JAARGANG 56 / MAART 2013

H&W

3

Huisarts en Wetenschap

2013

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

ONDERZOEK

Opvattingen van ouderen over levensbeëindiging

ONDERZOEK

Online zelfmanagement voor jongeren met astma

NHG-STANDAARD

Mictieklachten bij mannen

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

3

WETENSCHAP

ONDERZOEK

102 Opvattingen van ouderen over levensbeëindiging
Hilde Buiting, Dorly Deeg, Dirk Knol, Jochen Ziegelmann, Roeline Pasman, Guy Widdershoven, Bregje Onwuteaka-Philipsen

106 Online zelfmanagement voor jongeren met astma
Noor Rikkers-Mutsaerts, Ans Winters, Moira Bakker, Henk van Stel, Victor van der Meer, Johan de Jongste, Jaap Sont, SMASHING Onderzoeksgroep

110 Lichamelijk onderzoek en aanvullende tests bij hartfalen
Hans Kelder, Maarten-Jan Cramer, Jan van Wijngaarden, Rob van Tooren, Arend Mosterd, Carl Moons, Jan-Willem Lammers, Martin Cowie, Rick Grobbee, Arno Hoes

114 NHG-STANDAARD
Mictieklachten bij mannen
Marco Blanker, Simone Breed, Wouter van der Heide, Roelf Norg, Anja de Vries, René Wolters, Maureen van den Donk, Jako Burgers, Wim Opstelten, Rien Klomp

KLINISCHE PRAKTIJK

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE

123 Validiteit en betrouwbaarheid van tests
Lidewij Broekhuizen, Marloes van den Berg-Minnaard

NASCHOLING

124 Systemische behandeling van huidmelanomen
Wim Kruit

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

129 Medicamenteus beleid bij mannen met mictieklachten
Marco Blanker, Irina Stirbu-Wagner, Wim Opstelten

NASCHOLING

130 Verzoek van medisch adviseur van verzekeraar om informatie
Aart Hendriks, Just Eekhof

KLINISCHE LES

134 Geen zin meer in seks? Denk aan psychisch trauma!
Jacqueline de Groot, Ad de Jongh, Peter Leusink

SPREEKUUR

142 Zweten
Just Eekhof

143 Geheugenproblemen
Marieke Perry

CATS

144 Testosterontherapie bij mannen
Patrick Dielissen, Adrie Heijnen, Peter Leusink

PEARLS

145 Oefenen verbetert balans bij ouderen een beetje
Marjolein van de Pol

99 JOURNAAL
113, 140 COLUMNS
138 INTERVIEW
141 KENNISTOETS
146 BOEKBESPREKING

9 HET NHG

Vertekend

Onderzoekers doen onderzoek, schrijven de resultaten op en publiceren die in wetenschappelijke tijdschriften. Dit lijkt een rechttoe rechtaan proces, maar schijn bedriegt. In elke fase zijn er factoren die kunnen leiden tot vertekening.

Laten we bij het begin beginnen: welke onderzoeksvraag kiest een onderzoeker? Veel onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van een promotietraject, resulterend in een proefschrift en een doctorstitel. Vaak ligt de globale vraagstelling al vast op het moment dat de promovendus nog moet worden geworven. Zo'n vraagstelling bouwt dan voort op eerder onderzoek van de onderzoeksgroep. Het is begrijpelijk dat onderzoeksgroepen kiezen voor onderzoekslijnen (kennisaccumulatie, herkenbaarheid onderzoeksgroep) maar deze keuze laat weinig ruimte om onderzoek op andere terreinen te ontwikkelen.

De onderzoeksagenda van farmaceutische bedrijven wordt vooral bepaald door commerciële drijfveren. Nieuwe geneesmiddelen zijn het meest lucratief bij veelvoorkomende, chronische ziektes. Alledaagse en voorbijgaande klachten zijn niet interessant. Verder is de rol van subsidieprogramma's van belang. Medisch-wetenschappelijk onderzoek op de universiteiten wordt grotendeels betaald uit externe gelden, waarbij onderzoeksgroepen met elkaar concurreren om de altijd schaarse middelen. De collectebusfondsen – zoals voor hart- en vaatziekten, astma, diabetes en kanker – zijn medebepalend voor de onderzoeksvragen die aangepakt worden, en ook veel programma's van ZonMw zijn tamelijk restrictief in de keuze van onderzoeksvraag en design.

Als het onderzoek is voltooid, kunnen de resultaten openbaar worden gemaakt en ook in die fase treedt vertekening op. Hoe mooier de resultaten, hoe meer de onderzoeker zijn best zal doen deze te publiceren. Wanneer de resultaten tegenvallen, kan het zelfs gebeuren dat ze helemaal niet gepubliceerd worden.

De redacties van wetenschappelijke tijdschriften doen vrolijk mee. Wanneer een nieuwe behandeling mooie resultaten laat zien, wordt een artikel makkelijker gepubliceerd, en in een 'hoger' blad, dan wanneer de nieuwe behandeling niet beter blijkt dan wat dokters al deden. Het komt regelmatig voor dat de eerste juichende resultaten van een nieuwe behandeling in later onderzoek niet bevestigd kunnen worden. Het toeval is hier de boosdoener: wanneer je honderd keer dezelfde trial zou uitvoeren, zal de uitkomst steeds een beetje variëren, en trials met de mooiste resultaten worden het makkelijkst gepubliceerd. Dit leidt ertoe dat zo'n eerste publicatie van een nieuwe behandeling vaak een overschatting geeft van het werkelijke effect.

Valt er wat te doen aan al deze bronnen van vertekening? Jazeker. Bij de subsidieprogramma's van de overheid zijn er gelukkig nog steeds zogenaamde open programma's zonder voorgekookte thema's en ontwerprestricties. Het risico dat gerandomiseerde trials die niet de gewenste resultaten opleverden, niet worden gepubliceerd, wordt aangepakt met trialregisters. Onderzoekers zijn verplicht hun onderzoek bij aanvang te registreren in deze openbare registers, zodat duidelijk is dat dit onderzoek is gestart. Een logische volgende stap is om onderzoekers ook te verplichten hun resultaten openbaar te maken. En te rooskleurige resultaten van nieuwe behandelingen kunnen we corrigeren door het onderzoek te herhalen en de opeenvolgende resultaten te bundelen in systematische reviews.

Tot het zover is, zal H&W, net als alle andere wetenschappelijke tijdschriften, een vertekende blik op de werkelijkheid geven. ■

Hans van der Wouden

La maladie imaginaire

Veronderstelde ik eerder dat het streven het ziektebeeld chronische Lyme erkend te krijgen tot mislukking zou zijn gedoemd[1], inmiddels is het de Nederlandse Vereniging voor Lymepatiënten zelfs gelukt de kwestie via de Tweede Kamer op de agenda van de Gezondheidsraad te krijgen. De vraag of chronische vermoeidheid, neurocognitieve klachten en onverklaarde pijn moeten worden toegeschreven aan een persisterende infectie met *Borrelia burgdorferi* die wellicht veel langere behandeling met antibiotica behoeft dan wordt geadviseerd in de huidige richtlijnen, blijft de gemoederen bezighouden.

Recentelijk publiceerden Amerikaanse onderzoekers bevindingen die hopelijk de discussie definitief kunnen beslechten. Bij patiënten met een tweede, derde of vierde episode van erythema migrans namen ze huid- en bloedmonsters. Uit het zo verkregen DNA- en RNA-materiaal van *B. burgdorferi* keken ze of het ging om een opflakkering van de voorafgaande episode dan wel om een nieuwe infectie. Bij alle patiënten waren de eerdere episodes op de gebruikelijke wijze met antibiotica behandeld.

