie pijn door paracetamol (of een andere pijnstiller);
- bij een juiste indicatie voor een NSAID bij een peptisch ulcus in het verleden en onbekende H.p.-status: verricht H.p.-diagnostiek en eradiceer bij een positieve uitslag;
- instrueer het NSAID te staken bij maagpijn en direct contact op te nemen bij hematemesis of melena.

Maagbescherming met een PPI bij een niet-selectief NSAID (exclusief een salicylzuurderivaat als trombocytenaggregatieremmer) is geïndiceerd bij:[55]

- leeftijd van 70 jaar of hoger of;
- een ulcus of maagcomplicaties in de voorgeschiedenis ongeacht de leeftijd;
- bij 2 of meer van de volgende factoren (het risico op complicaties stijgt als er meerdere factoren aanwezig zijn):
  - leeftijd tussen 60 en 70 jaar;
  - ernstige invaliderende reumatoïde artritis, hartfalen of diabetes;
  - hoge dosering van een niet-selectief NSAID;
  - gebruik van comedicatie met een hoger risico op maagcomplicaties: cumarinederivaat, P2Y12-remmer (clopidogrel, prasugrel of ticagrelor), acetylsalicylzuurderivaat (als trombocytenaggregatieremmer), systemischwerkend glucocorticoïd (zie paragraaf *Achtergronden*), SSRI, venlafaxine, duloxetine, trazodon of spironolacton.

Maagbescherming met een PPI bij een acetylsalicylzuurderivaat als trombocytenaggregatieremmer en afwezigheid van niet selectief NSAID-gebruik is geïndiceerd bij:[56]

- een leeftijd van 80 jaar of hoger;
- een leeftijd vanaf 70 jaar en co-medicatie met een hoger risico op maagcomplicaties: cumarinederivaat, P2Y12-remmer (clopidogrel, prasugrel of ticagrelor), systemischwerkend glucocorticoïd (zie paragraaf *Achtergronden*), SSRI, venlafaxine, duloxetine, trazodon of spironolacton;
- een leeftijd vanaf 60 jaar in combinatie met een ulcus of complicatie daarvan in de voorgeschiedenis.

Medicamenteuze maagbescherming:
Als medicamenteuze preventie van maagcomplicaties wordt een PPI geadviseerd.[57] Misoprostol geeft vaak bijwerkingen en moet meermalen per dag worden ingenomen en selectieve NSAID's hebben uitgebreide cardiovasculaire contra-indicaties en zijn minder goed onderzocht bij deze indicatie. Daarnaast is een PPI goedkoper dan deze beide alternatieven.

- Geef een PPI in standaarddosering, bijvoorbeeld omeprazol, tenzij de patiënt clopidogrel gebruikt. Geef in dat geval geen omeprazol, maar pantoprazol in standaarddosering.[58]

Beleid na gastroscopie

Geen verklarende bevindingen bij gastroscopie

Bevindingen als een niet-erosieve bulbitis of duodenitis, een niet-erosieve gastritis, een hiatus hernia (hernia diafragmatica), een gastro-oesofageale prolaps of insufficiënte gastro-oesofageale overgang vormen geen verklaring voor de klachten en hebben geen therapeutische consequenties voor het beleid bij maagklachten. Het beleid is hetzelfde als in de situatie dat er bij gastroscopie geen afwijking wordt gevonden en is afhankelijk van de klachten.

Bij afwezigheid van verklarende bevindingen bij gastroscopie wordt onderscheid gemaakt tussen:

- gastro-oesofageale refluxziekte als refluxklachten op de voorgrond staan;[5]
- functionele klachten als overige maagklachten op de voorgrond staan.

Bij gastro-oesofageale refluxziekte en functionele klachten:

- stem voorlichting en advies af op persoonlijke factoren (psychologische factoren, voedsel en leefstijl);
- geef zuurremmende medicatie (zie eerste episode);[40,41]
- bespreek het nut van periodieke afbouwpogingen bij gebruik van medicatie [**kader 3**].

Bij functionele klachten:

- informeer de patiënt over het chronisch karakter van functionele maagklachten (50 tot 90% van de patiënten houdt intermitterend of continu klachten) en de beperkte therapeutische opties;
- probeer bij functionele klachten – als een PPI geen effect heeft – domperidon 3 maal daags 10 mg (maximaal 4 maal daags 20 mg);[41]
- overweeg bij functionele klachten een benadering zoals beschreven in de NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK);
- antidepressiva en psychologische interventies als behandeling van functionele maagklachten worden niet geadviseerd.[42,43]

Bij gastro-oesofageale klachten:

- overweeg verwijzing naar een MDL-arts als na minimaal 12 weken gebruik van de dubbele dosis PPI therapieresistentie bestaat bij refluxklachten om deze diagnose te bevestigen en de mogelijkheid van refluxchirurgie te bespreken.[44]

Oesofagitis

De ernst van de klachten correspondeert niet altijd met de ernst van de oesofagitis.

- Start bij oesofagitis met endoscopisch graad A of B[45] een PPI in standaarddosering [**tabel 1**].[46] Geef bij onvoldoende effect na twee weken tweemaal daags de standaarddosering PPI.
- Behandel gedurende acht weken en probeer daarna het PPI-gebruik te stoppen [**kader 3**].
- Indien er klachten blijven bestaan: behandel op geleide van de klachten en probeer uit te komen met de minst sterk zuurremmende medicatie.
- Geef bij ernstiger vormen van oesofagitis (endoscopisch graad C of D) levenslang een onderhoudsbehandeling met een PPI in standaarddosering. Overleg met de specialist over de noodzaak van een controle gastroscopie na acht tot twaalf weken en over de verdere controles.

Totstandkoming

In december 2010 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Maagklachten. De werkgroep bestond uit de volgende leden: J.A.M. Dirven, huisarts te Renswoude; C.G. Heemstra-Borst, huisarts te Veldhoven; dr. G.J.B. Hurenkamp, huisarts te Utrecht; prof.dr. M.E. Numans, huisarts te Utrecht; M.E. Scheele, huisarts te Schiedam; prof.dr. N.J. de Wit, huisarts te Utrecht. Belangenverstrengeling in de periode van 2005 tot 2010 is gemeld door prof. dr. M.E. Numans (Nycomed, 2008: wetenschappelijk onderzoek; Astra-Zeneca, 2007: advies).

E. de Jongh, arts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en voerde de redactie. Dr. R.M.M. Geijer, huisarts, was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling. M.M. Verduijn, apotheker, was als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie van dezelfde afdeling betrokken. Dr. J.S. Burgers was als hoofd van deze afdeling betrokken. M.A. Kijser, huisarts, was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Op 15 maart 2012 is de ontwerpstandaard besproken in een focusgroep met tien huisartsen, geleid door dr. S.S.M. Mol.

Namens de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie is dr. N.L.A. Arents, medisch microbioloog te Veldhoven, betrokken geweest bij het onderdeel H.p.-diagnostiek en behandeling.

Namens de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen zijn dr. W. de Boer, MDL-arts Ziekenhuis Bernhoven te Oss en dr. M.E. Otten, MDL-arts Meander Medisch Centrum te Amersfoort, als meelezer betrokken geweest vanaf november 2011.

Als referenten bij de standaard traden op: dr. J. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap; K.Y. Tsoi, apotheker en dr. S.D. Borgsteede, apotheker/epidemioloog, beiden namens de afdeling medicatiebewaking van Health Base, Houten; dr. W. de Boer, MDL-arts Ziekenhuis Bernhoven te Oss en dr. M.H. Otten, MDL-arts Meander Medisch Centrum te Amersfoort, beiden namens de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen; dr. A.W. van der Velden, senior onderzoeker Julius Centrum te Utrecht; S. Jaber, beleidsmedewerker Kwaliteit van de Nederlandse Internisten Vereniging, mede namens de commissie Richtlijnen van de NIV; dr. J.J. Maas, bedrijfsarts, namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; K. de Leest, dr. T. Schalekamp en R.M. Dull, allen apothekers en P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker en R. Tahmassian ziekenhuisapotheker in opleiding, allen namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie van de KNMP; prof. dr. H.E. van der Horst, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde VUmc; dr. J.F.L. Weel, arts-microbioloog te Leeuwarden; M. Avonts, huisarts, namens de Vlaamse Vereniging van Huisartsen; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar vrouwenstudies geneeskunde UMC St Radboud; dr. M.M. Tabbers, kinderarts MDL, EKZ/AMC; L. van de Aa en A. Tonen, diëtisten beiden namens van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten; dr. J. Muris, huisarts, hoofd huisartsopleiding Maastricht.

Vermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de standaard inhoudelijk op elk detail onderschrijft. I. van der Sar en dr. R. Starmans, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het basisplan. In juli 2012 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

- Volg bij een barrettoesofagus het advies van de MDL-arts.[47]

Ulcus duodeni

- Geef een *H. pylori*-eradicatiebehandeling zonder *H. pylori*-diagnostiek en behandel daarna vier weken met een PPI in standaarddosering.
- Bouw daarna het PPI-gebruik af (zie afbouwschema).
- Controleer na behandeling op *H. pylori*-eradicatie.

Ulcus ventriculi

- Verricht *H. pylori*-diagnostiek indien nog niet verricht.
- Bij *H. pylori*-negatieve ulcera: behandel gedurende vier weken met een PPI in standaarddosering.
- Bij *H. pylori*-positieve ulcera: geef eradicatiebehandeling en behandel daarna vier weken met een PPI in standaarddosering.
- Bouw daarna het PPI-gebruik af (zie paragraaf *Chronisch gebruik zuurremmers*) en controleer na behandeling altijd *H. pylori*-eradicatie.
- Laat een controle gastroscopie verrichten acht weken na de start van succesvolle eradicatiebehandeling om een carcinoom uit te sluiten.

Erosieve gastritis of een erosieve bulbitis

- Bij een erosieve gastritis of bulbitis: verricht *H. pylori*-diagnostiek (indien nog niet verricht) en eradiceer *H. pylori* zo nodig.
- Controleer na behandeling op *H. pylori*-eradicatie.
- Geef een PPI in standaarddosering gedurende vier weken en bouw daarna het PPI-gebruik af.

VERWIJZING

- Verwijs voor gastroscopie of consultatie bij alarmsymptomen [**kader 1**].
- Overleg met een MDL-arts bij gastroscopische diagnoses als: achalasie, oesofagusvarices, candida-oesofagitis, poliepen, benigne tumoren, divertikels, hypertrofische gastropathie (ziekte van Ménétrier) en een corpus alienum.
- Verwijs naar een MDL-arts:
  - bij verdenking op therapieresistentie bij refluxklachten;
  - bij een gastroscopisch aangetroffen carcinoom of een barrettoesofagus.
- Verwijs naar een bedrijfsarts bij maagklachten gerelateerd aan het beroep.

© 2013 Nederlandse Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Patrick Hemmer, Barbara van Leeuwen

Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC)

INLEIDING

Chirurgie is de hoeksteen van de behandeling van kanker; bij veel maligne tumoren is genezing alleen mogelijk als ze volledig chirurgisch verwijderd worden. Met steeds verfijndere chirurgische technieken is het gelukt de overlevingskansen te vergroten en de morbiditeit van de behandeling te verkleinen. Een voorbeeld is de schildwachtklierprocedure, waarmee men lymfekliermetastasen opspoort zodat de verdere behandeling daarop kan worden afgestemd: deze maakt tegenwoordig standaard deel uit van de chirurgie bij mammacarcinoom. Ook als een tumor is uitgezaaid, kan chirurgie de overlevingskansen soms verbeteren. Levermetastasen van het coloncarcinoom kunnen bij sommige patiënten gereseceerd worden, zodat zij alsnog genezen. Ook bij peritoneale metastasen zijn er ontwikkelingen in de oncologische chirurgie. In het ziektebeloop van onder andere colorectale carcinomen komt peritonitis carcinomatosa regelmatig voor. Deze aandoening was met systemische chemotherapie moeilijk te behandelen, maar sinds kort heeft de toepassing van een in de jaren negentig geïntroduceerde techniek, bestaande uit cytoreductieve chirurgie gevolgd door hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), de levensverwachting aanzienlijk verlengd.

Colorectaal carcinoom is met 10.000 nieuwe patiënten per jaar een van de meest voorkomende maligniteiten in Nederland. De ziekte staat bij mannen met 14% van het totaal op de derde plaats achter prostaat- en longcarcinoom. Bij vrouwen bezet het met 13% zelfs de tweede plaats, achter mammacarcinoom (33%). Onder andere door de vergrijzing stijgt de incidentie, naar verwachting zullen er vanaf 2015 ieder jaar 14.000 nieuwe patiënten bij komen. Ongeveer 5-10% van hen heeft bij het stellen van de diagnose al peritoneale metastasen, nog eens 20-50% ontwikkelt ze tijdens het beloop van de ziekte.[1-2]

Tot het begin van de jaren negentig werden patiënten met peritoneale metastasen behandeld met systemische chemotherapie, met of zonder palliatieve chirurgie. De prognose was echter weinig bemoedigend, met een mediane overleving van minder dan zes maanden.[1-3] Weliswaar is dat nadien verbeterd, maar genezing is met chemotherapie nog steeds niet mogelijk.[4] In het begin van de jaren negentig is men gaan experimenteren met een nieuwe, chirurgische behandeling van peritonitis carcinomatosa in afwezigheid van extra-abdominale metastasen.[5] Van oorsprong werd deze therapie, die wij hierna kortweg HIPEC zullen noemen, toegepast ter behandeling van pseudomyxoom. Vanwege het geringe aantal patiënten is de behandeling lang experimenteel gebleven, maar sinds kort is het indicatiegebied uitgebreid en het omvat in Nederland inmiddels drie aandoeningen; pseudomyxoma peritonei, peritonitis carcinomatosa van colorectale origine en maligne peritoneaal mesothelioom. Het ovariumcarcinoom met peritoneale metastasen wordt vooralsnog alleen in onderzoeksverband met HIPEC behandeld.

In dit artikel bespreken wij de geschiedenis, indicatiegebieden, resultaten en bijwerkingen van HIPEC, en niet te vergeten de mentale impact op de patiënt. De huisarts heeft een belangrijke rol in het behandeltraject, zowel in het opsporen

Samenvatting

Hemmer PHJ, Van Leeuwen BL. Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Huisarts Wet 2013;56(1):36-9.

Chirurgie vormt de basis van de behandeling van kanker. Ook bij uitzaaiingen kan chirurgische resectie de overleving soms verbeteren. Een voorbeeld van dat laatste is cytoreductieve chirurgie gevolgd door hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Hierbij maakt de chirurg de buikholte chirurgisch tumorvrij en spoelt deze vervolgens na met een verwarmde chemotherapieoplossing. Als de patiënt hersteld is, volgt aanvullende chemotherapie. De techniek is begin jaren negentig geïntroduceerd ter behandeling van pseudomyxoma peritonei en wordt inmiddels ook toegepast bij peritonitis carcinomatosa en bij maligne peritoneaal mesothelioom. Er zijn zes HIPEC-centra in Nederland.