De resultaten waren opmerkelijk: in alle gevallen kwam het geïsoleerde *B. burgdorferi* genotype niet overeen met dat van de voorafgaande episode, hetgeen min of meer bewijst dat het steeds gaat om nieuwe besmettingen. Van de theoretische mogelijkheid dat patiënten tijdens de voorafgaande episodes waren besmet met twee *B. burgdorferi*-types, waarvan door toeval steeds eerst de ene en tijdens het recidief de andere werd geïsoleerd, wordt de kans door de onderzoekers berekend op 0,0000002. Zelfs als wordt aangenomen dat het in eerste instantie steeds ging om besmetting met 5 verschillende genotypes, is de kans dat alle verschillen op toeval berusten nog steeds minder dan 1%.

De conclusie spreekt voor zich: een nieuwe episode van erythema migrans bij een behandelde patiënt dient beschouwd te worden als een nieuwe infectie. En wellicht minstens zo belangrijk: chronische Lyme moet worden beschouwd als een ingebeelde ziekte. ■

Tjerk Wiersma

1 Wiersma T. Een nieuwe modeziekte in de kiem gesmoord. Huisarts Wet 2008;51:112.
2 Nadelman RB, et al. Differentiation of reinfection from relapse in recurrent Lyme disease. N Engl J Med 2012;367:1883-90.
3 Steere AC. Reinfection versus relapse in Lyme disease. N Engl J Med 2012;367:1950-1.

Ondervoede ouderen in de thuissituatie

Ondervoeding ondermijnt de gezondheid. Door de katabole status leidt het ondermeer tot vertraagde wondgenezing, verminderde afweer- en immuunfunctie en toegenomen morbiditeit en mortaliteit. Van zieken- en verpleeghuizen is bekend dat één op de vier respectievelijk vijf patiënten ondervoed is. Over ouderen in de thuissituatie waren minder betrouwbare cijfers voorhanden.

Onderzoekers van de Vrije Universiteit hebben nu in kaart gebracht hoe vaak ondervoeding bij ouderen in de thuissituatie voorkomt. Zij namen bij 814 ouderen in verzorgingshuizen en 1878 thuiswonende ouderen de *SNAQ*$^{65+}$ af: een gevalideerde vragenlijst die ingaat op de eetlust, onbedoeld gewichtsverlies, omtrek van de bovenarm en spierkracht. Twaalf procent van de ouderen die thuis woonden bleek ondervoed, tegenover 35% van de ouderen in verzorgingshuizen. Met name in de thuissituatie nam de prevalentie van ondervoeding toe met de leeftijd, van 8% bij 65-69-jarigen tot 21% bij 85-plussers. Deze cijfers komen overeen met een retrospectieve set gegevens uit 1998/99, afkomstig van de *Longitudinal Aging Study Amsterdam*.

In de media gaat veel aandacht uit naar de negatieve gevolgen van obesitas. Dit onderzoek laat zien dat bij ouderen ook ondervoeding een veelvoorkomend gezondheidsprobleem is. In zieken- en verpleeghuizen is al meer aandacht voor het herkennen en voorkomen van ondervoeding. In de thuissituatie moet nog blijken hoe we ondervoeding het beste kunnen aanpakken. ■

Linda Bröker

Schilp J, et al. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. Nutrition 2012;28:1151-6.

Foto: Guus Herbschleb

Een ongebruikelijke bijtwond

Regelmatig ziet de huisarts patiënten met een bijtwond, met name tijdens de dienst. De triagewijzer geeft aanwijzingen voor urgentie en beleid. Maar wat te doen wanneer de beet afkomstig is van een minder gebruikelijke diersoort?

De Komodovaraan *(Varanus komodoensis)* is het grootste levende reptiel op aarde. Zijn natuurlijke leefomgeving is de Komodo-archipel en Flores in Indonesië. De meeste beesten zijn te vinden op het eiland Rinca, en niet, zoals je zou denken, op Komodo, het hoofdeiland van de archipel.

Het is een raadsel waarom de beesten zich uitsluitend in dit kleine deel van de wereld ophouden. Nog opmerkelijker is de geslachtsverhouding: 3,4 mannetjes op 1 vrouwtje.
Komodovaranen zijn roofdieren, volwassen exemplaren kunnen 3 meter lang worden en voeden zich met herten, buffels en dergelijke. Ze verrassen hun prooi, bijten deze en wachten rustig af tot het dier sterft aan de gevolgen van de beet, wat dagen tot weken kan duren. Ook mensen zijn af en toe slachtoffer, de laatste 30 jaar gebeurde dat in Indonesië 25 keer, waarvan driemaal met dodelijke afloop. Lange tijd is gedacht dat de onfrisse mondflora van de varaan verantwoordelijk was voor de dodelijke gevolgen van hun beet, maar recent internationaal onderzoek waaraan ook het LUMC meewerkte, verwijst dit naar het rijk der fabelen. De dieren blijken te beschikken over een klier die een gif afscheidt waarin zich verschillende toxines bevinden.

De NHG-Triagewijzer geeft aan bijtwonden van slangen, spinnen en hagedissen de urgentiecategorie 2, de op één na hoogste categorie. Voor de behandeling van deze wonden zijn ons geen Nederlandse richtlijnen bekend.

Tot nu toe werden in ons land nog geen beten van de Komodovaraan gerapporteerd, maar in 2009 ontsnapte een aantal pasgeboren exemplaren uit hun verblijf in Diergaarde Blijdorp in Rotterdam. Het is dan ook bepaald niet denkbeeldig dat er zich vandaag of morgen een patiënt meldt met een bijtwond veroorzaakt door dit dier. ■

Hans van der Wouden

Foto: Hans van der Wouden

Fry BG, et al. A central role for venom in predation by Varanus komodoensis (Komodo Dragon) and the extinct giant Varanus (Megalania) priscus. PNAS 2009;106:8969-74.

Kluisterbuis

Een recent verschenen rapport van de Gezondheidsraad brengt de nadelige effecten in kaart van het werken aan een beeldscherm. Die effecten worden vooral gevonden op hand en polsen, schouders, en nek. Langer werken geeft meer kans op klachten. In Europa loopt Nederland voorop als het gaat om het percentage computergebruikers. Zowel op het werk als thuis kunnen we nauwelijks meer zonder. De Nederlandse werknemer werkte in 2010 gemiddeld 3,8 uur per dag achter een beeldscherm en ook de huisarts doet vrolijk mee.

In december 2012 publiceerde de Gezondheidsraad een rapport waarin de risico's van het werken aan een beeldscherm op een rij worden gezet. In ruim 100 pagina's wordt verslag gedaan van een uitgebreid literatuuronderzoek waarin de verschillende gezondheidseffecten de revue passeren. Voor de relatie tussen de duur van het beeldschermwerk en het optreden van gezondheidsklachten werd een meta-analyse uitgevoerd.

De meest voorkomende klachten zijn die van de schouder, de nek, de armen en de handen. De incidentie van hand-armklachten blijkt de sterkste gradiënt te vertonen met de duur van het beeldschermgebruik: de incidentie toe te schrijven aan de computer is 2% bij 5 uur per week en stijgt naar 17% bij 30 uur per week. Voor nekklachten zijn deze cijfers 1% en 8%, voor schouderklachten 2% en 13%.

Behalve fysieke klachten worden ook oogproblemen, slaapstoornissen en psychische klachten gemeld. De commissie kan geen antwoord geven op de vraag hoe lang achter een beeldscherm kan worden gewerkt zonder dat er gezondheidsklachten ontstaan, omdat de gevonden onderzoeken te divers waren en de wijze waarop blootstelling was gemeten teveel verschilde.

De gekozen term 'beeldscherm' is verrassend: de belangrijkste klachten lijken niet zozeer toe te schrijven aan het beeldscherm, als wel aan muis en toetsenbord. Het is dan ook de vraag of het klachtenspectrum gaat veranderen met de intrede van *touch screen* apparatuur. ■

Hans van der Wouden

Gezondheidsraad. Beeldschermwerken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/38.

Werkeloosheid als risicofactor voor hartinfarct

In de recent herziene NHG-Standaard Acuut coronair syndroom wordt aandacht besteed aan de behandeling van acute myocardischemie en/of instabiele angina pectoris. Risicofactoren zijn onder andere roken, diabetes mellitus en een belaste familieanamnese. Het effect van sociale stressoren zoals werkeloosheid is echter onduidelijk.

Werkeloosheid leidt tot een lagere sociaaleconomische status, waarvan bekend is dat het gepaard gaat met een slechtere gezondheid. Recente inzichten suggereren dat deze factoren kunnen bijdragen aan een hoger risico op cardiovasculaire aandoeningen.

Onderzoekers van het *Duke Clinical Research Institute* in de VS zochten uit wat de werkeloosheid bijdraagt aan het risico op het krijgen van een hartinfarct. Hiertoe volgden zij ruim 13.000 volwassenen, tussen 51 en 75 jaar oud, gedurende 18 jaar. Zij registreerden in deze periode 1.061 acute hartinfarcten. De onderzoekers concludeerden dat oudere mannen met een lagere opleiding en/of een lagere sociaaleconomische status die roken, overgewicht, hypertensie, diabetes mellitus of depressieve klachten hebben, een hoger risico op een acuut hartinfarct hadden. Het risico op een acuut hartinfarct was significant hoger in de groep werkloze of gepensioneerde deelnemers dan in de groep werkende deelnemers. Vooral in het eerste jaar na het verliezen van een baan bleek dit risico significant verhoogd (HR 1,27; 95%-BI 1,01-1,60), na langere werkeloosheid was er geen sprake van een hoger risico. Na multivariate analyse bleek dat deze uitkomsten zelfs vergelijkbaar waren met 'traditionele' risicofactoren zoals hypertensie en roken.

Werkeloosheid of sociaaleconomische status zijn gerelateerd aan een hogere kans op het krijgen van een myocardinfarct. In de spreekkamer is dit een gegeven waarop men echter weinig invloed heeft. Wanneer uit de anamnese blijkt dat patiënt recent werkeloos is geworden, is dit wel een extra reden om de andere risicofactoren goed te monitoren. ■

Bart van Wijk

Dupre ME, et al. The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. Arch Intern Med 2012;172:1731-7.

Hoger risico op heupfractuur door antihypertensiva?

In oktober 2012 verscheen de nieuwe NHG-Standaard Fractuurpreventie. De standaard geeft handvatten om onder andere het risico op een nieuwe fractuur bij patiënten boven de 50 jaar te verminderen. Een aantal factoren verhoogt het risico op vallen, zoals gewrichtsklachten, gebruik van psychofarmaca en polyfarmacie. Canadees onderzoek laat zien dat ook het starten van antihypertensiva is geassocieerd met een onmiddellijk toegenomen risico op het krijgen van een heupfractuur.

De Canadezen zochten uit of het initiëren van antihypertensiva bij ouderen (≥ 66 jaar) tot een direct hoger risico op heupfracturen leidt. De onderzoekers observeerden in een *self-controlled case serie design* een cohort van 301.591 ouderen die voor het eerst antihypertensiva kregen. De kans op orthostase is het grootst tijdens de eerste 45 dagen na het starten van de medicatie. Deze periode werd vergeleken met een laagrisicoperiode, de periode na de eerste 45 dagen, en een periode voorafgaand aan het gebruik van antihypertensiva (90 dagen). In totaal was dit een controleperiode van 450 dagen.

In een periode van 10 jaar tijd kregen 1.463 patiënten een heupfractuur ten gevolge van een val. Hiervan was 80,7 % vrouw en de gemiddelde leeftijd was 81 jaar. In de eerste 45 dagen na het starten met antihypertensiva hadden de ouderen een 43% hoger risico op een heupfractuur vergeleken met de controleperiode (*incidence rate ratio* (IRR) 1,43; 95%-BI 1,19-1,72). Dit werd vooral veroorzaakt door de bètablokkers (IRR 1,58; 95%-BI 1,01-2,48) en ACE-remmers (IRR 1,58; 95%-BI 1,01-2,48). De andere antihypertensiva lieten geen significant verschil zien.

Het relatieve risico op het krijgen van een heupfractuur na het starten van antihypertensiva is hoger in de eerste 45 dagen dan in de controleperiodes. Er moet wel rekening worden gehouden met het feit dat het absolute risico op het krijgen van een heupfractuur echter laag is (1.463/301.591 x 100% = 0,49%) In het kader van fractuurpreventie bij ouderen met meerdere risicofactoren op het krijgen van een heupfractuur, is het verstandig om bij het starten met antihypertensiva bètablokkers en ACE-remmers te vermijden. ■

Manon Randsdorp

Butt DA, et al.The risk of hip fracture after initiating antihypertensive drugs in the elderly. Arch Intern Med 2012;172:1739-44.

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).

Hilde Buiting, Dorly Deeg, Dirk Knol, Jochen Ziegelmann, Roeline Pasman, Guy Widdershoven, Bregje Onwuteaka-Philipsen

ONDERZOEK

Opvattingen van ouderen over levensbeëindiging

Samenvatting

Buiting HM, Deeg DJH, Knol DL, Ziegelmann JP, Pasman HRW, Widdershoven GAM, Onwuteaka-Philipsen BD. Opvattingen van ouderen over levensbeëindiging. Huisarts Wet 2013;56(3):102-5.

ACHTERGROND De groei van het aantal ouderen met chronische ziekten maakt dat vragen over actieve levensbeëindiging steeds belangrijker worden. De opvattingen van de ouderen zelf zijn echter nog nauwelijks geëxploreerd. Wij onderzochten hoe die opvattingen zich in Nederland hebben ontwikkeld tussen 2002 en 2009.

METHODE Wij hebben gebruik gemaakt van metingen uit de cohorten van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Op drie meetmomenten, in 2002, 2006 en 2009, is aan respectievelijk 1284, 1303 en 1245 respondenten van 64 jaar en ouder gevraagd of zij zich konden voorstellen dat zij een arts zouden verzoeken hun leven te beëindigen (euthanasie), dan wel de beschikking zouden willen hebben over een zelfdodingspil ('laatste-wil-pil') als zij, zonder ernstig ziek te zijn, niet meer verder zouden willen leven. Op deze gegevens hebben wij een logistische regressieanalyse toegepast om trends in de opvattingen in kaart te brengen en te zoeken naar verbanden met onderliggende demografische en gezondheidskenmerken.

RESULTATEN Het percentage respondenten dat positief stond tegenover het euthanasiescenario groeide tussen 2002 en 2009, maar de toename was alleen significant in de jongste leeftijdsgroep (64-74 jaar): 58% in 2002, 64% in 2006 en 70% in 2009. De oddsratio (OR) van 2009 ten opzichte van 2002 was 1,30 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,17-1,44). Het percentage dat positief stond tegenover een 'laatste-wil-pil' was lager, maar groeide ook: 31% in 2002, 33% in 2006 en 45% in 2009 (OR 1,37; 95%-BI 1,23-1,52). Die groei trad exclusief op in de jongste leeftijdsgroep (64-74 jaar). Niet-godsdienstige en hoger opgeleide ouderen stonden in het algemeen positiever tegenover actieve levensbeëindiging.

CONCLUSIE De opvattingen over actieve levensbeëindiging verschuiven. Steeds meer ouderen kunnen zich voorstellen dat zij ooit euthanasie of een laatste-wil-pil zullen wensen. Dit kan impliceren dat een groeiend aantal mensen er behoefte aan heeft de autonomie tot het laatst toe te behouden. Het laat daarnaast zien dat zorgverleners serieus aandacht moeten blijven besteden aan gepaste zorg in de laatste levensfase.