HIPEC is een zware, maar effectieve behandeling. Patiënten met peritoneale metastasen van een coloncarcinoom hebben normaliter een slechte prognose. Met HIPEC is de vijfjaarsoverleving 30% en in bepaalde groepen zelfs 50%. De mortaliteit van de procedure zelf is 4% en daalt nog steeds. Ook patiënten met een maligne peritoneaal mesothelioom komen in aanmerking voor HIPEC.

Tijdens het hele behandeltraject is er veel aandacht nodig voor de lichamelijke en geestelijke begeleiding van de patiënt. De huisarts speelt daarin een belangrijke rol, met name bij de begeleiding buiten de ziekenhuisopnamen en bij het signaleren van lichamelijke problemen door de behandeling. Speciale aandacht verdienen psychosociale problemen, stoma, koorts, sondevoeding, splenectomie, enterocutane fistel en recidief.

De kern

- Peritonitis carcinomatosa komt relatief vaak voor bij patiënten met een colorectaal carcinoom.
- Bij intraperitoneale uitzaaiingen werkt systemische chemotherapie onvoldoende.
- HIPEC, bestaande uit chirurgische behandeling en intraperitoneale chemotherapie, heeft de overlevingskansen aanmerkelijk vergroot.
- HIPEC is een zeer zware behandeling, met een mortalititeit van 4% en morbiditeit van 30-40%.
- De huisarts speelt een belangrijke rol in de begeleiding van patiënten die deze intensieve behandeling ondergaan hebben.

UMC Groningen, afdeling Chirurgische oncologie, Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen: P.H.J. Hemmer, chirurg; dr. B.L. van Leeuwen, chirurg-oncoloog • Correspondentie: p.h.j.hemmer@umcg.nl •
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

van bijwerkingen als bij de mentale ondersteuning en natuurlijk ook bij het signaleren van een eventueel recidief.

ACHTERGROND VAN DE BEHANDELING

HIPEC bestaat uit twee fases, waarvan de eerste bestaat uit cytoreductieve chirurgie: alle intra-abdominaal aanwezige tumordeposities worden chirurgisch verwijderd. Dit kan de resectie van meerdere organen inhouden (van galblaas tot uterus), maar ook het strippen van de peritoneale bekleding van de gehele buikholte (van diafragma tot blaas). Tijdens de tweede fase wordt de buikholte gespoeld met een verwarmde chemotherapieoplossing [**afbeelding**]. De oplossing bevat, afhankelijk van de te behandelen tumor, mitomycine of een combinatie van doxorubicine en cisplatine.

Pseudomyxoma peritonei

In Nederland werd HIPEC in 1995 geïntroduceerd door Frans Zoetmulder in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam ter behandeling van pseudomyxoma peritonei, een uiterst zeldzaam ziektebeeld (incidentie in Nederland: één per miljoen inwoners per jaar),[6] dat gekenmerkt wordt door de intra-abdominale verspreiding van slijm vanuit adenomucineuze tumorcellen. Deze tumorcellen hebben zich intra-abdominaal verspreid na ruptuur van een intraperitoneaal gelegen mucineus neoplasma, meestal in de appendix of de ovaria.

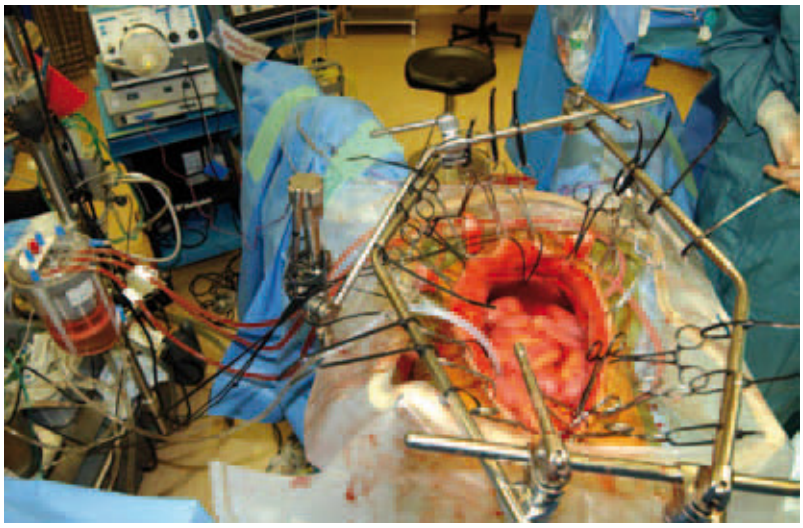
Op het moment van de operatie heeft het pseudomyxoom zich vaak al door de gehele buik verspreid en veel organen aangetast. De hoeveelheid te reseceren weefsel is meestal indrukwekkend en het lukt vrijwel nooit om tot een macroscopisch radicale resectie te komen: het slijm laat zich zelden helemaal verwijderen. Omdat het pseudomyxoom een lage maligniteitsgraad heeft, is dat echter geen contra-indicatie. De gedachte is dat spoelen met een verwarmde chemotherapieoplossing ervoor zorgt dat alle tumor- of slijmresten tot 2 mm toch te gronde gaan. De behandeling van pseudomyxoma peritonei met HIPEC heeft de tienjaarsoverleving verhoogd tot 63%.[7,8]

Peritonitis carcinomatosa van colorectale origine

In de jaren voordat HIPEC geïntroduceerd werd, werd peritonitis carcinomatosa van colorectale origine behandeld met systemische chemotherapie en palliatieve chirurgie. De mediane overleving van deze behandeling, die geïntroduceerd werd in 1990, was minder dan 6 maanden.[1,2] Er is veel onderzoek gedaan naar deze behandelmodaliteit, maar zij is in slechts 1 gerandomiseerd onderzoek vergeleken met HIPEC. Dit Nederlandse onderzoek liet een duidelijk betere mediane overleving zien in de HIPEC-groep: 22,3 maanden versus 12,6 maanden in de groep met alleen systemische chemotherapie en palliatieve chirurgie. De mortaliteit was 8% en de morbiditeit (dat wil zeggen het percentage patiënten met complicaties) 40%.[9] Dit verschil is na 8 jaar follow-up nog zichtbaar. Van de patiënten in de HIPEC-groep bij wie macroscopische tumoren verwijderd kunnen worden, is de vijfjaarsoverleving 45%.[10] Ook een review en een meta-analyse uit 2009 laten een duidelijk overlevingsvoordeel zien voor de HIPEC-groep.[11] De belangrijkste prognostische factor is de compleetheid van de cytoreductie: als alle tumoren verwijderd kunnen worden is de vijfjaarsoverleving 30-50%, afhankelijk van de uitgebreidheid van de ziekte vóór de operatie.[12,13] De postoperatieve mortaliteit na HIPEC is ongeveer 4%, de morbiditeit ligt tussen de 30 en 40%.

De *peritoneal cancer index* (PCI) is een internationale maat die de uitgebreidheid van de peritoneale metastasering bij colorectaal carcinoom uitdrukt in termen van de hoeveelheid tumorweefsel in verschillende regionen van de buik. Inmiddels

HIPEC-opstelling met centraal de patiënt terwijl links een hart-longmachine de chemotherapieoplossing verwarmt en intra-abdominaal rondpompt



Abstract

Hemmer PHJ, Van Leeuwen BL. Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC). Huisarts Wet 2013;56(1):36-9.

Surgery forms the basis of cancer therapy, and surgical resection sometimes improves survival in metastatic disease. One such surgical approach is cytoreductive surgery followed by hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC). In this procedure, the surgeon removes all visible tumour from the abdominal cavity and then flushes the cavity with a warmed solution of chemotherapy agents. Once the patient has recovered, adjunct chemotherapy is started. The technique was introduced in the 1990s for the treatment of pseudomyxoma peritonei but is now also used for peritoneal carcinomatosis and malignant peritoneal mesothelioma. Six centres in the Netherlands provide HIPEC.

It is an aggressive and taxing, but effective, procedure. Patients with peritoneal metastases from colon cancer usually have a poor prognosis, but after HIPEC the 5-year survival rate is 30% and even 50% in certain patient groups. Procedure mortality is 4% but is decreasing. Throughout treatment, considerable attention should be paid to managing the physical and mental health of the patient, and in this the general practitioner has an essential role in detecting treatment-related physical problems. Special attention should be paid to psychosocial problems, stoma, fever, tube feeding, splenectomy, enterocutaneous fistula, and tumour recurrence.

Tabel 1 HIPEC-centra in Nederland

Centrum	Plaats
Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis	Amsterdam
VU medisch centrum	Amsterdam
St. Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven
Universitair Medisch Centrum Groningen	Groningen
Radboud Universitair Medisch Centrum	Nijmegen

is bekend dat HIPEC niet meer zinvol is bij een PCI hoger dan 20/39 en/of meer dan 5 aangedane buikregionen. Het is dan vrijwel onmogelijk om alle tumoren radicaal te verwijderen en de postoperatieve overleving verschilt dan niet of nauwelijks van die na systemische chemotherapie.

Enkele weken na de HIPEC volgt een adjuvante chemotherapie, die op dit moment veelal bestaat uit 5-fluorouracilpreparaten. Lang niet alle patiënten kunnen zo'n adjuvante kuur voltooien, hetzij vanwege de bijwerkingen, hetzij omdat hun conditie zo kort na de uitgebreide operatie nog te slecht is. Daarom gaat men in het buitenland vaak over tot preoperatieve (neoadjuvante) chemotherapie. Het bewijs is nog niet geleverd, maar neoadjuvante chemotherapie zou voordelen kunnen hebben: betere conditie tijdens de chemotherapie dus minder uitvallers, en een kleinere tumormassa dus minder uitgebreide chirurgie. In Nederland wordt neoadjuvante chemotherapie nog niet vaak gebruikt bij primair operabele patienten. Nader onderzoek zal uitsluitsel moeten geven.

Als patiënten in eerste instantie inoperabel zijn omdat de intra-abdominale ziekte te uitgebreid is, start men vaak een in opzet palliatieve chemotherapie. In sommige gevallen reageert de patiënt daar zo goed op dat men alsnog overgaat tot HIPEC. We beschouwen de in opzet palliatieve chemotherapie dan als neoadjuvant.

Patiënten met retroperitoneale, long- of andere extra-abdominale metastasen komen niet in aanmerking voor HIPEC. Voor sommige patiënten met levermetastasen kan in speciale gevallen een uitzondering op deze regel gemaakt worden. Tot voor kort had de behandeling ook een leeftijdsgrens van 70 jaar, maar deze bovengrens wordt niet langer strikt gehandhaafd. De biologische leeftijd weegt tegenwoordig zwaarder: een goede conditie is van essentieel belang.

De 6 Nederlandse behandelcentra [**tabel 1**] opereren op jaarbasis ongeveer 200 patiënten. Dit is – voorzichtig geschat – nog maar de helft van het aantal operabele patienten. Ervan uitgaande dat 10% van alle patiënten met een colorectaal carcinoom peritoneale metastasen ontwikkelt, zijn er jaarlijks 1400 patiënten met peritoneale metastasen, van wie naar schatting een kwart operabel is, wat neerkomt op 350 patiënten per jaar. Men kan slechts concluderen dat niet alle geschikte patiënten een verwijzing krijgen. Tussenkomst van een medisch specialist is voor verwijzing naar een HIPEC-centrum niet altijd noodzakelijk, ook de huisarts kan een dergelijke behandeling met de patiënt bespreken en de verwijzing regelen.

Maligne peritoneaal mesothelioom

Een derde indicatie voor HIPEC is het maligne peritoneaal mesothelioom, een zeldzame tumor die uitgaat van de serosale bekleding van het peritoneum of de tunica vaginalis. De incidentie van het maligne mesothelioom stijgt wereldwijd nog steeds als gevolg van het gebruik van asbesthoudende bouwmaterialen in het verleden. De piek in de incidentie wordt verwacht over vijf tot twintig jaar.[14,15]

Patiënten met een maligne peritoneaal mesothelioom presenteren zich vaak met buikpijn en een opgezette buik. Er zijn verschillende behandelingen geprobeerd, waaronder radiotherapie, chemotherapie en palliatieve chirurgie, maar deze veranderden het natuurlijke beloop niet. Dit leidde tot algehele terughoudendheid in de behandeling en het idee dat de prognose infaust was. Patiënten stierven binnen een jaar door ondervoeding of darmobstructie. De introductie van de HIPEC heeft hierin verandering gebracht: de vijfjaarsoverleving na deze behandeling bij maligne peritoneaal mesothelioom is 60%.[16]

COMPLICATIES CHIRURGIE EN HIPEC

Hoewel HIPEC de prognose van patiënten met een pseudomyxoom, peritoneaal gemetastaseerd colorectaal carcinoom of maligne peritoneaal mesothelioom duidelijk heeft verbeterd, heeft de ingreep wel de nodige complicaties. De behandeling vergt vaak uitgebreide chirurgie en adjuvante chemotherapie. In de begindagen kwamen enterocutane fistels door te uitgebreide chirurgie veel voor, tegenwoordig veel minder door betere patiëntenselectie. Veel patiënten krijgen tijdens een HIPEC een blijvend stoma, dit voorkomt complicaties zoals naadlekkage, maar het is op termijn wel belastend voor de patiënt. Door het verwijderen van het omentum majus en het spoelen met verwarmde chemotherapie is de maagontlediging na de operatie vertraagd. Daardoor zijn patiënten over het algemeen enkele weken niet in staat zelf te eten en voor langere tijd afhankelijk van sondevoeding. Verder zorgt de onderdrukking van het immuunsysteem door de chemotherapie vaak ook voor infectieuze complicaties zoals pneumonie en intra-abdominale abcessen. Neutropenie komt bij de huidige doseringen nauwelijks nog voor.

Patiënten liggen vaak enkele weken in het ziekenhuis en ervaren de operatie, die standaard gevolgd wordt door enkele dagen IC-opname, vaak als zeer bedreigend. Zij krijgen daarom in het ziekenhuis begeleiding van een maatschappelijk werker, maar velen houden ook op langere termijn psychosociale problemen. De onzekerheid over een eventuele terugkeer van de tumor en het verlies van het vertrouwen in het eigen lichaam geven vaak veel spanningen. De huisarts speelt in die fase een belangrijke rol. In [**tabel 2**] staan de aandachtspunten die voor de huisarts van belang zijn.

CONCLUSIE

De introductie van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie heeft een grote stap voorwaarts betekend in de behandeling van pseudomyxoom, peri-

Tabel 2 **Aandachtspunten voor de huisarts**

Aandachtspunt	Actie
Psychosociale problemen als gevolg van de behandeling	Proactieve houding, steunend contact, zo nodig verwijzen
Stoma	Bij problemen overleggen met stomaverpleegkundige
Koorts	Direct overleggen met specialist, cave neutropenie en intra-abdominaal abces
Sondevoeding	Bij problemen overleggen met diëtiste en (specialistisch team) thuiszorg
Splenectomie	Vaccinatieschema en antibiotica in eigen beheer in verband met verhoogd risico op fulminant verlopende sepsis
Enterocutane fistel	Overleggen met specialist en terugverwijzen voor behandeling
Recidief	Steunend contact, eventueel verwijzen voor palliatieve behandeling

tonitis carcinomatosa en maligne peritoneaal mesothelioom. De overleving is sterk toegenomen en voor het eerst is er kans op genezing van deze voorheen onbehandelbare ziekten. De verbeterde overleving heeft echter wel een prijs, want het is een uitgebreide en zware behandeling met veel morbiditeit. De mortaliteit is door betere patëntenselectie en verbeterde techniek gedaald tot 4%, en daalt nog steeds. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Oncologie'.