Integraal Kankercentrum Nederland, afdeling Registratie & Onderzoek, Utrecht; Universiteit van Amsterdam, afdeling Wijsbegeerte, Amsterdam; VUmc, EMGO+ Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam: dr. H.M. Buiting, onderzoeker. VUmc, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek, Longitudinal Aging Study, EMGO+ Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Amsterdam: prof.dr. D.J.H. Deeg. VUmc, EMGO+ Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Amsterdam: prof.dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen; dr. H.R.W. Pasman. VUmc, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek, EMGO+ Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Amsterdam: dr. D.L. Knol; VUmc, afdeling Metamedica, EMGO+ Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Amsterdam: prof.dr. G.A.M. Widdershoven. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin: dr. J.P. Ziegelmann • Correspondentie: h.buiting@iknl.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: Buiting HM, Deeg DJ, Knol DL, Ziegelmann JP, Pasman HR, Widdershoven GA, Onwuteaka-Philipsen BD. Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in the Netherlands: 2001-2009. J Med Ethics 2012;38(5):267-73. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

INLEIDING

Door vergrijzing en toegenomen levensverwachting leven er in Nederland steeds meer ouderen met chronische ziekten. Zij overlijden ook steeds vaker aan een chronische ziekte. De zorg in de laatste levensfase, en daarmee ook het vraagstuk van actieve levensbeëindiging, wordt in de medische zorg – en zeker ook in de huisartsenzorg – steeds belangrijker. In Nederland wordt versnelling van de dood acceptabel of zelfs gewenst geacht wanneer het lijden niet op een andere manier kan worden verlicht. De Nederlandse wetgever heeft euthanasie gedefinieerd als het opzettelijk beëindigen van het leven van een patiënt door een arts, op het uitdrukkelijke verzoek van de patiënt.[1]

Aan de totstandkoming van de regelgeving rondom euthanasie is een lang debat voorafgegaan, dat is uitgemond in een zorgvuldige toetsingsprocedure die eist dat de arts aan zes criteria voldoet. Gerechtelijke uitspraken in 1994 (Chabot) en 2002 (Brongersma) hebben de grenzen van het medische domein omschreven aan de hand van het 'lijdenscriterium': het lijden van de patiënt moet een medisch classificeerbare somatische of psychiatrische oorsprong hebben.[2] Parallel hieraan woedde er een maatschappelijk debat over de vraag in hoeverre men ouderen zou moeten helpen die geen medisch classificeerbare ziekte hebben maar wel een stervenswens omdat zij 'klaar met leven' zijn. Uit het begin van de jaren negentig dateert het voorstel om ouderen de beschikking te geven over een 'pil van Drion', waarmee zij hun leven kunnen beëindigen wanneer zij dit wensen.[3,4] Dit debat is recentelijk nieuw leven ingeblazen door het Burgerinitiatief Voltooid Leven. Naast de roep om autonomie van de patiënt lijkt daarin ook de angst voor toekomstig lijden een rol te spelen. De levensverwachting

Wat is bekend?

- Door de toename van de levensverwachting zal het percentage kwetsbare ouderen in de toekomst substantieel toenemen.
- Al langer is een discussie gaande of, en zo ja in hoeverre, ouderen die niet meer verder willen leven omdat zij hun leven voltooid achten onder de regelgeving van de euthanasiewet zouden kunnen vallen.

Wat is nieuw?

- Het percentage ouderen dat zich kan voorstellen dat zij ooit om euthanasie of een laatste-wil-pil zullen vragen, is tussen 2002 en 2009 gestegen.
- Positieve opvattingen over euthanasie en een laatste-wil-pil komen vaker voor bij ouderen met een hoger opleidingsniveau en zonder godsdienstige verbondenheid.
- Jongere ouderen (64-74 jaar) staan het positiefst tegenover euthanasie of een laatste-wil-pil, mogelijk omdat zij gevoeliger zijn voor actuele discussies rondom dit onderwerp.

stijgt in alle westerse landen[5] en zal dat de komende jaren blijven doen,[6] maar voor velen gaat het ouder worden gepaard met multimorbiditeit, lichamelijke beperkingen en een grotere kans op institutionele zorg.

In dit onderzoek hebben wij de opvattingen van ouderen zelf, en de trends daarin, in kaart gebracht: wat vinden zij van euthanasie of van een 'laatste-wil-pil', die hen in staat zou stellen hun leven te beëindigen op een zelfgekozen moment, ook als zij niet ernstig ziek zijn?

METHODE

Onderzoeksopzet

Wij hebben onze gegevens betrokken uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), waarvan de opzet en het cohort elders in detail beschreven zijn.[7] Wij gebruikten drie verschillende meetmomenten: 2001-03, 2005-06 en 2008-09 (hierna aangeduid als 2002, 2006 en 2009). Voor elk van deze drie meetmomenten selecteerden wij drie gelijke leeftijdsgroepen: 64-74 jaar, 75-84 jaar en 85 jaar of ouder. In totaal beschikten wij voor 2002 over 1284 respondenten, voor 2006 over 1303 respondenten en voor 2009 over 1245 respondenten. Binnen de genoemde groepen includeerden wij alle deelnemers op het betreffende meetmoment, dus een respondent kan één-, twee- of driemaal zijn meegenomen in de analyse.

Meetinstrumenten

Naast een aantal demografische en gezondheidskenmerken analyseerden wij de antwoorden die gegeven werden op een tweetal standaardvragen:

- Kunt u zich voorstellen dat u ooit zelf aan uw dokter zou vragen of hij/zij uw leven zou willen beëindigen? [ja/nee]
- Kunt u zich voorstellen dat u ooit zelf de beschikking zou willen hebben over zo'n zelfdodingspil? [ja/nee]

Analyse

Wij hebben onderzocht of zich trendmatige veranderingen voordeden in deze opvattingen door de antwoorden als afhankelijke variabelen op te nemen in een logistische regressieanalyse, gecorrigeerd voor het feit dat een respondent meerdere meetmomenten zou kunnen hebben. Daarna onderzochten we met behulp van een multivariabel analysemodel de associatie tussen deze opvattingen en verschillende demografische en gezondheidskenmerken.

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemers

Kenmerk	2002	2006	2009
N	1284	1303	1245
Leeftijd			
■ 64-74 jaar	54%	57%	56%
■ 75-84 jaar	34%	32%	33%
■ ≥ 85 jaar	12%	11%	11%
Mannelijk geslacht	45%	45%	45%
Burgerlijke staat			
■ getrouwd, geregistreerd partnerschap	58%	62%	60%
■ weduwe	33%	28%	28%
■ gescheiden	5%	6%	8%
■ nooit getrouwd	5%	4%	4%
Opleiding			
■ lagere school	35%	30%	26%
■ middelbaar onderwijs	51%	54%	56%
■ hoger onderwijs	13%	16%	18%
Religie			
■ geen	38%	41%	41%
■ Nederlands Hervormd/protestant	28%	26%	27%
■ Rooms-Katholiek	29%	28%	27%
■ anders	5%	5%	4%
Aantal chronische ziekten*			
■ 0	23%	22%	20%
■ 1	39%	37%	36%
■ 2	26%	26%	27%
■ ≥ 3	13%	15%	16%
Depressie			
■ niet depressief (CES-D < 16)	85%	85%	88%
■ depressief (CES-D ≥ 16)	15%	15%	12%
Cognitieve beperking			
■ geen cognitieve beperking (MMSE ≥ 24)	88%	88%	90%
■ cognitieve beperking (MMSE < 24)	12%	12%	10%

CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression scale. MMSE = Mini Mental State Examination.

** Gegevens hebben betrekking op de zeven meest voorkomende ziekten: chronische aspecifieke longziekten, hartziekten, vaatziekten, diabetes mellitus, hersenbloeding of hartinfarct, osteoartritis of reumatoïde artritis, kanker.*

Ethiek

De medisch-ethische commissie van het VUmc heeft de onderzoeksopzet van LASA goedgekeurd in 1992 en in 2002. De voortgang wordt gemonitord door een Nederlandse en internationale begeleidingscommissie.

Tabel 2 Positieve opvattingen van ouderen over actieve levensbeëindiging, per leeftijdsgroep

	Euthanasie voorstelbaar*				Laatste-wil-pil voorstelbaar†			
	2001-03	2005-06	2008-09	OR (95%-BI)	2001-03	2005-06	2008-09	OR (95%-BI)
Alle leeftijden	54%	59%	63%	1,21 (1,13-1,29)	31%	32%	40%	1,22 (1,13-1,30)
64-74 jaar	58%	64%	70%	1,30 (1,17-1,44)	31%	33%	45%	1,37 (1,23-1,52)
75-84 jaar	51%	54%	56%	1,11 (0,97-1,26)	32%	32%	35%	1,05 (0,92-1,21)
≥ 85 jaar	45%	45%	50%	1,07 (0,85-1,34)	33%	30%	33%	0,99 (0,78-1,26)

OR = oddsratio, gebaseerd op logistische regressieanalyse: kans op een positief antwoord in vergelijking met het eerste meetmoment (2001-03). 95%-BI = 95%-Betrouwbaarheidsinterval.

** Bevestigend antwoord op de vraag: 'Kunt u zich voorstellen dat u ooit zelf aan uw dokter zou vragen of hij/zij uw leven zou willen beëindigen?'*

† Bevestigend antwoord op de vraag: 'Vindt u dat er een zelfdodingspil ("pil van Drion" of "laatste-wil-pil") beschikbaar moet komen voor ouderen die niet meer verder willen leven zonder dat zij ernstig ziek zijn?'

Tabel 3 De relatie tussen de opvattingen van ouderen over euthanasie en een laatste-wil-pil uitgesplitst naar onderliggende demografische kenmerken

	Euthanasie voorstelbaar		Laatste-wil-pil voorstelbaar	
	OR	95%-BI	OR	95%-BI
Naar leeftijd				
■ ≥ 85 jaar	1		1	
■ 75-84 jaar	1,23	(0,91-1,66)	1,03	(0,65-1,63)
■ 64-74 jaar	1,71	(1,25-2,34)	0,87	(0,56-1,37)
Naar meetmoment				
■ 2002	1		n.v.t.††	
■ 2006	1,17	(1,00-1,37)		
■ 2009	1,44	(1,22-1,69)		
Naar meetmoment en leeftijd				
≥ 85 jaar				
■ 2002	n.v.t.†		1	
■ 2006			1,07	(0,63-1,82)
■ 2009			1,01	(0,59-1,74)
75-84 jaar				
■ 2002	n.v.t.†		1	
■ 2006			0,90	(0,67-1,21)
■ 2009			1,06	(0,78-1,45)
64-74 jaar				
■ 2002	n.v.t.†		1	
■ 2006			0,94	(0,75-1,19)
■ 2009			1,73	(1,36-2,21)
Naar geslacht				
■ man	1		1	
■ vrouw	0,89	(0,72-1,10)	0,95	(0,76-1,19)
Naar burgerlijke staat				
■ getrouwd, geregistreerd partnerschap	1		1	
■ weduwe/weduwnaar	0,88	(0,69-1,11)	1,06	(0,82-1,37)
■ gescheiden	1,61	(1,00-2,58)	1,50	(0,96-2,34)
■ nooit getrouwd	0,76	(0,47-1,23)	0,79	(0,45-1,39)
Naar opleiding				
■ lager onderwijs	1		1	
■ middelbaar onderwijs	1,47	(1,17-1,85)	1,30	(1,01-1,66)
■ hoger onderwijs	2,13	(1,51-3,02)	2,49	(1,78-3,46)
Naar religie				
■ geen	1		1	
■ Nederlands Hervormd/protestant	0,15	(0,11-0,19)	0,15	(0,11-0,20)
■ Rooms-Katholiek	0,28	(0,22-0,36)	0,24	(0,19-0,31)
■ anders	0,28	(0,17-0,46)	0,48	(0,30-0,77)
Naar comorbiditeit‡				
■ 0 chronische ziekten	1		1	
■ 1 chronische ziekte	0,90	(0,72-1,14)	0,77	(0,60-0,97)
■ 2 chronische ziekten	0,89	(0,69-1,15)	0,80	(0,61-1,05)
■ > 2 chronische ziekten	0,86	(0,63-1,18)	0,74	(0,54-1,03)
Naar depressie				
■ niet depressief (CES-D < 16)	1		1	
■ depressief (CES-D ≥ 16)	1,43	(1,09-1,87)	1,40	(1,07-1,82)
Naar cognitieve beperking				
■ geen cognitieve beperking (MMSE ≥ 24)	1		1	
■ cognitieve beperking (MMSE < 24)	0,79	(0,60-1,03)	0,98	(0,74-1,31)

OR = oddsratio. BI = betrouwbaarheidsinterval. CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression scale. MMSE = Mini Mental State Examination.

Voor deze analyse zijn de observaties van drie verschillende meetmomenten bij elkaar opgeteld (N = 3615).

** Gebaseerd op een logistische multivariate regressieanalyse, dat wil zeggen de kans op een positief antwoord voor het euthanasiescenario (kolom 1) of voor een laatste-wil-pil (kolom 2) uitgesplitst binnen verschillende categorieën en gecorrigeerd voor andere variabelen in de analyse.*

† Interactie met meetmoment en leeftijd niet significant.

† † Interactie met meetmoment en leeftijd significant.

‡ Chronische aspecifieke longziekten, hartziekten, vaatziekten, diabetes mellitus, hersenbloeding of hartinfarct, artrose of reumatoïde artritis, kanker.

RESULTATEN

De demografische kenmerken [**tabel 1**] verschilden weinig over de drie meetmomenten: 54-57% van de respondenten behoorde tot de jongste leeftijdsgroep, 55% was vrouw, 58-62% was getrouwd of had een geregistreerd partnerschap. Een afnemend percentage (35-26%) had als hoogst genoten opleiding lagere school, een licht dalend percentage (62-58%) was aangesloten bij een religieuze denominatie. Ongeveer 80% had een chronische ziekte, 12-15% rapporteerde depressieve symptomen en bij 10-12% werd een cognitieve beperking geconstateerd.

[**Tabel 2**] laat zien welk percentage van de respondenten zich kon voorstellen dat zij ooit om euthanasie zouden vragen of de beschikking zouden willen hebben over een laatste-wil-pil. Het percentage respondenten dat zich kon voorstellen dat zij ooit om euthanasie zouden vragen was steeds het hoogst in de jongste leeftijdsgroep: 58% in 2002, 64% in 2006 en 70% in 2009. Het percentage dat zich kon voorstellen ooit een laatste-wil-pil te willen hebben, was voor alle leeftijden en op elk meetmoment aanzienlijk lager (31-40%).

De oddsratio's (OR) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI) die onze logistische regressieanalyse opleverde, laten zien dat de kans dat een respondent zich een actieve levensbeëindiging kan voorstellen, tussen 2002 en 2009 is toegenomen. Deze toename was het sterkst in de jongste leeftijdsgroep, met een OR van 1,30 (95%-BI 1,17-1,44) en 1,37 (95%-BI 1,23-1,52) voor respectievelijk euthanasie en een laatste-wil-pil. Onder respondenten van 75 jaar en ouder was de toename niet significant.