LITERATUUR

1 Jayne DG, Fook S, Loi, Seow-Choen F. Peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer. Br J Surg 2002;89:1545-50.
2 Chu DZ, Lang NP, Thompson C, Osteen PK, Westbrook KC. Peritoneal carcinomatosis in nongynecologic malignancy: a prospective study of prognostic factors. Cancer 1989;63:364-7.
3 Sadeghi B, Arvieux C, Glehen O, Beaujard AC, Rivoire M, Baulieux J, et al. Peritoneal carcinomatosis from non-gynecologic malignancies: results of the EVOCAPE 1 multicentric prospective study. Cancer 2000;88:358-63.
4 Kopetz S, Chang GJ, Overman MJ, Eng C, Sargent DJ, Larson DW, et al. Improved survival in metastatic colorectal cancer is associated with adoption of hepatic resection and improved chemotherapy. J Clin Oncol 2009;27:3677-83.
5 Sugarbaker PH. Peritonectomy procedures. Ann Surg 1995;221:29-42.
6 Mukherjee A, Parvaiz A, Cecil TD, Moran BJ. Pseudomyxoma peritonei usually originates from the appendix: A review of the evidence. Eur J Gynaecol Oncol 2004;25:411-4.
7 Miner TJ, Shia J, Jaques DP, Klimstra DS, Brennan MF, Coit DG. Long-term survival following treatment of pseudomyxoma peritonei: an analysis of surgical therapy. Ann Surg 2005;241:300-8.
8 Chua TC, Moran BJ, Sugarbaker PH, Levine EA, Glehen O, Gilly FN, et al. Early- and long-term outcome data of patients with pseudomyxoma peritonei from appendiceal origin treated by a strategy of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. J Clin Oncol 2012;30:2449-56.
9 Verwaal VJ, Van Ruth S, De Bree E, Van Sloothen GW, Van Tinteren H, Boot H, et al. Randomized trial of cytoreduction and hyperthermicintraperitoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy and palliative surgery in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. J Clin Oncol 2003;21:3737-43.
10 Verwaal VJ, Bruin S, Boot H, Van Slooten G, Van Tinteren H. 8-year follow-up of randomized trial: Cytoreduction and hyperthermic intra-peritoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal cancer. Ann Surg Oncol 2008;15:2426-32.
11 Cao C, Yan TD, Black D, Morris DL. A systematic review and meta-analysis of cytoreductive surgery with perioperative intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. Ann Surg Oncol 2009;16:2152-65.
12 Mahteme H, Hansson J, Berglund A, Påhlman L, Glimelius B, Nygren P, et al. Improved survival in patients with peritoneal metastases from colorectal cancer: a preliminary study. Br J Cancer 2004;90:403-7.
13 Elias D. French multi-institutional registry for colorectal peritoneal carcinomatosis [abstract]. 5th peritonectomy workshop, Oct 2008, Lyon, France.
14 Battifora A, Mc Caughey WTE. Tumours of the serosal membranes. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1994.
15 Robinson BW, Lake RA. Advances in malignant mesothelioma. N Engl J Med 2005;303:1591-603.
16 Deraco M, Nonaka D, Barati D, Casali P, Rosai J, Younan R, et al. Prognostic analysis of clinicopathologic factors in 49 patients with diffuse malignant peritoneal mesothelioma treated with cytoreductive surgery and intraperitoneal hyperthermic perfusion. Ann Surg Oncol 2006;13:229-37.

Casuïstiek: een nieuwe rubriek in H&W

Herkent u dit? Die ene patiënt die je nog jaren bijblijft vanwege het atypische beloop van een aandoening die aanvankelijk routine leek, of die zeldzame diagnose uit de leerboeken van de basisopleiding die u ineens in uw eigen praktijk tegenkomt? De redactie van H&W nodigt u uit deze ervaringen met andere lezers te delen in de nieuwe rubriek Casuïstiek.

Centraal staan de beschrijving van het medische vraagstuk en de presentatie. Op 1 pagina (700 woorden) presenteert u - na een korte inleiding - bondig de casus met daarin een beknopte achtergrond, relevante onderzoeksbevindingen, differentiaaldiagnose, behandeling en follow-up. De aandoening zelf is hier dus ondergeschikt aan de beschreven casus. Kijk voor de volledige informatie op www.henw.org/voorauteurs.

U kunt uw bijdrage inzenden naar redactie@nhg.org. Wij kijken ernaar uit! ■

Wilma Spinnewijn

Gesprek met Annelies Lucas en Charles Helsper

Een heel gezin gepromoveerd!

Nog niet eerder had H&W de kans om tegelijkertijd een moeder en zoon aan het woord te laten die beiden recentelijk promoveerden. Bij Annelies Lucas ging het om het proefschrift *Support of an Asthma/COPD service for general practitioners in daily care*. Charles Helsper promoveerde op *Case finding strategies for hepatitis C infection* (zie ook zijn Beschouwing op de pagina's 22-25). Hieronder vertellen zij over deze bijzondere situatie en over hun onderzoeksresultaten.

Nog meer generaties

Bij het gesprek is ook de allerjongste telg van de familie present: Helspers zoon, acht maanden oud, zit goedgehumeurd en geïnteresseerd in zijn kinderstoeltje aan tafel mee te luisteren als een promovendus in de dop. Is een wetenschappelijke interesse min of meer vanzelfsprekend binnen het gezin? Lucas: 'Bij mij is het vooral een groeiproces geweest vanuit de praktijk: hoe implementeer je de standaarden, hoe kun je spirometrie op een goede manier uitvoeren en hoe zit het dan met de kwaliteit? Maar inderdaad, behalve mijn zoon zijn ook mijn dochter en hun vader gepromoveerd.'

Is ook het promotietraject van deze dochter min of meer tegelijk verlopen met dat van moeder en zoon? Lucas: 'Nee, bij mij heeft het traject wat langer geduurd. Toen ik begon met mijn onderzoek, zo rond 2003/2004, was het nog redelijk rustig in huisartsenland. De praktijkondersteuning kwam op, waarvoor ik al Modellenwegwijzers had geschreven. Toen er DBC's moesten komen heb ik daaraan meegeschreven. De eerste– over diabetes mellitus – was echt een force majeure! Daarna kwam de DBC over astma/COPD. En in ons gezondheidscentrum werd het ook nog spannend en druk. Ik had dus wel heel veel naast elkaar en kon maar één dag per week aan mijn onderzoek besteden. Daarom duurde het bij mij allemaal wat langer. Charles begon later dan ik, maar zijn promotieonderzoek verliep veel sneller. En mijn dochter was bijna klaar toen Charles begon. Maar héél even telde ons gezin inderdaad drie promovendi.'

Gevallen voor de wetenschap

Helsper: 'Ik zou niet willen zeggen dat een wetenschappelijke interesse in ons gezin vanzelfsprekend was, want voor mij kwam het als een verrassing dat ik de onderzoekskant zo leuk bleek te vinden. Ik begon als aiotho aan de huisartsopleiding, maar na een jaar viel ik helemaal voor de wetenschap. Ik vond onderzoek doen gewoon nóg leuker dan het werken in de praktijk! Maar mijn onderzoek moet wel nadrukkelijk praktijkgericht zijn en ik wil daarmee graag het huisartsenvak op een hoger niveau tillen.'
Kost het Helsper als niet-huisarts geen moeite om voeling te houden met de dagelijkse praktijk? 'Nee, gelukkig niet, want heel veel mensen om mij heen – mijn vrouw, mijn moeder en veel van mijn vrienden – zijn huisarts. Bovendien werk ik op de huisartsopleiding. Ik ontwikkel en geef EBM-onderwijs voor aios en vanuit de afdeling Huisartsgeneeskunde geef ik les aan de universiteit in klinische vakken. Hierdoor houd ik contact met de praktijk en kan ik op een ander niveau huisartsen ondersteunen en het vak vooruit helpen.'

Ondersteuning van de diagnostiek

Een astma/COPD-dienst voert longfunctiemetingen uit en laat deze beoordelen door longartsen uit de regionale ziekenhuizen. Lucas onderzocht of en hoe zo'n dienst het werk van de huisarts kan ondersteunen. Wat waren hierbij haar bevindingen? 'Een goede astma/COPD-zorg vergt nogal wat, te beginnen met de diagnostiek. Er zijn specifieke vaardigheden nodig wil je het longfunctieonderzoek adequaat uitvoeren en interpreteren. Er is apparatuur nodig, die vervolgens moet worden onderhouden. En er is een hele administratieve rompslomp rond de registratie. Dat is allemaal heel tijdrovend. Zo'n astma/COPD-dienst kan niet alleen de longfunctiemetingen overnemen, maar ook de registratie en het datamanagement. Ze hebben bovendien een oproepsysteem voor de follow-up, zodat je zeker weet dat niets en niemand wordt overgeslagen. En ze geven je feedback over je patiënten. Je hebt dan in je praktijk dus geen omkijken meer naar de diagnostiek van je astma/COPD-patiënten.'

Taken van de praktijkondersteuner

Verricht zo'n astma/COPD-dienst dan geen taken die ook de praktijkondersteuner voor haar rekening kan nemen? Lucas: 'Dat is voor een deel zeker het geval. Maar toen de dienst er kwam, was er nog geen praktijkondersteuning. Nu kun je als huisarts kiezen of je wilt investeren in de astma/COPD-diagnostiek in je eigen praktijk, of dat je het uitbesteedt. In beide gevallen houd je zelf de verantwoordelijkheid over de zorg. De vraag is echter ook hoeveel waarde je hecht aan de kwaliteit van je diagnostiek. Niet voor niets investeert

de COPD/Astma Huisartsen Advies Groep in Caspir-cursussen, die al door meer dan vijfduizend cursisten zijn bezocht. Als je de diagnostiek in eigen beheer wilt uitvoeren, is het essentieel dat praktijkondersteuners en huisartsen goede vaardigheden voor de longfunctiemetingen en de interpretatie daarvan aanleren én onderhouden. Vanwege de complexiteit daarvan en het gemak van de logistieke ondersteuning verdwijnt het belang van de astma/COPD-dienst niet. Maar ook is het goed om te laten toetsen of de longdiagnostiek in eigen beheer correct is uitgevoerd.'

Lastige diagnostiek

Lucas vindt het zo belangrijk dat die diagnostiek wordt getoetst door de astma/COPD-dienst omdat hierbij nog wel eens iets misgaat. 'Toen we met de ketenzorg COPD en astma begonnen, wilden de zorggroepen in de regio alle uit het HIS geselecteerde patiënten laten herbeoordelen', vertelt Lucas. 'We verwachtten namelijk al wel dat er veel overdiagnostiek zou zijn en dat bleek ook zo te zijn. De werkhypotheses van de huisarts kwamen vaak niet overeen met de diagnoses van de longartsen die voor de astma/COPD-dienst de beoordeling uitvoerden. Ook twijfelden de longartsen regelmatig over de indicatie voor inhalatiecorticosteroïden en dus over een correcte diagnose COPD met frequente exacerbaties of astma. Uit mijn onderzoek bleek dat maar liefst 15% van de patiënten de medicatie kon missen; een aanwijzing dat de diagnose astma of COPD ten onrechte was gesteld. Het is ook wel begrijpelijk dat dit gebeurt. Als huisarts wil je de patiënt helpen en dan is het verleidelijk om bij langdurige hoestklachten een proefbehandeling met corticosteroïden te starten. Als de patiënt zich vervolgens beter voelt, weet je niet of dat komt doordat de medicatie werkt of doordat de verkoudheid gewoon over is. Maar mede door de feedback van de astma/COPD-dienst zijn huisartsen zich er tegenwoordig beter van bewust dat ze eerst goede diagnostiek moeten doen voor ze met onderhoudsmedicatie beginnen.'

Zou Lucas samenwerken met een astma/COPD-dienst als zij nog praktiseerde? 'Ik zou zeker van zo'n dienst gebruikmaken. In elk geval zou ik de aanvankelijke longfunctiemetingen altijd door de astma/COPD-dienst laten verrichten of tenminste laten beoordelen. Doordat de dienst de longfunctiemetingen door een longarts laat beoordelen is de betrouwbaarheid daarvan erg groot, zo blijkt uit mijn onderzoek. Ik denk dat huisartsen en praktijkondersteuners soms onderschatten hoe lastig het is om goede longfunctiemetingen te doen en te interpreteren. De drempel om dat te laten valideren door een astma/COPD-dienst zou niet te hoog moeten zijn.'

Adviezen van de longarts

Ook belangrijk vindt Lucas haar bevinding dat huisartsen de aanvullende adviezen van de longarts nog wel eens naast zich neerleggen. Zo'n advies kan bijvoorbeeld zijn het laten verrichten van een histamineprovocatietest als de longfunctie normaal is en de klachten toch wijzen op astma. Of het uitbreiden van anamnese en lichamelijk onderzoek in de richting van zuurbranden, hartfalen of hyperventilatie. Als de adviezen van de longarts werden opgevolgd, veranderde bij 51% van de patiënten de diagnose. Werden de adviezen niet opgevolgd, dan veranderde de diagnose significant minder vaak, namelijk bij 31% van de patiënten. 'Waarom lijken adviezen niet aan te sluiten?', vraagt Lucas zich af. 'Dat is een interessante vraag, die wordt opgepakt in consultatiebijeenkomsten van huisartsen en longartsen.'

Kosten, maar vooral ook baten

Is gebruikmaking van een astma/COPD-dienst niet erg duur, zeker als een praktijk al een praktijkondersteuner in dienst heeft die de COPD-zorg voor haar rekening neemt? Lucas: 'De zorgverzekeraars vergoeden voor het longfunctieonderzoek nauwelijks meer aan de dienst dan aan een huisartsenpraktijk. Dat is dan inclusief de logistieke ondersteuning, kwaliteitsborging, feedback en het datamanagement. Bovendien, als je gestructureerde beoordeling inzet kun je ook veel kosten besparen, gezien de aangetoonde overdiagnostiek. Niet alleen vermindert dan het gebruik van inhalatiecorticosteroïden, maar ook beperk je de onnodige controles. En minstens zo belangrijk: dit is bij uitstek een laagdrempelige manier om gebruik te maken van de expertise van een specialist zonder dat verwijzing nodig is. En ja, die specialist kan natuurlijk ook een kaderhuisarts zijn.'