[**Tabel 3**] toont de invloed van leeftijd, meetmoment en demografische kenmerken op de voorstelbaarheid van een euthanasiescenario. Kenmerken die bijdroegen, zijn: opleiding hoger dan lagere school; geen religieuze verbondenheid; gescheiden; jonger dan 85 jaar; depressieve symptomen. Ook het meetmoment bleef een rol spelen: in 2009 achtte een aanzienlijk groter deel van de respondenten euthanasie voorstelbaar dan daarvoor. De bevindingen inzake het laatste-wil-pilscenario waren vergelijkbaar. Daarbij was de significante interactie tussen meetmoment en leeftijd van de respondent opvallend: voor meetmoment 2009 ten opzichte van 2002 was de OR 1,73 (95%-BI 1,36-2,21) in de jongste leeftijdsgroep, terwijl deze oddsratio niet significant was voor de andere leeftijdsgroepen.

DISCUSSIE

Het percentage ouderen dat de mogelijkheid van euthanasie of een laatste-wil-pil voorstelbaar vindt, is tussen 2002 en 2009 aanzienlijk toegenomen. Deze toename geldt nagenoeg exclusief de leeftijdsgroep 64-74 jaar; in oudere leeftijdsgroepen is zij zwakker.

Sterke en zwakke punten

Sterke punten zijn dat het LASA-cohort groot is en dat er slechts weinig waarnemingen ontbreken. Een ander sterk punt is, dat het een longitudinaal onderzoek is waarin respondenten prospectief worden gevolgd.

Een beperking is dat de hoofdvragen van dit onderzoek niet expliciet aan de respondenten geïntroduceerd werden. Het zou kunnen dat de respondenten daardoor geen duidelijk onderscheid maakten tussen de verschillende vragen. Een ander zwak punt is dat men de respondent vroeg of die zich deze opvattingen 'zou kunnen voorstellen'. Dat is sterker dan een algemene opvatting, maar zwakker dan een uitdrukkelijke wens. Een laatste zwak punt is de kwalificatie 'bij afwezigheid van een ernstige ziekte' in de vraag naar de wenselijkheid van een laatste-wil-pil. Het begrip 'ernstige ziekte' is voor meerdere interpretaties vatbaar en dit kan geleid hebben tot een onder- of overschatting.

Trend

Op elk van de drie meetmomenten was het percentage ouderen dat zich kon voorstellen dat zij ooit om euthanasie zouden verzoeken hoger dan het percentage dat wellicht ooit een laatste-wil-pil zou willen hebben. Dit is niet verwonderlijk, want euthanasie wordt al sinds de jaren zeventig bediscussieerd, is juridisch vastgelegd in wetgeving en wordt door een arts uitgevoerd. Voor de laatste-wil-pil geldt dat allemaal niet.

Jongere ouderen konden zich beide scenario's het vaakst voorstellen. Het zou kunnen dat zij hun mening gemakkelijker laten beïnvloeden door actuele discussies. Het verschil in leeftijd blijkt vooral relevant als het gaat om de laatste-wil-pil. Een relatief geringere gevoeligheid voor het actuele debat zou dan verklaren waarom oudere ouderen beide scenario's minder vaak positief beoordeelden.[8] Wellicht ook hechten oudere ouderen minder waarde aan de autonomie van de patiënt en meer waarde aan een paternalistisch besluitvormingsmodel. Ook is het mogelijk dat hun opvattingen genuanceerder zijn omdat zij hun levenseinde als dichterbij ervaren. De beslissing kan ook anders worden op het moment dat men werkelijk met een ernstige ziekte wordt geconfronteerd.

Ons onderzoek heeft ook laten zien dat niet-religieus zijn en een hogere opleiding vaker samengingen met een positieve opvatting over euthanasie of een laatste-wil-pil. De invloed van de factor religie kan gedeeltelijk verklaard worden uit het feit dat veel religieuze doctrines euthanasie onacceptabel achten en dat de oudere generatie vaker is aangesloten bij een religieuze denominatie dan de jongere.[9] De invloed van de factor opleiding is wellicht te verklaren doordat hoger opgeleiden meer belang hechten aan het maken van een autonome beslissing en beter geïnformeerd zijn doordat zij de discussies hebben gevolgd. De aanwezigheid van chronische ziekten daarentegen had in ons onderzoek geen invloed op de opvatting over actieve levensbeëindiging.

CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat een substantieel deel van de oudere Nederlanders zich kan voorstellen dat zij ooit behoefte zullen hebben aan euthanasie of een laatste-wil-pil. Dit vraagt om verder onderzoek naar methoden om ondraaglijk lijden voor ouderen te vermijden of te verlichten. Het vraagt ook om voortzetting van de discussie over lijden en stervenswens bij ouderen.

De trend die wij constateerden, kan worden geïnterpreteerd als een aanwijzing dat het maatschappelijk debat de opvattingen van ouderen beïnvloedt. Anderzijds zou men ook kunnen zeggen dat die opvattingen het debat beïnvloeden, getuige ook het in 2011 gepubliceerde KNMG-standpunt *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* en de discussie in hoeverre de stervenswens van ouderen met een cumulatie van fysieke problemen binnen de euthanasiewet zou kunnen vallen.[10] ■

LITERATUUR

1 De Haan J. The new Dutch law on euthanasia. Med Law Rev 2002;10:57-75.
2 Van Tol DG, Rietjens JA, Van der Heide A. Empathy and the application of the 'unbearable suffering' criterion in Dutch euthanasia practice. Health Policy 2012;105:296-302.
3 Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, Jansen-van der Weide MC, Van der Wal G. When being 'tired of living' plays an important role in a request for euthanasia or physician-assisted suicide: Patient characteristics and the physician's decision. Health Policy 2005;74:157-66.
4 KNMG. Dossiers op thema, levenseinde, klaar met leven. Utrecht: KNMG, 2010. http://knmg.artsennet.nl/Dossiers/Dossiers-op-thema/levenseinde/Lijden-aan-het-leven-1.htm, geraadpleegd juli 2012.
5 Van der Lucht F, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.
6 Wilmoth JR. Demography of longevity: Past, present, and future trends. Exp Gerontol 2000;35:1111-29.
7 Huisman M, Poppelaars J, Van der Horst M, Beekman AT, Brug J, Van Tilburg TG, et al. Cohort profile: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. Int J Epidemiol 2011;40:868-76.
8 Zhao J, Barclay S, Farquhar M, Kinmonth AL, Brayne C, Fleming J, et al. The oldest old in the last year of life: Population-based findings from Cambridge city over-75s cohort study participants aged 85 and older at death. J Am Geriatr Soc 2010;58:1-11.
9 Braam AW, Deeg DJ, Poppelaars JL, Beekman AT, Van Tilburg W. Prayer and depressive symptoms in a period of secularization: Patterns among older adults in the Netherlands. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15:273-81.
10 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. KNMG standpunt. Amsterdam, 2011. http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Standpunt-rol-van-de-arts-bij-het-zelfgekozen-levenseinde-2011.htm, geraadpleegd januari 2013.

Noor Rikkers-Mutsaerts, Ans Winters, Moira Bakker, Henk van Stel, Victor van der Meer, Johan de Jongste, Jaap Sont, SMASHING Onderzoeksgroep

ONDERZOEK

Online zelfmanagement voor jongeren met astma

Samenvatting

Rikkers-Mutsaerts ERVM, Winters AE, Bakker MJ, Van Stel HF, Van der Meer V, De Jongste JC, Sont JK, SMASHING (Self Management in Asthma Supported by Hospitals, Internet, Nurses and General Practitioners) Onderzoeksgroep. Online zelfmanagement voor jongeren met astma. Huisarts Wet 2013;56(3):106-9.

DOEL Evaluatie van de effectiviteit van zelfmanagement van astma via internet voor adolescenten.

METHODE Adolescenten (12-18 jaar) met persisterend en niet goed gecontroleerd astma namen deel aan een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek met 1 jaar follow-up. We wezen ze toe aan een internetgroep (n = 46) of een controlegroep (n = 44). Deelname aan de internetgroep betekende wekelijkse monitoring van astmacontrole met een onlinebehandeladvies, daarnaast educatie en coaching door een kinderlongverpleegkundige, in aanvulling op de gebruikelijke zorg. Deelnemers in de controlegroep kregen alleen de gebruikelijke zorg. Uitkomstmaten waren onder andere de astmagerelateerde kwaliteit van leven na 12 maanden, astmacontrole en longfunctie.

RESULTATEN Na drie maanden was er bij de internetgroep sprake van een significante, maar niet klinisch relevante verbetering in astmagerelateerde kwaliteit van leven, astmacontrole en longfunctie, in vergelijking met de controlegroep. Na 12 maanden was het verschil op alle parameters niet langer significant.

CONCLUSIE Zelfmanagement via internet als aanvulling op de gebruikelijke zorg verbetert bij adolescenten met niet goed gecontroleerd astma de astmagerelateerde kwaliteit van leven, astmacontrole en longfunctie na 3 maanden. Op de lange termijn is echter geen toegevoegde waarde meer aantoonbaar.

INLEIDING

Astmacontrole bij kinderen laat veel te wensen over en dat geldt zeker voor adolescenten die neigen naar ontkenning van de symptomen en een matige therapietrouw.[1,2] De literatuur geeft aan dat zelfmanagement significant kan bijdragen aan een betere astmacontrole.[3] Monitoren via piekstroomdagboeken, die men tot nu gebruikt, blijkt vaak niet te voldoen.[4] Monitoren via internet is daarentegen veelbelovend. Eerder lieten we al zien dat zelfmanagement via internet bij volwassenen met astma een verbetering in astmagerelateerde kwaliteit van leven, astmacontrole en longfunctie geeft.[5] Voor adolescenten is internet een vertrouwd medium en focusgroepinterviews toonden aan dat vooral adolescenten met een onvoldoende gecontroleerd astma positief staan tegenover zelfmanagement via internet.[6] In een pilotonderzoek vonden we een goede compliance bij adolescenten die de piekstroom gedurende een maand via internet registreerden.[7]

Wij hebben onderzocht of zelfmanagement via internet bij adolescenten met onvoldoende gecontroleerd astma leidt tot een betere astmagerelateerde kwaliteit van leven.

METHODE

Onderzoekspopulatie

Via huisartsen (35 praktijken) en kinderartsen (8 ziekenhuizen) benaderden we adolescenten (12-18 jaar) met astma, die gedurende het voorafgaande jaar meer dan 3 maanden inhalatiesteroïden hadden gebruikt, en geen relevante comorbiditeit vertoonden.

Onderzoeksontwerp

Het betrof een gerandomiseerde parallelle trial met 2 onderzoeksgroepen en 1 jaar follow-up met evaluatieperiodes van 2 weken op baseline, 3 en 12 maanden. We nodigden adolescenten uit om via internet 2 verschillende astmacontrolevragenlijsten in te vullen (Asthma Control Questionnaire, ACQ, en Asthma Therapy Assessment Questionnaire, ATAQ).[8,9] Alleen adolescenten met een onvoldoende gecontroleerd astma (ACQ > 0,75 en/of ATAQ > 1) konden deelnemen aan het onderzoek.

Randomisatie en interventie

Gedurende een basisperiode van twee weken vroegen we deelnemers hun symptomen en longfunctie (FEV1) dagelijks via de website te monitoren. Intussen verzamelden we demografische gegevens, naast informatie over astmagerelateerde kwaliteit van leven, astmacontrole en medicatie.

De adolescenten kregen basale informatie over monitoring. Ze leerden hoe zij de FEV1 konden meten met een elektronische spirometer (PiKO-1) en om de hoogste van drie metingen voor inname van medicatie te rapporteren op een beveiligde website of per sms. We vroegen alle deelnemers om elke week een ACQ op hun persoonlijke pagina te registeren. Ze kregen

Wat is bekend?

- Astmacontrole bij adolescenten is matig.
- Adolescenten met niet goed gecontroleerd astma zien het nut in van zelfmanagement via internet.

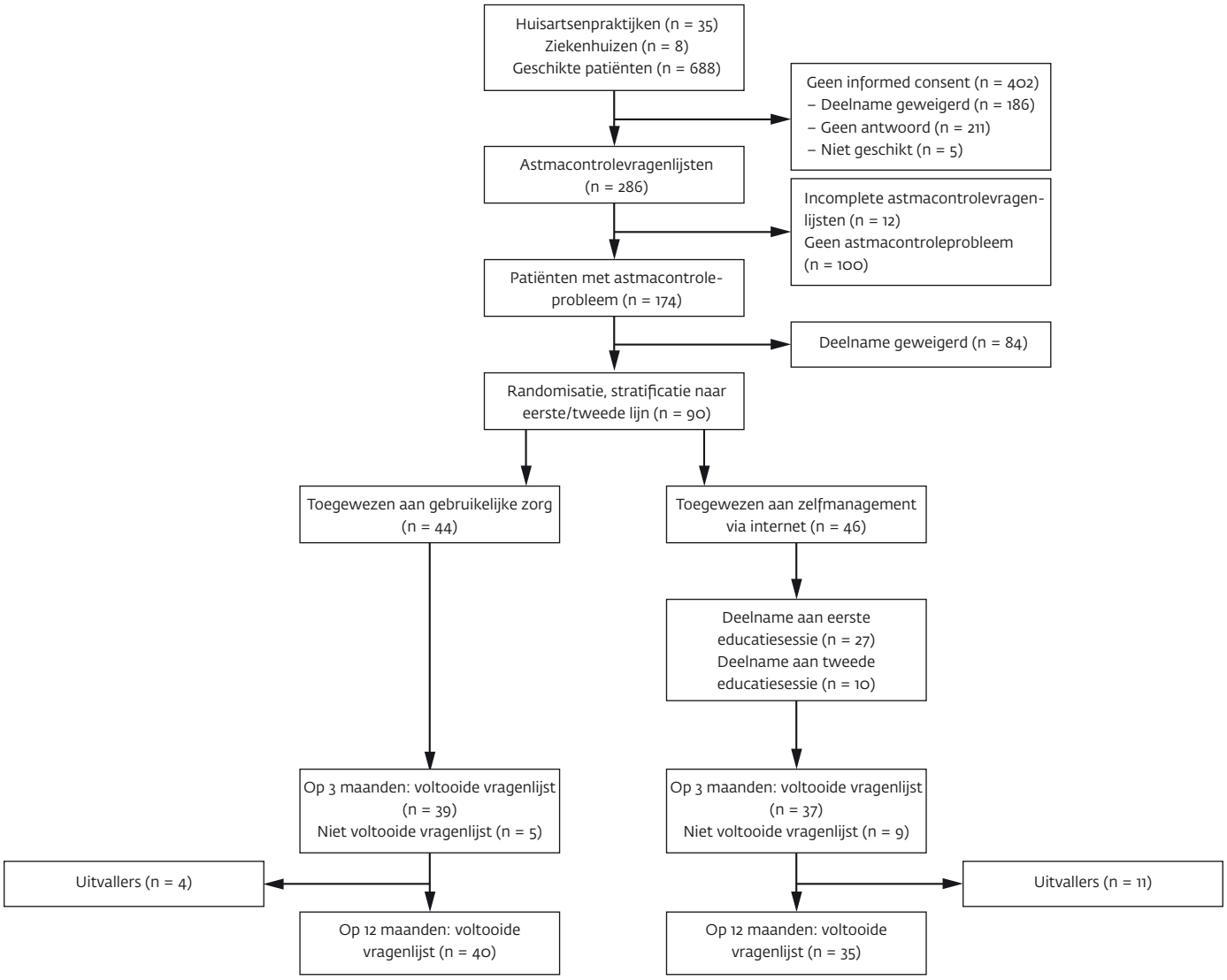
Wat is nieuw?