Opsporing Hepatitis C

Helsper richtte zich in zijn onderzoek op de manier waarop de opsporing van hepatitis C kan worden verbeterd. 'Dat is van belang omdat de aandoening tegenwoordig beter behandelbaar is. Aangezien de patiënt meestal geen symptomen heeft, wordt hepatitis C erg vaak niet gediagnosticeerd. Maar het is de oorzaak van ernstige leverschade en zelfs kanker. Nu

behandeling mogelijk is, komt er een hele golf op gang om de patiënten op te sporen. Daarvoor zijn meerdere strategieën voorhanden, onder meer via verslavingszorgprofessionals. Maar opsporing in de algemene bevolking is alleen effectief gebleken als je daarbij de huisarts betrekt.'

Hoogrisicogroepen

'Een jaar of drie geleden is een campagne gestart om hepatitis C meer bekendheid te geven en op te sporen', vertelt Helsper. 'De campagne viel toen echter min of meer samen met de ophef over de Mexicaanse griep en raakte daardoor wat ondergesneeuwd. Hoewel toen toch wel wat patiënten zijn opgespoord, bleek dat zo'n massacampagne niet effectief genoeg is. Beter is het je te richten op de hoogrisicogroepen. Dan heb je het vooral over spuitende drugsgebruikers; van hen heeft 60 à 80% hepatitis C. Maar ook onder bepaalde immigrantengroepen komt de aandoening veel voor; de prevalentie in Egypte ligt bijvoorbeeld rond de 20%. En mannen met hiv die seks hebben met mannen horen nadrukkelijk ook tot de risicogroepen. Door iemand met hiv wordt hepatitis namelijk gemakkelijker ontvangen en overgedragen. Bovendien verslechtert bij hiv de prognose. Mannen met hiv moet je dan ook altijd testen op hepatitis C, en vice versa! Dat geldt overigens ook voor hepatitis B. Alles bij elkaar is vooral in stedelijke gebieden de kans erg groot dat je diverse patiënten in je praktijk hebt met hepatitis C.'

Leverschade en kanker

Huisartsen moeten dus worden betrokken in de opsporing van hepatitis C, maar ze moeten daarbij volgens Helsper wel ondersteuning krijgen. 'Allereerst moet het bewustzijn bij huisartsen worden vergroot: over de prevalentie van de aandoening, de risicogroepen en de behandelings- en verwijzingsmogelijkheden. Vanwege het besmettingsgevaar is het goed als huisarts en patiënt het weten als iemand hepatitis C heeft. Maar ook behandeling is belangrijk, want het is een ernstige ziekte die erg veel leed met zich meebrengt. Wereldwijd is meer dan de helft van de leverkanker een gevolg van hepatitis C. Datzelfde geldt voor ongeveer tweederde van de levertransplantaties en we komen veel levers tekort. Omdat de gevolgen van de aandoening zo ernstig – en duur! – zijn, is opsporing ook al gauw kosteneffectief.'

Rol van de huisarts

Aangezien hepatitis C meestal langdurig geen klinische verschijnselen geeft, is de diagnostiek van de aandoening niet gebaseerd op het herkennen van symptomen, maar op het testen van hoogrisicogroepen. Ook kan de huisarts alert zijn als routinematige laboratoriumonderzoeken een afwijkende leverfunctie aantonen. Bij een ALAT van 50 tot 100 IU/l wordt al meer dan tien keer zo veel hepatitis C gevonden als bij een normale ALAT-waarde. Bij afwijkende testuitslagen zou de huisarts dus kunnen doorvragen naar risicofactoren voor hepatitis C, of meteen een anti-hepatitis-C-test kunnen laten uitvoeren. Hiermee zouden al zo'n 1200 tot 1300 chronische hepatitis-C-dragers kunnen worden opgespoord. Helsper: 'Het is goed als huisartsen zich realiseren dat de behandelingsmogelijkheden steeds succesvoller zijn. Weliswaar zijn er vaak vervelende bijwerkingen – variërend van griepachtige symptomen en depressie tot behoorlijke ziekteverschijnselen – toch kunnen mensen tegenwoordig goed geholpen zijn met verwijzing. Dus kijk nog eens naar je risicopatiënten!'

Na de promotie

Lucas is eind 2011 gestopt met praktiseren als huisarts. Ze is nu medisch directeur van 'Diagnostiek voor U', het eerstelijns diagnostisch centrum in de regio Eindhoven/Den Bosch/Limburg. Hoe bevalt deze nieuwe koers in haar leven? 'Het is een hele uitdaging en mede daarom vind ik het erg leuk. De expertise die ik heb opgedaan in mijn onderzoek komt nu goed van pas bij de ondersteuning van de diagnostiek van bijvoorbeeld hartfalen, ritmestoornissen, en obstructieveslaapapneusyndroom. We bieden een breed scala aan diensten om de huisarts te ontlasten, kwaliteit te kunnen borgen en de eerste lijn te versterken. Dat is heel dynamisch. Er zijn veel veranderingen gaande en dan is het een uitdaging om mee te bewegen.'

Helsper is, zoals gezegd, verbonden aan de Universiteit Utrecht. 'Vanaf januari houd ik me bezig met een onderzoekslijn naar kanker in de huisartsenpraktijk. Maar we moeten nog bekijken hoe we dat precies gaan vormgeven. Daarnaast blijf ik EBM-onderwijs ontwikkelen en geven. Goede interpretatie en implementatie van onderzoek schiet er nog wel eens bij in. Omdat wetenschap het fundament vormt van de hedendaagse klinische besluitvorming – zoals in de NHG-Standaarden – is het belangrijk om onderwijs te blijven ontwikkelen op het gebied van interpretatie van wetenschap. Als je de basis van de kennis goed begrijpt, kun je vaak nog betere en gerichtere patiëntenzorg leveren. Je kunt bijvoorbeeld de NHG-Standaarden beter toepassen als je de achtergronden ervan begrijpt. Ik geloof in het belang van een goede wetenschappelijke onderbouwing en de implementatie hiervan. Dat lijkt me een mooie combinatie om me de komende tijd mee bezig te houden.'

Sandra van Dulmen, Janneke Noordman

Motiverende gespreksvoering bij leefstijladviezen

Voor het bespreken van de (ongezonde) leefstijl van de patiënt, lijkt motiverende gespreksvoering een effectief middel. De vraag is in welke mate huisartsen in consulten over leefstijlgedrag van motiverende gesprekstechnieken gebruikmaken.

ONDERZOEK CONSULTVOERING

In 2007 en 2008 zijn in het kader van onderzoek naar consultvoering door huisartsen video-opnames gemaakt van alledaagse consulten van 808 patiënten bij 40 huisartsen, allen leden van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Deze 40 huisartsen waren representatief voor de Nederlandse huisarts qua geslacht en praktijkvorm, maar wel gemiddeld 4 jaar ouder. Een van hen was getraind in motiverende gespreksvoering. Voor dit onderzoek zijn consulten geselecteerd waarin leefstijlgedrag van de patiënt (roken, fysieke activiteit, alcoholgebruik en/of voeding) aan de orde kwam. In geval van roken en fysieke activiteit, werden alleen consulten geselecteerd waarin de patiënt aangaf te roken en/of een activiteitenniveau onder de Nederlandse norm te hebben (dus: 30 minuten per dag bewegen, gedurende 5 dagen van de week). Dit resulteerde in een selectie van 124 op video opgenomen consulten (15%) tussen 124 patiënten en 39 huisartsen. Een van de 40 huisartsen besprak geen enkel leefstijlgedrag gedurende de opgenomen consulten. Twee observatoren registreerden motiverende gespreksvoering met de *Behaviour Change Counselling Index* (BECCI). De BECCI is een gevalideerde checklist om motiverende gespreksvoering (of *behaviour change counselling*) tijdens kortdurende consulten in de gezondheidszorg te meten.

BESPROKEN LEEFSTIJLGEDRAG

In de geobserveerde consulten bleken fysieke activiteit (61% van de consulten), roken (46%) en/of voedingsgewoonten (43%) het meest te worden besproken. Alcoholgebruik kwam in een minderheid van de consulten aan de orde (19%). De gemiddelde duur van het praten over leefstijl varieerde van 0,28 minuten voor alcoholgebruik tot 1,29 minuten voor voedingsgewoonten. Een consult duurde gemiddeld bijna 13 minuten.

De beschreven resultaten zijn gebaseerd op een eigen analyse van vragenlijst- en observatiegegevens verzameld in het kader van de NIVEL Databank Communicatie in de zorg. Contactpersoon: Sandra van Dulmen (s.vandulmen@nivel.nl).

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Huisartsen maken in consulten waarin leefstijl aan de orde komt weinig gebruik van motiverende gesprekstechnieken. Gelet op de individuele BECCI-items, staan ze wel 'open voor het bespreken van andere onderwerpen' (item 2) en 'vatten ze regelmatig samen wat de patiënt heeft verteld' (item 7). Deze items kunnen echter ook als algemene gesprekstechnieken worden gezien [**tabel**].

CONCLUSIE

Uit eerder onderzoek blijkt dat huisartsen preventie tot hun taak rekenen. In hoeverre zij gebruikmaken van gespreksvoeringstechnieken voor het bespreken van het (ongezonde) leefstijlgedrag van de patiënt is echter onduidelijk. De huisartsen in dit onderzoek maken slechts in bescheiden mate gebruik van beproefde motiverende gespreksvoeringstechnieken. Het integreren van dergelijke technieken binnen de drukke dagelijkse praktijk die zoveel klinische eisen stelt, vraagt om aandacht. Daarnaast verdient het aanbeveling om huisartsen training in motiverende gespreksvoering aan te bieden. Daarbij dient rekening gehouden te worden met de gemiddelde korte consultduur van huisartsen. Het bespreken van leefstijlgedrag van patiënten door huisartsen kan wellicht worden gezien als een eerste aanzet, waarna de huisarts de patiënt kan verwijzen naar de praktijkondersteuner of diëtist voor systematische preventie. Aangezien dit onderzoek plaatsvond in 2007-2008 is het mogelijk dat een aantal van de huisartsen inmiddels wel is getraind in motiverende gespreksvoering. ■

Tabel Gemiddelde BECCI-domeinscores van huisartsen

BECCI domeinen (scores 0 'helemaal niet' - 4 'altijd')	Gemiddelde score (SD) van huisartsen in 124 consulten
Domein 1 Agendasetting en toestemming vragen	1,81 (0,51)
1. Zorgverlener bepaalt samen met patiënt welk leefstijlaspect aan de orde komt	0,74 (0,90)
2. Zorgverlener staat open voor andere (gespreks)onderwerpen	2,88 (0,66)
Domein 2 Het waarom en hoe van gedragsverandering	1,27 (0,71)
3. Zorgverlener moedigt aan om over de huidige situatie te vertellen	1,54 (1,19)
4. Zorgverlener moedigt de patiënt aan om over verandering te praten	0,82 (1,13)
5. Zorgverlener vraagt door op gedachten en gevoelens van de patiënt	0,86 (1,19)
6. Zorgverlener gebruikt reflecties op woorden en gedrag van de patiënt	1,02 (1,09)
7. Zorgverlener vat regelmatig het verhaal van de patiënt samen	2,11 (1,08)
Domein 3 Het gehele consult	0,82 (0,72)
8. Zorgverlener onderkent dat veranderen vaak ingewikkeld is	0,48 (0,87)
9. Zorgverlener laat de informatie aansluiten bij behoefte en begrip van de patiënt	1,23 (1,07)
10. Zorgverlener toont respect voor beslissing van patiënt om wel of niet te veranderen	0,73 (0,98)
Domein 4 Praten over specifieke gedragsdoelen	0,51 (0,86)
11. Zorgverlener en patiënt wisselen ideeën uit over hoe verandering aan te pakken	
BECCI gemiddelde somscore	1,10 (0,48)

Eigen risico

Een paar jaar geleden ging ik op advies van mijn tandarts naar de mondhygiëniste. Maanden later kreeg ik de rekening thuis. Ik was onaangenaam verrast door de hoogte van het bedrag. Een deel van de kosten was veroorzaakt door de adviezen over 'de tandhygiëne'. De mondhygiëniste had tijdens het schoonmaken van mijn tanden uitgelegd dat het goed is om tweemaal per dag je tanden te poetsen, niet te vaak tussendoortjes te eten en dat het eten van snoep niet goed is voor je tanden. Kennelijk waren mijn tanden in zo'n erbarmelijke staat dat ze dacht dat ik dit niet wist. Deze ongevraagde adviezen kostten me ruim vijftig euro. Belachelijk! Met tegenzin betaalde ik de rekening en besloot nooit meer naar deze mondhygiëniste te gaan. Ik vond haar toch al niet aardig.

Vorige maand moest ik aan dit voorval denken. Ik kreeg een telefoontje van een boze patiënte. Zij was bij mij op het spreekuur geweest vanwege een huidafwijking. Mijn opleider had haar twee weken eerder gezien en een crème voorgeschreven. Deze had niet gewerkt. Ik besloot een teleconsult aan te vragen bij de dermatoloog. Nadat ik had uitgelegd wat dit inhield, gaf de patiënte toestemming om haar gegevens door te sturen. In de tussentijd had ik een andere crème voorgeschreven. Na twee dagen kwam het antwoord van de dermatoloog. Deze adviseerde dezelfde crème te proberen. Na twee weken liet de patiënte weten dat de huidafwijking was verdwenen. Zij was aanvankelijk erg tevreden over de zorg. Maar nu niet meer! Ze had van de week een rekening gekregen. De kosten van het teleconsult gingen af van haar eigen risico. Zij was het daar helemaal niet mee eens. Wanneer zij had geweten dat het teleconsult van haar eigen risico af zou gaan, had ze dit nooit gewild. En het bleek achteraf dat ik toch al de goede crème had voorgeschreven, dus de dermatoloog was helemaal niet nodig geweest!

Wat een toestand. Ik besloot de situatie in de teamvergadering van het gezondheidscentrum in te brengen. Het bleek dat de meeste huisartsen het eigen risico niet ter sprake brachten, dat is toch niet de taak van een arts!? Anderen begrepen het standpunt van de patiënte wel, hoe kun je als patiënt weten wat wel of niet onder je eigen risico valt? En hoe kun je dat als arts weten? We kwamen er niet uit. De juriste van het KNMG vertelde dat over dit onderwerp nog geen jurisprudentie bestaat. Zij vond dat de huisarts wel moreel verplicht is om patiënten te informeren over kosten van aangevraagd onderzoek die onder het eigen risico vallen. Maar voor een praktisch advies moest ik contact opnemen met de LHV. De LHV stelde dat de verzekeraar een informatieplicht heeft ten aanzien van het eigen risico. De huisarts heeft deze niet. Maar het is wel goed om patiënten op het bestaan van het eigen risico te wijzen. Een negatieve bijkomstigheid kan zijn dat patiënten medicijnen of aangevraagde onderzoeken weigeren terwijl dit medisch wel geïndiceerd is. Uiteindelijk is het dus een afweging die iedere arts zelf moet maken.

Die afweging vind ik maar lastig. Mijn opleidingspraktijk zit in een achterstandswijk. Ik moet regelmatig aan patiënten uitleggen dat fysiotherapie, psychologische zorg en bepaalde medicijnen niet meer vergoed worden. Een deel van de patiënten laat de verwijzing of het recept dan maar achterwege. Zal ik nu bij het aanvragen van onderzoek, verwijzingen naar de tweede lijn en het voorschrijven van medicijnen het eigen risico iedere keer ter sprake brengen? Op het gevaar af dat patiënten nog meer zorg gaan weigeren? Of later de kosten van het aangevraagde onderzoek niet willen betalen omdat er achteraf gezien niets uitkwam? Er zullen ook allerlei vragen komen. Het verschilt per patiënt of deze zijn eigen risico al gebruikt heeft, wat de voorwaarden van zijn verzekering zijn en welk deel van de kosten voor de rekening van de patiënt komt. Op al die vragen kan ik geen antwoord geven. Uiteraard kan ik de patiënt naar zijn zorgverzekeraar doorverwijzen, maar dan zijn we wel al een paar minuten verder. En ik was net zo blij dat ik als aios uiteindelijk mijn consulttijd naar de tien minuten heb gekregen. Wat ingewikkeld. Eigenlijk heb ik helemaal geen zin om me hier mee bezig te houden. Misschien dat ik een bordje aan de deur ga hangen met de tekst: 'Betreden op eigen risico'. ■

Siri Visser

Siri Visser is derdejaars aios.

KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Riemersma, 62 jaar, komt bij haar huisarts. Ze hoest sinds twee weken, ze heeft hoofdpijn en sinds twee dagen koorts. Drie weken geleden was ze op vakantie in Zuid-Limburg. Ze is bezorgd, omdat ze van de campingeigenaar hoorde dat daar Q-koorts heerst. Ze heeft geen fysiek contact met geiten of schapen gehad. De huisarts neemt Q-koorts als oorzaak mee in zijn differentiaaldiagnose en vraagt serologie aan naar (1) de *Brucella*-bacterie. Mevrouw Riemersma vraagt of mens-op-mensbesmetting bij Q-koorts ook mogelijk is. De huisarts beweert dat (2) dit de meest waarschijnlijke oorzaak is.

1. Q-koorts wordt veroorzaakt door de genoemde bacterie na 1.

2. De bewering van de huisarts na 2 is correct.

Mevrouw Van Drunen, 67 jaar, belt voor de uitslag van haar sigmoïdoscopie. Deze heeft haar huisarts laten verrichten wegens rectaal bloedverlies. Bij de sigmoïdoscopie is een bloedende poliep gezien die door poliepectomie in zijn geheel is weggenomen. De definitieve uitslag van het weefselonderzoek (PA-uitslag) luidt: 'tubulaire adenomateuze poliep'. De huisarts vertelt mevrouw Van Drunen dat dit de meest voorkomende darmpoliep is.

3. Deze bewering is correct.

Mevrouw Van Drunen vraagt hoe het nu verder zal gaan. De huisarts legt haar uit dat ze in de toekomst onder controle moet blijven. Hij zegt dat, omdat de oorzaak van het rectale bloedverlies is gevonden, (1) er op dit moment geen verder onderzoek nodig is.

4. De bewering na 1 is correct.

Op het spreekuur komt moeder met Sven die 4 jaar is. Zij is ongerust, omdat Sven regelmatig over zijn eigen benen lijkt te struikelen. De huisarts onderzoekt Sven. Hij laat Sven op de onderzoeksbank liggen en legt zijn benen gestrekt naast elkaar. De huisarts constateert genua valga (X-benen). De huisarts vraagt aan Sven of hij zijn enkels tegen elkaar kan duwen met gestrekte benen. Dit lukt hem niet. (1) De huisarts kan de mediale malleoli wél tegen elkaar aandrukken. De huisarts legt uit (2) dat struikelen een symptoom is dat past bij X-benen. Verder vertelt hij dat X-benen bij Sven op deze leeftijd fysiologisch zijn en vanzelf herstellen. Hij zegt dat (3) verwijzing op dit moment niet is geïndiceerd.

5. Het onderzoek na 1 is geïndiceerd.

6. De bewering na 2 is correct.

7. De bewering na 3 is correct.

De heer Koenders, 54 jaar, heeft een half jaar geleden een myocardinfarct doorgemaakt. Hij is hiervan redelijk hersteld. Hij komt bij zijn huisarts, omdat hij de laatste drie maanden somber is. Na een uitgebreide anamnese constateert de huisarts een depressie bij de heer Koenders. De huisarts bespreekt de behandelingsmogelijkheden met hem. De heer Koenders wil behalve begeleiding door de huisarts ook graag medicamenteuze ondersteuning. De huisarts schrijft (1) een tricyclisch antidepressivum voor. Ze legt de heer Koenders uit wat de bijwerkingen zijn en vertelt (2) dat de eventuele bijwerkingen voorafgaan aan het beoogde effect.

8. De medicatiekeuze na 1 is in dit geval correct.

9. De informatie van de huisarts na 2 is correct.

Tijdens het leergesprek vraagt de aios wat de prognose is bij iemand die voor het eerst een depressie doormaakt. De huisarts geeft aan dat een eerste episode in de meeste gevallen binnen een halfjaar voorbij is.

10. Dit is correct.

De antwoorden staan op pagina 52.

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

Yvonne van Trier

Pijn in de benen bij kinderen

WAT IS HET PROBLEEM?

Pijn in de benen bij kinderen is een veelvoorkomende klacht. Het recidiverende en soms heftige karakter van de pijn – kinderen kunnen er 's nachts huilend wakker van worden - kan bij ouders tot ongerustheid leiden. Aan de huisarts wordt vaak de vraag gesteld of hier nu sprake is van 'groeipijn' of dat er toch iets anders aan de hand is. Meestal is er een typische anamnese en worden er bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen gevonden. Voor de huisarts is het van belang kinderen op te sporen bij wie de klachten zich minder duidelijk presenteren of bij wie er bij lichamelijk onderzoek afwijkingen gevonden worden. Verder onderzoek is dan aangewezen.

WAT MOET IK WETEN?

Pijn in de benen bij kinderen, geduid als 'groeipijn', komt voor in de leeftijd van 4-14 jaar bij 2,6-49,4% van alle kinderen, geschat wordt bij meer dan 30%. Het is niet bekend hoe vaak de klacht aan de huisarts gepresenteerd wordt.

De symptoomdiagnose 'groeipijn' wordt gesteld op basis van in- en exclusiecriteria: het betreft de onderste ledematen (zelden doen de armen mee), de pijn is dubbelzijdig, diep in dij of kuit gelokaliseerd, niet in de gewrichten. Pijn treedt op laat op de dag, in de avond en met name de nacht. De volgende ochtend is de pijn weer verdwenen. De pijn treedt op in episodes minimaal eenmaal per maand tot meerdere keren per week gedurende minimaal drie maanden. Pijnvrije periodes zijn er van weken tot maanden. Recidieven kunnen gedurende twee tot drie jaar optreden. Er is geen sprake van een trauma en bij lichamelijk onderzoek worden geen afwijkingen gevonden.

Hoewel de naam anders doet vermoeden zijn er nooit aanwijzingen gevonden dat 'groei' een rol speelt of een oorzaak is. Over de mogelijke oorzaken van 'groeipijn' bestaan veel theorieën: van oudsher zijn dit vooral anatomische verklaringen (houding, scoliose, x-benen, platvoeten), maar ook vermoeidheid van spieren (ophoping stofwisselingsproducten) of psychologische verklaringen (*emotional disturbance*). Meer recente theorieën over de mogelijke oorzaken zijn hypermobiliteit van gewrichten, veranderde vaatperfusie van botten, verminderde botsterkte en een lagere pijndrempel als onderdeel van een gegeneraliseerd niet-inflammatoir pijnsyndroom bij kinderen. Geen enkele van deze theorieën wordt ondersteund door voldoende onderzoek en bewijs.

Hetzelfde geldt voor behandelingsmogelijkheden: onderzoek hiernaar is nauwelijks verricht. Vooral uitleg over het goedaardige beloop is van belang en daarnaast wordt symptomatische therapie in de vorm van pijnstilling en masseren van de pijnlijke spieren geadviseerd. De werkzaamheid van vitaminesupplementen bij groeipijn is niet onderzocht.

WAT MOET IK DOEN?

Verricht een grondige anamnese waarbij de lokalisatie en het beloop van de klachten over de dag, de weken en maanden aan bod komt. Vraag of er een trauma is geweest. Inspecteer tijdens het lichamelijk onderzoek de onderste extremiteiten, onderzoek de stand en beweeglijkheid en vraag waar precies de pijnklachten gelokaliseerd zijn. Verricht bij een typische anamnese en normaal lichamelijk onderzoek geen verder aanvullend onderzoek. Overweeg een andere diagnose dan 'groeipijn' als de klachten niet voldoen aan de in- of exclusiecriteria, bijvoorbeeld bij een eenzijdige lokalisatie of als er bij lichamelijk onderzoek toch afwijkingen gevonden worden. Er is dan wel een indicatie voor nader aanvullend onderzoek om ortopedische dan wel reumatologische oorzaken uit te sluiten.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Pijn in de benen bij kinderen komt veelvuldig voor. In de meeste gevallen wordt geen oorzaak voor de pijnklachten gevonden en wordt het geduid als 'groeipijn', een overigens foute benaming. Het betreft een onschuldige aandoening met een gunstig beloop, hoewel het enkele jaren kan duren voordat de klachten helemaal verdwenen zijn. Omdat de oorzaak niet bekend is, bestaat er geen oorzakelijke behandeling. Stel kind en ouders gerust, adviseer zo nodig massage en pijnstilling. Als er zichtbare afwijkingen optreden, als de pijnklachten aanhouden - ook in de ochtend -, als gewrichten mee gaan doen of er koorts bij optreedt, is het aan te raden opnieuw de huisarts te consulteren voor verder onderzoek. De diagnose 'groeipijn' moet dan heroverwogen worden. ■

LITERATUUR

1 Evans AM. Growing pains: contemporary knowledge and recommended practice. J Foot Ankle Res 2008;1:4.
2 Lowe RM, Hashkes PJ. Growing pains: a non-inflammatory pain syndrome of early childhood. Nat Clin Pract Rheumatol 2008;4:542-9.
3 Lehman TJA. Growing pains. www.uptodate.com, september 2011.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: Y.D.M. van Trier, huisarts-docent • Correspondentie: y.trier@erasmusmc.nl

Spataderen

WAT IS HET PROBLEEM?

Op het spreekuur komen geregeld patiënten met klachten over (mogelijke) spataderen aan de benen. Zij vinden de afwijkingen aan de benen lelijk of schrijven klachten van de benen aan spataderen toe. Er is vaak geen medische reden om spataderen te behandelen maar de patiënt verwacht dat wel. De huisarts bevindt zich dan in een lastig parket, zijn behandelingsmogelijkheden zijn beperkt. Als er wordt gekozen voor behandeling zijn er verschillende mogelijkheden: steunkousen, verwijzing naar een dermatoloog of chirurg voor sclerosering of een andere behandeling.

WAT MOET IK WETEN?

Varices ontstaan door verwijding van een vene door zwakte van de vaatwand. Dit leidt tot uiteenwijken van de kleppen. Ook omgekeerd kan klepschade leiden tot een verhoogde veneuze druk en verwijding van de vene. Het gevolg is stase, reflux en een verminderd effectief afvoeren van veneus bloed. Deze verstoring van de fysiologische bloedstroom kan uiteindelijk leiden tot chronische veneuze insufficiëntie (CVI). Hierbij lekken bloedbestanddelen uit de capillairen van (vooral) het onderbeen naar de omliggende weefsels met als gevolg pitting oedeem en huidafwijkingen. Varices kunnen klachten geven zoals pijn, jeuk en een branderig, loom, zwaar gevoel. Sommige varicespatiënten hebben veel klachten, terwijl anderen geen klachten ervaren. Het is daarnaast bekend dat de meeste beenklachten bij patiënten met varices niet door deze varices worden veroorzaakt.

Onbehandeld hebben varices de neiging om progressief te zijn. Op individueel niveau blijkt het beloop echter onvoorspelbaar. Effectiviteit van steunkousen is in allerlei onderzoek niet aangetoond. Uit een meta-analyse met onderzoeken van matige kwaliteit blijkt dat therapeutische elastische kousen van klasse I (druk van 10 tot 15 mmHg) effectief zijn bij milde CVI. De klachten en symptomen verbeteren significant. Kousen met lagere druk zijn niet effectief, en een hogere druk heeft zeer waarschijnlijk geen toegevoegde waarde. Om aan te sluiten bij de CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van varices adviseert de NHG-Standaard Varices te starten met een klasse-II-kous. Er is onvoldoende bewijs dat medicamenteuze behandeling effectief is bij CVI.

Bij intensievere behandelingen is er geen duidelijke voorkeur voor sclerocompressietherapie of chirurgie. Sclerocompressietherapie geeft betere resultaten op de korte termijn, heeft lagere kosten en minder ernstige complicaties. Chirurgie geeft betere resultaten op de lange termijn. Nieuwe behandelingsmogelijkheden zoals radiofrequente ablatie, endoveneuze laserbehandeling en schuimsclerose lijken even effectief als chirurgie (strippen), met mogelijk minder bijwerkingen. Goed opgezet vergelijkend onderzoek met een voldoende langdurige follow-up ontbreekt echter. De risico's op het krijgen van diepe veneuze trombose en eventueel embolieën zijn bij schuimsclerose mogelijk groter.

WAT MOET IK DOEN?

Breng de klachten van de patiënt in kaart. Waarvan heeft hij precies last? Ga na of varices deze klachten voldoende verklaren. Ga ook de hulpvraag van de patiënt goed na. Heeft de patiënt klachten waarvan hij denkt dat deze door varices worden veroorzaakt? Is hij bang voor progressie? Heeft hij vooral cosmetische bezwaren? Vraagt hij expliciet om verwijzing? Kijk bij het lichamelijk onderzoek naar de plaats en omvang van de varices en kijk of er tekenen van CVI zijn. Gezwollen benen of huidafwijkingen zoals roodheid, eczeem, pigmentatie, atrophie blanche of corona phlebectatica paraplantaris duiden op CVI.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Varices zijn onschuldig en alleen bij hinderlijke klachten, cosmetische bezwaren of CVI is behandeling aangewezen. Een afwachtend beleid met een therapeutische elastische kous is de behandeling van eerste keuze. De varices kunnen in de loop van de tijd erger worden.

Geef het advies om de spierpomp te activeren (wandelen, fietsen of zwemmen), dit vermindert mogelijk de klachten. Wijs op de nadelige invloed van langdurig staan. Leg uit dat er geen bewijs is dat gewichtsreductie, bevordering van de stoelgang of stoppen met roken het natuurlijk beloop beïnvloeden. Bespreek de optie van steunkousen en start met een klasse-II-kous. Steunkousen kunnen de klachten verminderen, maar voorkomen het ontstaan van varices waarschijnlijk niet. Er wordt aangenomen (maar het is niet aangetoond) dat steunkousen de progressie van varices kunnen vertragen.

Bespreek de voor- en nadelen van invasieve behandeling als de patiënt zo'n behandeling wenst. Sclerocompressietherapie, chirurgie en de nieuwere therapeutische technieken zijn even effectief, maar er zijn duidelijke verschillen in de belasting voor de patiënt en de mogelijke complicaties. ■

LITERATUUR

1 Walma EP, Eekhof JAH, Nikkels J, Buis P, Jans PGW, Slok-Raymakers, et al. NHG-Standaard Varices (tweede herziening), 2009. www.nhg.org.
2 Amsler F, Blattler W. Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders - a meta-analysis of randomised controlled trials. Eur J Vasc Endovasc Surg 2008;35:366-72.
3 Tisi PV, Beverley C, Rees A. Injection sclerotherapy for varicose veins. Cochrane Database Syst Rev 2006; Issue 4. Art No.: CD001732.

NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, hoofdredacteur Huisarts en Wetenschap • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org

Léon Henskens, Toy Broen, René Theunissen

CATS

Pepermuntolie bij het prikkelbaredarmsyndroom

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

Vraagstelling De medicamenteuze behandeling bij het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is beperkt en vooral gericht op symptoombestrijding. De recent verschenen NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom adviseert met name bulkvormers (psylliumvezels) en spasmolytica (doorgaans mebeverine).[1] Echter, juist voor deze middelen is de effectiviteit niet bewezen.[2,3] Er zijn aanwijzingen dat pepermuntolie klachten door PDS vermindert door relaxatie van intestinale gladde spiercellen.[1] Wij onderzochten of pepermuntolie effectief is bij de behandeling van PDS.

Zoekstructuur We zochten in de Cochrane Database en in PubMed naar relevante systematische literatuuronderzoeken/meta-analyses en RCT's met de zoektermen 'Peppermint Oil' en 'Irritable Bowel Syndrome', met de filters alleen Engelstalig en leeftijd > 16 jaar.

Resultaten We vonden één Cochrane-review, drie systematische literatuuronderzoeken/meta-analyses en drie RCT's. De kwaliteit van de artikelen werd beoordeeld volgens de Cochrane-richtlijnen. Behalve de Cochrane-review[3] vonden we één systematisch literatuuroverzicht/meta-analyse[2] en één RCT[4] van voldoende kwaliteit voor het beantwoorden van de vraagstelling.

Bespreking In de Cochrane-review werden 5 placebogecontroleerde RCT's betrokken.[3] In 2 RCT's met samen 225 patiënten leidde behandeling met pepermuntolie gedurende 4 tot 12 weken tot een significante verbetering van het algemeen welbevinden (RR 2,25; 95%-BI 1,70-2,98). In 3 RCT's met in totaal 269 patiënten was er een significante daling van specifieke PDS-klachten als buikpijn, opgeblazen gevoel, diarree en obstipatie na behandeling met pepermuntolie (RR 1,94; 95%-BI 1,09-3,46).

Ford et al. betrokken in hun systematische literatuuronderzoek 4 placebogecontroleerde RCT's (392 patiënten).[2] Bij 52 van de 197 patiënten (26%) die werden behandeld met pepermuntolie gedurende 4 tot 12 weken bleven de klachten door PDS bestaan. In de placebogroep waren dit 127 van de 195 patienten (64%) (RR 0,43; 95%-BI 0,32-0,59). Tussen de onderzoeken was sprake van statistisch significante heterogeniteit. Echter, wanneer alleen de onderzoeken met goede kwaliteit (3 RCT's met Jadadscore 4 of 5) in de meta-analyse werden betrokken, vonden de auteurs vergelijkbare resultaten (RR 0,40; 95%-BI 0,29-0,55; 345 patiënten) zonder statistische heterogeniteit. Pepermuntolie was met een NNT van 2,5 het effectiefste middel van de meta-analyse.

In een kleinere RCT werden 24 patiënten gedurende 4 weken behandeld met pepermuntolie. Bij 18 van hen (75%) was er 50% afname van de totale symptoomscore tegenover 10 van de 26 (38%) in de placebogroep ($p < 0{,}009$).[4] Vier weken na het stoppen van de behandeling bleek het effect nog steeds aanwezig, doch uitdovend. Analyse van individuele symptomen toonde overeenkomstige resultaten.

Bij ongeveer 3% van de patiënten trad een bijwerking op, meestal zuurbranden.[2,4]

De kwaliteit van de RCT's in de geïncludeerde meta-analyses was wisselend. De onderzoeken waren deels heterogeen met verschillende definities van PDS, variatie in de doseringen pepermuntolie, verschillende behandelingsduur en verschillende uitkomstmaten. In de meeste RCT's ontbrak een intention-to-treatanalyse. Alle onderzoeken werden in de tweede lijn uitgevoerd.

Conclusie Pepermuntolie lijkt effectief bij de behandeling van klachten door PDS. De kwaliteit van de onderzoeken in de meta-analyses was weliswaar wisselend, maar de resultaten waren robuust en de NNT van 2,5 was laag. Het middel heeft weinig bijwerkingen.

Betekenis Al met al lijkt pepermuntolie een goed en veilig alternatief voor de door de NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom geadviseerde maar niet effectief gebleken psylliumvezels en mebeverine. De doseringen in de hier genoemde onderzoeken varieerden van 187 tot 225 mg pepermuntolie in maagsapresistente capsules, 2 tot 3 keer per dag. Pepermuntolie is niet geregistreerd als geneesmiddel, maar wel als zelfzorgmiddel verkrijgbaar. ■

LITERATUUR

1 Van der Vorst HE, De Wit NJ, Quartero AO, Muris JW, Berger MY, Bijkerk CJ, et al. NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS), 2012. www.henw.org.
2 Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, Foxx-Orenstein AE, Schiller L, Quigley EM, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. BMJ 2008;337:a2313.
3 Ruepert L, Quartero AO, De Wit NJ, Van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD003460.
4 Cappello G, Spezzaferro M, Grossi L, Manzoli L, Marzio L. Peppermint oil (mintoil) in the treatment of irritable bowel syndrome: a prospective double blind placebo-controlled randomized trial. Dig Liver Dis 2007;39:530-6.

Gezondheidscentrum Withuis, Straelseweg 193, 5914 AL Venlo: dr. L.H.G. Henskens, huisarts; Huisartsenpraktijk Melick: A.C.C. Broen, huisarts; R.A.G. Theunissen, huisarts • Correspondentie: l.henskens@gmail.com

Julian Kiers

Muziek helpt bij kanker

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

Context Luisteren naar muziek kan het psychisch welbevinden beïnvloeden, ook bij mensen met kanker. Er zijn twee soorten muziekinterventies: passief luisteren naar een opname of muziektherapie door een professional die in een therapeutisch proces gebruikmaakt van individuele muziekervaringen.

Klinische vraag Wat zijn de effecten van muziekinterventies op de psychologische uitkomsten en lichamelijk symptomen bij kankerpatiënten?

Conclusie auteurs Muziek heeft een heilzaam effect op angst, pijn en kwaliteit van leven. Een meta-analyse van alle soorten muziekinterventies samen resulteerde in een daling van 0,61 gestandaardiseerde eenheden (SMD) op een angstschaal (95%-BI 0,26-0,97), een daling van 0,59 SMD op een pijnschaal (95%-BI 0,27-0,92) en een stijging van 1,02 SMD op de kwaliteit van leven (95%-BI 0,58-1,47). Muziek heeft mogelijk ook een klein effect op de hartslag, een daling van -3,8 slagen/min (95%-BI -6,5 - -1,1) en op de ademfrequentie, een daling van 2 ah/min (95%-BI -4,5 - -0,2).

De review omvat 30 onderzoeken met in totaal 1891 deelnemers.

Beperkingen De kwaliteit van de meeste onderzoeken was laag, onder meer door het gebruik van subjectieve uitkomstmaten en het niet-geblindeerd zijn. Het was niet mogelijk passief luisteren te vergelijken met muziektherapie vanwege de te kleine onderzoekspopulaties. Ook was er een groot verschil in de intensiteit van de interventies: 12 van de 30 onderzoeken boden slechts 1 muzieksessie aan. Subgroepanalyse was vanwege te weinig onderzoeken evenmin mogelijk.

COMMENTAAR

In de film *Philadelphia* speelt Tom Hanks een aan aids stervende man die zijn advocaat (Denzel Washington) de aria *La Mamma Morta* van Maria Callas laat horen. De muziek tilt hem uit zijn misère, geeft betekenis aan zijn lijden en vergroot het begrip van zijn tegenspeler.

Muziek kan dus therapeutisch zijn maar is het ook een medische interventie? Deze vraag drong zich bij me op na het lezen van deze review. Iedere arts staat zijn terminaal zieke patiënt bij in de zoektocht naar mogelijkheden om het lijden te verlichten en de kwaliteit van leven te verbeteren. Dit is zo vanzelfsprekend dat ik me afvraag of ik dit onderzoek wel nodig heb. Stel dat volgens de review muziek niet zou werken. Moet ik dan adviseren om geen muziek te luisteren bij iemand die daarom vraagt?

Dat laat onverlet dat er ook over dit soort zorg evidence-based richtlijnen zijn. De richtlijn 'complementaire zorg' binnen de richtlijnen palliatieve zorg (www.pallialine.nl) stelt dat luisteren naar muziek een gunstig effect heeft. Er zijn drie werkingsmechanismen: muziek heeft invloed op vegetatieve functies en kan het lichaam zowel ontspannen als activeren, muziek slaat een brug naar emoties, gedachten en spiritualiteit via het oproepen van associaties en herinneringen, en ten derde geeft muziek houvast en steun door de (herkenbare) structuur, melodie en ritme. Om de gewenste eigenschappen van muziek aan te wenden moet je eerst inventariseren welk doel je wilt bereiken. Dat doel is afhankelijk van de problematiek en wensen van de patiënt en van daaruit selecteer je muziek met de patiënt.

Bezien vanuit het oogpunt van de richtlijn biedt deze Cochrane-review een behoorlijke aanvulling op de huidige wetenschappelijke onderbouwing. Maar helaas is ook deze review niet immuun voor de gevaren van bias. Deels is dit inherent aan het type interventie. Blinderen van de onderzoeken is moeilijk en de uitkomsten zijn vaak subjectief. Het is lastig te onderscheiden welke behandeling is aangeboden, maar nog lastiger wat er onder de behandeling wordt verstaan. Dit verschilt per onderzoek. Zo varieert het aantal sessies tussen de 1 en 40 en de tijd van de sessies tussen de 30 en 45 minuten.

Deze moeizame exercitie resulteert in gunstige effecten op pijn, angst, levenskwaliteit. Tevens op een aantal fysiologische parameters maar deze effecten zijn klein of lastig te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Het lijkt bovendien een open deur om vast te stellen dat 'kalmeren' een gunstig effect heeft op fysieke parameters. Daarvoor is geen meta-analyse nodig.

Luisteren naar muziek is voor iedereen toegankelijk, ook als je ernstig ziek bent. De beleving van muziek is sterk persoonlijk gekleurd en dat geldt ook voor de manier waarop mensen muziek het liefst ervaren, bijvoorbeeld alleen of met anderen. Of je voor je kalmte nu zelf een cd'tje opzet of muziek aanbiedt als een heuse interventie: er is een redelijke kans op troost en comfort. Het is fijn te weten dat de wetenschap het hiermee eens is. n

LITERATUUR

1 Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 8. Art. No.: CD006911.

Academisch Gezondheidscentrum Thermion, Thermionpark 9, 6663 MM Lent: J.N.A. Kiers, huisarts • j.kiers@thermion.nl

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

VLOT BOEKJE OVER DEMENTIE

Buijssen H. De magische wereld van Alzheimer. 25 tips voor meer begrip en tevredenheid. Houten-Antwerpen: Het Spectrum 2011. 128 pagina's, € 14,99. ISBN 978 90 00 30504 9.

Doelgroep Familie, vrienden en verzorgers van mensen die lijden aan dementie, maar ook artsen en andere zorgverleners die beroepshalve met patiënten met de ziekte van Alzheimer te maken hebben.

Inhoud Mantelzorgers van patiënten met dementie zien zich regelmatig geconfronteerd met gedrag waarmee zij niet goed raad weten, zoals angst, paniek, apathie, niet goed te corrigeren ideeën en vreemde verhalen. Aan de hand van voorbeelden bespreekt de auteur in 25 korte hoofdstukken hoe je deze problemen in de omgang met mensen met dementie kunt hanteren en de communicatie kunt verbeteren. Hij doet dit op liefdevolle wijze en met gevoel voor humor. Daarbij kan hij putten uit zijn jarenlange ervaring als klinisch psycholoog, maar ook uit persoonlijke ervaring – zijn beide ouders werden dement – en die van vele familieleden en andere mensen. Zijn verhalen verrijkt hij bovendien met beschrijvingen uit de literatuur. Dit geeft de nodige diepgang aan zijn verder praktische tips en adviezen. Hij maakt daarnaast bruggetjes naar de emoties van de mantelzorgers zelf, waardoor de informatie beter te begrijpen is en beklijft. Zijn tips zijn bijvoorbeeld: hou het licht, zie boosheid en agressie als uiting van andere emoties zoals angst, ga niet in discussie met de demente, maar geef deze gelijk (het sop is de kool niet waard), gebruik het langzame tempo van de demente om te onthaasten en te genieten van het moment. De beelden die Buijssen gebruikt zijn aansprekend, zoals de 'zendementerende' versus de 'doler' en *last but not least* zijn al zijn tips ook bruikbaar in de communicatie met mensen die niet dement zijn. Geschikt dus om aan te raden aan mantelzorgers om te lezen of om als arts te gebruiken bij de voorlichting.

Oordeel Het is een vlot geschreven boekje, met een goede balans tussen feitelijke informatie en aansprekende persoonlijke ervaringen. ■

Margriet Bouma

Waardering: ● ● ●

EEN ASTMA/COPD-DIENST VOOR DE EERSTE LIJN

Lucas AEM. Support of an asthma/COPD service for general practitioners in daily care [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2012. 235 pagina's. ISBN 978-94-6108-321-0.

De diagnostiek van astma en COPD is complex. Zou een astma/COPD-dienst soulaas kunnen bieden voor de huisarts? Annelies Lucas bespreekt in haar proefschrift op grondige wijze of een astma/COPD-dienst betrouwbare en valide ondersteuning aan de huisarts kan bieden bij het stellen van de diagnose astma en COPD en de behandeling van deze patiënten.

HET DIAGNOSTISCHE MODEL

In het eerste hoofdstuk beschrijft Lucas dat slechts één op de drie patiënten die als werkdiagnose astma of COPD had - norm: vermelding in het HIS of gebruik medicatie - daadwerkelijk bleek te voldoen aan de vastgestelde criteria voor de diagnose astma en COPD. Alle patiënten met de werkdiagnose astma of COPD komen volgens haar in aanmerking voor een herevaluatie van de diagnose, bijvoorbeeld bij een astma/COPD-dienst. De verwezen patiënt met een verdenking van astma of COPD vult bij een dergelijke dienst een gestandaardiseerde vragenlijst in over zijn ervaren klachten en zijn medische voorgeschiedenis. Daarnaast ondergaat de patiënt een longfunctiemeting. Een (consulent) longarts beoordeelt deze 'papieren' uitslagen. Vervolgens rapporteert de longarts de gestelde diagnose en eventuele behandelingsadviezen aan de huisarts.

VALIDE EN BETROUWBAAR

Lucas stelt dat de astma/COPD-dienst valide diagnosen kan geven aan de huisarts. Een vergelijking tussen een volledig consult bij twee longartsen en de 'papieren' gegevens van de astma/COPD-dienst leverde een goede overeenstemming op (Cohen's kappa 0,82). Ook ontdekte Lucas dat de inter- en intrabeoordelingen van de 'papieren' gegevens redelijk tot goed waren (Cohen's kappa 0,67 en 0,66). Het aangeven van de mate van stabiliteit van de aandoening wisselde echter sterk tussen de longartsen. Medicamenteuze adviezen geven op basis van de stabiliteit van de aandoening bij 'papieren' gegevens is hierdoor lastig.

OVERBEHANDELING

Een opvallend resultaat in het proefschrift is dat van de 2271 aangemelde patiënten bij de astma/COPD-dienst 30% inhalatiecorticosteroïden (ICS) gebruikte, zonder een duidelijke reden. Na het advies expliciet te stoppen met ICS, bleek dit bij 11% van deze patiënten na 1 jaar geen enkel probleem te zijn.

CONCLUSIES

Lucas concludeert dat een astma/COPD-dienst kan bijdragen aan de diagnostische ondersteuning voor huisartsen. Dit geldt voor patiënten met een verdenking op astma of COPD, maar ook voor patiënten bij wie de werkdiagnose astma en COPD al eerder gesteld is. Ook adviseert de promovenda de diagnose astma of COPD met zekerheid te bevestigen alvorens te starten met behandeling. Dit voorkomt overbehandeling. ■

Marissa Scherptong-Engbers

RCT's in de huisartsenpraktijk

Enkele decennia geleden was ik betrokken bij een artikelenserie in *Huisarts en Wetenschap* over de verschillende vormen van effectiviteitsonderzoek in de huisartsenpraktijk.[1] Randomised controlled trials (RCT's) in de huisartsenpraktijk waren toen nog zeer schaars, en dankzij het onderzoek van Kortekaas et al.[2] kunnen wij zien dat sindsdien een belangrijke vooruitgang is opgetreden. Belangrijk is ook dat de auteurs hun rapportage voorzien van een analyse van meer en minder door RCT's gedekte delen van de huisartsgeneeskunde.

De auteurs geven aan dat de door hen gehanteerde zoekstrategie als beperking heeft dat zij niet alle relevante RCT's hebben gevonden, en dat is begrijpelijk. In dat verband viel mij wel op dat er voor Nederland geen RCT's waren gevonden in de qua impactfactor hoogst scorende tijdschriften, namelijk het NEJM en de JAMA. Het is mij echter vanuit eigen betrokkenheid bekend dat er in de onderzochte periode wel dergelijke publicaties zijn geweest. Twee voorbeelden daarvan vermeld ik in de referentielijst hieronder.[3,4] Het kan zijn dat er ook andere Nederlandse RCT's in topbladen zijn gepubliceerd, waarvan ik minder goed op de hoogte ben. Kortom, een en ander zou betekenen dat de toch al positieve evaluatie wat betreft het Nederlandse onderzoek nog wat positiever zou kunnen uitpakken, waarbij ik mij realiseer dat het algemene patroon van de vergelijking met het buitenland vermoedelijk vergelijkbaar blijft omdat overall dezelfde zoekstrategie is gehanteerd. ■

André Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht

1 Knottnerus JA, De Vet HCW. Effectiviteitsonderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987;30:49-53/72-75/116-119.
2 Kortekaas MF, Meijer A, Van de Pol AC, De Wit NJ. RCT's in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2012;55:486-91.
3 Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knottnerus JA.The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial. JAMA 1994;272:1661-5.
4 Vroomen PC, De Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottnerus JA. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. N Engl J Med 1999;340:418-23.

ANTWOORD

Terecht wijst Knottnerus op de beperkingen van de zoekstrategie die we hebben gehanteerd in onze analyse van RCT's in de huisartsenpraktijk. Zoals we in het artikel reeds vermeldden, bleek dat van een aselecte steekproef van honderd RCT's gepubliceerd door ons bekende Nederlandse huisartsonderzoekers slechts veertig in onze database voorkwamen. Helaas hebben we daarbij blijkbaar ook een aantal *high impact*-publicaties gemist. Dat doet geen afbreuk aan onze conclusies, maar met Knottnerus concluderen we dat de researchoutput van de Nederlandse huisartsgeneeskunde waarschijnlijk nog positiever is dan wij nu hebben gevonden. Onderzoek in de huisartsgeneeskunde blijft moeilijk te identificeren, omdat de zoektermen slechts een domein beschrijven, en niet een specifieke onderzoeksmethode of een klinisch thema. Bij veel klinisch onderzoek dat wordt uitgevoerd in de eerstelijnspopulatie zal het domein huisartsgeneeskunde niet als zodanig worden benoemd, zelfs als dat onderzoek wordt uitgevoerd door huisarts-onderzoekers. Wij zouden er voor willen pleiten om de 'traceerbaarheid' van onderzoek in de huisartsgeneeskunde te verbeteren door een optimale zoekmethode te koppelen aan betere afspraken rond het toekennen van trefwoorden. Hier ligt een taak voor het Cochrane Field Primary Care. Op die manier kunnen in de toekomst de onderzoeksprestaties op het gebied van de huisartsgeneeskunde beter worden geëvalueerd. ■

Marlous Kortekaas, namens de auteurs

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Onjuist

Q-koorts is een infectieziekte die van dieren op mensen kan overgaan (zoönose). In Nederland zijn vooral besmette melkgeiten en melkschapen de infectiebron voor mensen. De bacterie die Q-koorts veroorzaakt is *Coxiella burneti*. Q-koorts is niet van mens op mens overdraagbaar.

www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/Q_koorts/index.jsp.

Van Steenbergen JE, Roest HJ, Wijkmans CJ, Van Duijnhoven Y, Vellema P, Stenvers O, et al. Q-koorts in Nederland: 2008 en verwachtingen voor 2009. NTvG 2009;153:A370.

3. Juist / 4. Onjuist

De tubulaire adenomateuze poliep is de meest voorkomende darmpoliep. De kans op maligne ontaarding is bij dit type poliep minder groot dan bij de villeuze adenomateuze poliep.

Als bij sigmoïdoscopie een verklaring wordt gevonden voor het rectale bloedverlies, bijvoorbeeld een proctitis of divertikels, kan in eerste instantie worden behandeld respectievelijk een expectatief beleid worden gevoerd. Als echter bij sigmoïdoscopie géén afwijkingen worden gevonden of indien er poliepen worden gezien, is een colonoscopie alsnog geïndiceerd.

Damoiseaux RAMJ, De Jong RM, De Meij MA, Starmans R, Dijksterhuis PH, Van Pinxteren B, et al. NHG-Standaard Rectaal bloedverlies. www.nhg.org.

5. Juist / 6. Juist / 7. Juist

Struikelen of scheef slijten van de schoenen is, naast de afwijkende beenstand, bij genua valga vaak de klacht waarmee ouders op het spreekuur komen. X-benen zijn meestal een fysiologische ontwikkeling, minder dan 5% is pathologisch. Bij eenzijdig voorkomen of persisteren ná het zevende levensjaar moet de huisarts aan pathologie denken. Als bij liggend onderzoek de mediale malleoli niet tegen elkaar kunnen worden gedrukt, is de kans groot dat de genua valga niet spontaan zullen corrigeren.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen bij kinderen. Tweede druk. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, 2009.

Visser JD. Kinderorthopaedie: pluis of niet pluis. Een leidraad voor de eerstelijns gezondheidszorg. 10e druk. Groningen: Van Denderen, 2009.

8. Onjuist / 9. Juist / 10. Juist

De effectiviteit van serotonineheropnameremmers (SSRI's) en tricyclische antidepressiva (TCA's) is nagenoeg gelijk. TCA's zijn gecontra-indiceerd na een recent hartinfarct en terughoudendheid is geboden bij urineretentie, lever- en nierfunctiestoornissen, glaucoom, epilepsie en cardiovasculaire aandoeningen zoals hartfalen.

Het antidepressieve effect, het normaliseren van de stemming en van de andere kenmerken van depressie zoals verlies van interesse en schuldgevoelens, is meestal pas na twee tot vier weken merkbaar, terwijl bijwerkingen al een paar uur na inname kunnen optreden.

Bij depressie is 60% van de patiënten na een half jaar hersteld. Maak duidelijk dat de patiënt invloed heeft op het herstel. Een actieve houding en levenswijze hebben een gunstige uitwerking op het beloop.

Van Weel-Baumgarten E, Van Gelderen G, Grundmeijer H, Licht-Strunk E, Van Marwijk H, Van Rijswijk E, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). www.nhg.org.

www.fk.cvz.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

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

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

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

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

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
particulieren: € 172,95, studenten: € 86,48
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070

Een nieuwe bestuursvoorzitter!
Dit nieuwe jaar beleeft een bijzondere start. Per 1 januari treedt bij het NHG een nieuwe bestuursvoorzitter aan: Rob Dijkstra. Na een zorgvuldige selectie en gesprekken met vele kandidaten is Dijkstra de beste van hen gebleken.

Net als Arno Timmermans in 2004 komt Dijkstra uit de eigen bureaugelederen. Als hoofd van de afdeling Implementatie kent hij het NHG van binnenuit en heeft hij in het kielzog van zijn voorganger het uitgebreide externe netwerk van het NHG leren kennen. Dijkstra heeft een wetenschappelijke rugzak – hij is in 2002 gepromoveerd op de diabetespas, voorloper van het Individueel Zorgplan(!) – en beschikt over veel deskundigheid, ervaring en passie als het gaat om de vertaling van wetenschappelijke kennis naar de praktijk. Dit alles maakt hem de man die bij uitstek staat voor de missie en visie van het NHG.

Dijkstra is naast zijn werk bij het NHG altijd blijven praktiseren als huisarts. De kernwaarden van het vak zitten in

zijn poriën. En ook de kernwaarden van het NHG – deskundig, kritisch, betrokken en betrouwbaar – zijn helemaal op hem van toepassing.
Voor een nadere kennismaking met Dijkstra verwijs ik u graag naar het interview op de achterpagina.

Rest mij u, mede namens alle medewerkers van het NHG, het allerbeste te wensen voor 2013. Met een kersverse bestuursvoorzitter en een gedegen Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, zien wij het nieuwe jaar met veel vertrouwen tegemoet. En we hebben er zin in!

Jako Burgers, hoofd NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap

NHG-Voorjaarscongres *Palliatieve zorg: de ultieme huisartsenzorg*

Het NHG-Voorjaarscongres zal dit jaar plaatsvinden op **donderdag 23 mei te Utrecht**. In één dag bent u weer helemaal bijgepraat door de Expertgroep Palliatieve zorg en Coaches voor medici en kunt u uw expertise uitbreiden op het gebied van uw zorg rond levenseinde en dood. Centraal staan de vragen:

- Wat zijn actuele ontwikkelingen in de begeleiding door de huisarts van patiënten in de terminale fase?
- Hoe communiceer je effectief met de patiënt en diens naasten over de naderende dood?
- Welke taboes spelen een rol en welke valkuilen zijn er voor de huisarts?

U kunt deze dag vier interactieve plenaire workshops volgen:

- Als het net even anders loopt (over palliatieve sedatie)
- De consulent kan me nog meer vertellen! (over klinisch redeneren)
- Dood gaan we allemaal (over taboes en valkuilen voor de huisarts)
- Je zou dit een hond nog niet aandoen (over communicatie).

Diverse leden van de Expergroep PalHag en Coaches voor Medici zullen deze dag optreden als sprekers en presentatoren. U kunt zich inschrijven via www.nhg.org. NHG-leden betalen € 225,-, niet-leden € 320,- en aiossen € 157,50 (inclusief koffie, thee en lunch).

Medicatieveiligheid en reden van voorschrijven

Per 1 januari 2012 is in de Geneesmiddelenwet opgenomen dat huisartsen voortaan verplicht zijn om bij hun recepten de reden van voorschrijven elektronisch uit te wisselen met de apotheker. Zo kan de apotheker beter het voorschrift beoordelen en de medicatiebewaking uitvoeren. Dit geldt alleen voor bepaalde geneesmiddelengroepen en is bedoeld om de patiëntveiligheid te bevorderen. Er vindt nog overleg plaats met onder meer de Orde van Medisch Specialisten, LHV, KNMP, KNMG en het ministerie van VWS over welke geneesmiddelen het precies betreft en hoe de maatregel moet worden geïmplementeerd.

Sommige huisartsen werken met een HIS waarin deze functionaliteit al is geïmplementeerd. De verwachting is dat ook andere HIS'en in de loop van 2013 de functionaliteit inbouwen. Hieraan ligt een implementatiehandleiding voor HIS-leveranciers van Z-Index ten grondslag.
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Khing Njoo, wetenschappelijk medewerker NHG-sectie Automatisering (k.njoo@nhg.org).

Startende NHG-Kaderopleidingen

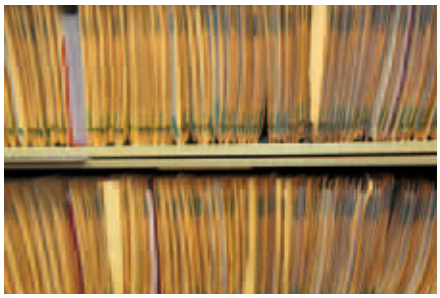
Dit voorjaar gaan weer enkele NHG-Kaderopleidingen van start.
Het gaat om:

- Het bewegingsapparaat. Meer informatie kunt u vinden op http://nhg-kba.nl.
- GGZ. Meer informatie kunt u vinden op www.nhgscholing.nl.
- International primary care research training. Meer informatie kunt u vinden op www.nhgscholing.nl.

&NHG

Huisarts en het Individueel Zorgplan

Al ruim twintig jaar registreert de huisarts episodes, problemen, meetwaarden en medicatie systematisch en chronologisch in het HIS. Dat is prima bij een kind dat voor de derde keer een otitis media heeft, maar bij patiënten met complexe problematiek loopt deze registratiewijze tegen grenzen aan. Dan ontbreekt een goed overzicht van de gemaakte afspraken met de patiënt en met andere hulpverleners. Nu multimorbiditeit, zelfmanagement en multidisciplinaire samenwerking toenemen, is meer individualisering en afstemming van de zorg nodig. Hier kan het Individueel Zorgplan in een lacune voorzien!



Van verschillende meningen...

Het Individueel Zorgplan bevat een helder overzicht van de afspraken over de behandeling tussen de patiënt en de betrokken zorgverleners. Hiertoe zijn al veel initiatieven ontwikkeld, onder meer door de Hart&Vaatgroep en de Nederlandse Diabetes Federatie. Maar door gebrek aan een goede definitie kijken de partijen verschillend tegen het Individueel Zorgplan aan. De een ziet het als voorlichtingsmateriaal, een ander als een opschrijfboekje met uitslagen en streefwaarden, en een derde zelfs als een contract tussen patiënt en zorgverlener. Deze verschillende interpretaties vormen een bedreiging voor een zinvolle, eenduidige invoering van het Individueel Zorgplan en voor het creëren van voldoende draagvlak.

... naar eenduidigheid

Het NHG hanteert als definitie: Het Individueel Zorgplan is een dynamisch overzicht waarin de afspraken die de patiënt met de zorgverleners heeft gemaakt eenduidig zijn vastgelegd. Uiteraard is er in het Individueel Zorgplan aandacht voor afspraken rond puur medische aspecten, zoals behandelingen en de meet- en streefwaarden zoals beschreven in de (zorg)standaarden. Maar er is ook ruimte voor bijvoorbeeld functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve aspecten. Bovendien moet het zorgplan geschikt zijn voor een patiënt met complexe problematiek, zoals tegelijkertijd multimorbiditeit, cognitieve problemen en kanker in de terminale fase.

Het hoe en waarom

De voordelen van het Individueel Zorgplan zijn:

- Een overzicht van de betrokken zorgverleners en de verdeling van de taken helpt bij het helder houden van het beleid en het kort houden van de lijnen.
- Patiënt en zorgverleners kunnen over en weer over de juiste gegevens beschikken. Zo heeft een diabetespatiënt inzage in zijn meet- en labgegevens, en de zorgverlener in de eigen metingen van de patiënt van bloeddruk en -suiker.
- De informatie van het Individueel Zorgplan verdwijnt niet vanzelf naar de achtergrond als er niet aan wordt gerefereerd, maar blijft direct toegankelijk en wordt geactualiseerd als de omstandigheden daar aanleiding toe geven.

Wat is zoal nodig om tot goede afspraken tussen patiënt en zorgverleners te komen?

- De patiënt moet in staat zijn om keuzes te maken over de geleverde zorg.
- De zorgverlener moet beschikken over de juiste competenties, waaronder goede communicatievaardigheden. Maar ook van belang zijn vaardigheden op het gebied van het inventariseren van problemen, het aanleren en coachen van zelfmanagement en het samenwerken en afstemmen met andere zorgverleners. Tot slot moet de zorgverlener kunnen voorzien in de juiste keuzehulpen en (zelf)educatiematerialen.
- Voorwaarde is dat er geen dubbelregistratie plaatsvindt.

Randvoorwaarden

Relevante gegevens uit het HIS moeten automatisch in het Individueel Zorgplan worden opgenomen en vice versa. Patiënt en zorgverlener zullen hiertoe dus allebei toegang moeten hebben. Een aan het HIS gekoppeld patiëntenportaal zou hiervoor geschikt kunnen zijn, maar ook platforms die buiten het HIS om bestaan. Voordat dit in de praktijk werkzaam kan zijn, moet een beveiligde gegevensuitwisseling worden gerealiseerd.
Niet elke patiënt zal een Individueel Zorgplan willen hebben. Vaak is dat ook niet nodig. Maar in elk geval moet worden voorkomen dat een patiënt meer dan één Individueel Zorgplan heeft. Een pilotonderzoek zal moeten uitwijzen hoeveel tijd het implementeren van het Individueel Zorgplan kost aan huisarts en praktijkondersteuner.

Activiteiten van het NHG

Om te voorkomen dat er veel verschillende en soms arbeidsintensieve modellen in omloop komen, zal het NHG een eenduidig registratiesysteem ontwikkelen. Met het oog op (toekomstige) gestructureerde gegevensuitwisseling wordt gestreefd naar één uniforme standaard, met een optimale efficiëntie doordat bijvoorbeeld dubbelregistratie wordt voorkomen. Hierbij is vroegtijdige afstemming met de patiëntenorganisaties van belang. Zo geeft het Individueel Zorgplan de huisarts de kans om overzicht te houden van zijn afspraken met de patiënt en om zelfmanagement te faciliteren.

NHG-AGENDA 2013 data

- **Triagecongres** 11 april
- **NHG-Voorjaarscongres Palliatieve zorg** 23 mei
- **Algemene Ledenvergadering** 6 juni
- **NHG-Wetenschapsdag** 14 juni
- **NHG-Congres *Help! Een spoedgeval*** 22 november

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

Congres Praktijkondersteuners een succes!

Dit jaar was het NHG voor het eerst betrokken bij de organisatie van het Jaarcongres voor praktijkondersteuners, dat ruim vierhonderd bezoekers trok. Praktijkondersteuners speelden in het programma een grote rol: ze gaven zelf enkele workshops of waren nauw betrokken bij de samenstelling van de inhoud ervan. Zo werd het congres echt een afspiegeling van hun werk. Onderzoek en begeleiding van de patiënt met chronische aandoeningen was de rode draad in het programma. Hieronder leest u een impressie van het congres.

Praktijkondersteuner en de Toekomstvisie

NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra gaat in de eerste plenaire lezing in op de NHG/LHV-Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Kleinschalige, persoonsgerichte zorg, dicht bij de patiënt; ook de komende tien jaar zijn deze kenmerken bepalend voor de huisartsenzorg. Een belangrijk thema in de Toekomstvisie is het verbeteren van de begeleiding van zelfmanagement door de patiënt, iets waarbij de praktijkondersteuner natuurlijk nauw betrokken is. Omdat de Toekomstvisie ervan uitgaat dat een 'echt hbo-niveau' wenselijk is, zal voor een deel van de huidige praktijkondersteuners de mogelijkheid van nascholing worden gecreëerd.

Dijkstra citeert uit NIVEL-onderzoek: 'Mede door de komst van praktijkondersteuners heeft de huisartsenzorg een grote ontwikkeling doorgemaakt, is de organisatie van de chronische zorg veranderd en is de kwaliteit van zorg rond chronische aandoeningen verbeterd. Daarom richt het NHG zich meer dan voorheen op de praktijkondersteuning.' Uiteraard konden praktijkondersteuners altijd al terecht bij het NHG, bijvoorbeeld als het ging om scholing, PraktijkWijzers en het Tijdschrift voor Praktijkondersteuning. Maar ze konden bijvoorbeeld alleen met de inlogcode van de huisarts toegang krijgen tot de NHG-website. Het NHG onderzoekt nu mogelijkheden om dit te veranderen.

Digitale snelweg

Jaco van Duivenboden, wetenschappelijk medewerker NHG-afdeling Automatisering, schetst in de tweede lezing de uiterst snelle digitale ontwikkelingen. Doordat iedereen tegenwoordig toegang heeft tot de kennis op internet, is de gezondheidszorg veranderd. En apps maken van alles mogelijk; er schijnen zelfs al apps te zijn waarmee patiënten hun huidafwijking kunnen diagnosticeren en hun bloeddruk kunnen meten. Ook het NHG timmert mee aan de digitale snelweg en biedt veel e-producten aan. Voor praktijkondersteuners zijn er e-learning en digitale protocollen bij de NHG-PraktijkWijzers beschikbaar.

Bezoek aan de workshops

Al met al is het een gevarieerd programma. Zo kunnen praktijkondersteuners zich ideeën vormen over de diverse standaarden die van belang zijn voor hun werk. Waarom is het bijvoorbeeld zo belangrijk om meteen te handelen bij een patiënt met boezemfibrilleren? Wat zijn de belangrijkste veranderingen in de zopas geactualiseerde NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement? Welke insulines kunnen zoal worden voorgeschreven in de huisartsenpraktijk? En hoe kun je de patiënt het best ondersteunen bij het stoppen met roken?

Ook is er aandacht voor de ouderenzorg. De praktijkondersteuners krijgen handvatten aangereikt hoe zij de zorg voor ouderen goed kunnen opzetten, met de nadruk op een proactieve houding. Er wordt ingegaan op de begeleiding van patiënten met dementie in het Utrechtse gezondheidscentrum 'Oog in Al' en er is uitleg over de redenen waarom ouderen vallen en actiepunten om het valrisico te verkleinen.

Communicatiestrategieën bepalen in sterke mate of het contact met de patiënt effectief verloopt. Volgens recent onderzoek van het NIVEL hebben praktijkondersteuners over het algemeen goede communicatieve vaardigheden, maar soms kunnen die nog wat beter worden ingezet, zeker als het gaat om motiverende gesprekstechnieken. De aanwezigen kunnen zich oefenen in het 'meebewegen met de weerstand'. Ook is er uitleg over hulpmiddelen die de communicatie met de patiënt kunnen vergemakkelijken.

Tot slot is er in de workshops aandacht voor intervisie. Hoe bewaak je je grenzen? Hoe ga je om met eisende patiënten of een dwingende huisarts? Wat zijn je kwaliteiten; wat je valkuilen? De aanwezigen kunnen verdeeld in groepjes kennismaken met de manier van werken bij intervisie.

Lekker klagen... en tevredenheid

Bart Flos, managementtrainer en auteur van *Eerste hulp bij zeuren en zaniken* neemt in de plenaire afsluiting onze 'klaagcultuur' op de hak met het advies om ook klagen op de werkvloer actief aan te pakken.

Dan kan 'bij de borrel' worden teruggekeken op een geslaagd congres, al waren er ook wel wat hobbels. De techniek liet het soms afweten en het programma startte een halfuur te laat vanwege files en 'bladeren op de rails'. Maar de inhoud van het programma was van uitstekende kwaliteit, en dat was het belangrijkst!

Sietsche van Gunst,
dagvoorzitter en hoofdredacteur Tijdschrift voor praktijkondersteuning.

Interview met directeur/bestuursvoorzitter Rob Dijkstra:

'Deze nieuwe functie is echt een uitdaging!'

Per 1 januari is de 53-jarige Rob Dijkstra aangetreden als nieuwe directeur/bestuursvoorzitter van het NHG. Na zijn promotie in 2004 – zijn onderzoek betrof de Diabetespas – kwam Dijkstra in 2007 in dienst bij het NHG, aanvankelijk als adjunct-hoofd en vervolgens als hoofd van de afdeling Implementatie. In een interview vertelt hij over deze nieuwe stap in zijn carrière en zijn plannen en ideeën voor de toekomst.

Het was een intensieve sollicitatieprocedure!
'Ja, de opvolging van Arno Timmermans is zeer serieus aangepakt. Kort nadat ik in het voorjaar hoorde dat Arno wilde vertrekken, heb ik mijn belangstelling voor de functie laten weten aan het ingeschakelde wervings- en selectiebureau. In die tijd vond al het eerste gesprek plaats, en in oktober en november volgden nog twee gesprekken met de Raad van Toezicht.'

Vanwaar je belangstelling voor de functie?
'Ik vind het erg leuk om erover mee te denken hoe we de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde kunnen handhaven en waar mogelijk verbeteren. Als bestuursvoorzitter kan ik daaraan meer diepgang geven. Het is belangrijk om de huisarts te helpen bij het wetenschappelijk onderbouwd werken in de praktijk. Daartoe moeten we de standaarden goed toegankelijk maken en dat houdt meer in dan alleen de tekst op de website zetten. Huisartsen moeten nuttige en handige onderdelen van de standaard – denk aan vragenlijsten, checklists et cetera – tijdens het consult snel voor hun neus krijgen zonder dat ze daarvoor de hele standaard door hoeven te pluizen. Aanvullende informatie over de diverse onderwerpen moet ook makkelijker beschikbaar zijn: scholing, voorlichtingsmaterialen en dergelijke. En misschien moet daarbij zelfs direct een mogelijkheid worden gegeven tot contact met kaderhuisartsen in de buurt. Voor mijzelf vind ik het belangrijk dat er een relatie blijft tussen mijn werk in de praktijk en bij het NHG, opdat ik zicht kan houden op de behoeften van de huisarts. Ik blijf daarom één dag per week praktiseren; dat is niet genoeg om continuïteit te kunnen bieden aan mijn patiënten, maar ik houd zo wel voldoende voeling met de praktijk.'

Je had de laatste tijd al wat taken van de bestuursvoorzitter overgenomen?
'Na Arno's vertrek namen de leden van het management team gezamenlijk diens taken over. In die zin had ik dus een paar maanden "oefentijd" voor ik aan deze functie begon. Maar niet alles is nieuw. Als afdelingshoofd heb je bij het NHG altijd al contacten naar buiten toe, bijvoorbeeld met het ministerie van VWS, de Inspectie, de LHV en andere partijen om ons heen. Het niveau van het overleg verandert nu dus wel, maar de lijntjes liggen er al. En sommige zaken lopen gewoon door, zoals deelname aan het bestuurlijk overleg met de LHV en de VHN; alleen doe ik dat nu niet meer als afdelingshoofd maar als bestuurder.'

Wat gaan de leden ervan merken dat er een nieuwe bestuursvoorzitter is?
'Ik denk dat we bijvoorbeeld nauwer betrokken zullen zijn bij het vormgeven aan de ketenzorg. Op dit moment maken we wel indicatoren voor de huisartsenzorg, maar mijns inziens zou het goed zijn als wij ook een rol gaan vervullen bij het maken van indicatoren voor de ketenzorg. Daarbij zullen we de praktijkondersteuners, als lid van het ondersteunend team in de praktijk, meer betrekken. Maar het roer gaat beslist niet helemaal om; we gaan vooral ook gewoon door met het meeste van wat het NHG allemaal al doet: het richtlijnenbeleid, het goed borgen van de positie van de huisartsgeneeskunde richting VWS en de Inspectie en dergelijke. Maar sommige bestaande dingen kunnen wel wat worden aangescherpt, zoals de toegang tot onze producten, het up-to-date houden van het richtlijnensysteem en de ontwikkeling van e-health. Ook wordt de integratie van onze verschillende internetpresentaties onderwerp van aandacht. Uiteindelijk moeten de NHG-website, HAweb, de elektronische leeromgeving et cetera allemaal binnen één inlog benaderbaar zijn.'

Gaat het bureau ook iets merken van de bestuurswisseling?
'Ik zou willen kijken of er betere samenwerking mogelijk is tussen mensen van verschillende afdelingen en of we meer projectmatig kunnen gaan werken. Eenzelfde groep mensen kan dan betrokken zijn bij de ontwikkeling van een product van richtlijn tot implementatie, dus inclusief scholing, voorlichtingsmateriaal, presentatie op de website en noem maar op.'

Is het spannend om in de voetsporen van twee zo illustere voorgangers te treden?
'Ja, dat is een hele uitdaging, want zowel Hans van der Voort als Arno Timmermans hebben natuurlijk de naam en faam van het NHG gevestigd. Dan moet je nog maar zien of je aan de verwachtingen kunt voldoen die door hun optreden zijn ontstaan. Maar ik vind het vooral erg leuk om in mijn nieuwe functie samen met de mensen van het bureau én met onze leden te kijken hoe we kunnen werken aan de verbetering van de huisartsenzorg.' (AS)

Colofon

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

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

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