- Zelfmanagement via internet bij adolescenten met astma verbetert op korte termijn de astmacontrole en astmagerelateerde kwaliteit van leven; op langere termijn is dat effect echter niet meer aantoonbaar.

LUMC, afdeling Kindergeneeskunde, J6-S, Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden: E.R.V.M. Rikkers-Mutsaerts, kinderarts pulmonoloog; A.E. Winters, kinderlongverpleegkundige. Afdeling Medische Besliskunde: J.K. Sont, associate professor; M.J. Bakker, longverpleegkundige. UMCU, Utrecht, afdeling Health Technology Assessment: H.F. van Stel, assistent professor. Veldhoven Poboz: V. van der Meer, huisarts/staf-arts astma/COPD. EMC, Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam: J.C. de Jongste, hoogleraar kinderlongziekten. SMASHING: Self Management in Asthma Supported by Hospitals, Internet, Nurses and General Practitioners • Correspondentie: e.r.v.m.rikkers-mutsaerts@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het Nederlands Astma Fonds heeft het onderzoek met een subsidie ondersteund.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Rikker-Mutsaers ER, Winters AE, Bakker MJ. Van Stel HF, Van der Meer V, De Jongste JC, Sont JK; the SMASHING Study Group. Internet-based self-management compared with usual care in adolescents with asthma: A randomized controlled trial. Pediatr Pulmonol 2012;47:1170-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Figuur 1 Stroomdiagram



hierover geen feedback. Na twee weken verdeelden we hen op basis van toeval over de internetgroep en de controlegroep, gestratificeerd naar hulpverlener (eerste versus tweede lijn).

Zelfmanagement via internet

De interventie bestond uit alle vier componenten van zelfmanagementprogramma's: educatie, monitoren, een elektronisch actieplan en regelmatige medische controle.[10]

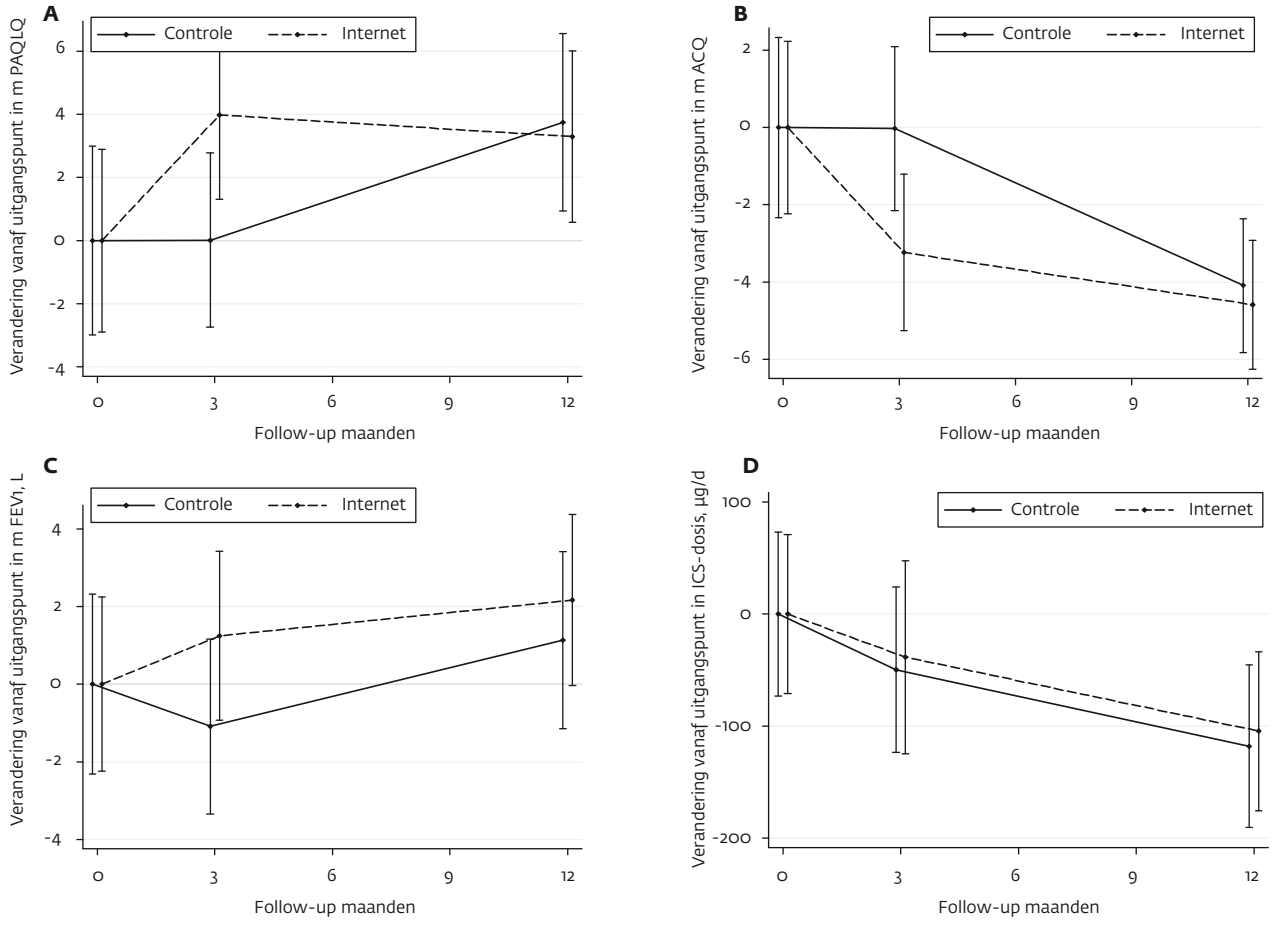
De adolescenten kregen op twee manieren educatie: via internet, in de vorm van informatie over astma, nieuws, veelgestelde vragen en interactieve communicatie met een astmaverpleegkundige. Daarnaast via twee educatiegroepssessies, die we binnen zes weken na de start van het onderzoek aanboden. Hierin gingen we uitgebreid in op specifieke vragen en zorgen van de deelnemers ten aanzien van hun astma en gaven we uitleg over het elektronisch actieplan, de inhalatietechniek, en astma en medicatie in het algemeen.

Monitoren: we verzochten de deelnemers uit de internetgroep om gedurende één jaar via de website wekelijks hun astma te monitoren (ACQ en FEV1).

In het kader van het elektronisch actieplan kregen deelnemers meteen feedback over hun mate van astmacontrole en de wijze waarop zij hun medicatie konden aanpassen volgens een tevoren vastgesteld persoonlijk behandelplan en algoritme. Om het effect van de interventie te kunnen evalueren lieten we na ophoging gedurende vier weken de medicatie in principe ongewijzigd. Hiernaast konden deelnemers dagelijkse symptomen en longfunctie rapporteren via een dagboek of de astmaverpleegkundige benaderen via e-mail of telefoon.

Regelmatige medische controles vonden plaats zoals gebruikelijk, elke drie tot zes maanden; indien nodig volgde een extra controle.

Figuur 2 Veranderingen ten opzichte van uitgangswaarde van de gemiddelde Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) score, (A), Asthma Control Questionnaire (ACQ) score (B), FEV1 (C) en dagelijks geïnhaleerde dosis inhalatiecorticosteroïden (ICS) in fluticason-equivalent (D) gedurende 1 jaar follow-up voor de internetgroep (onderbroken lijn) en de gebruikelijke zorg (controlegroep, doorgetrokken lijn)



De controlegroep

Adolescenten in de controlegroep kregen gebruikelijke zorg, die was gebaseerd op de Nederlandse richtlijn voor behandeling van kinderen met astma in de huisartsenpraktijk en het ziekenhuis.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat was astmagerelateerde kwaliteit van leven, gemeten met de Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (minimaal klinisch relevant verschil: 0,5 op een zevenpuntsschaal (0-6)).[11] Secundaire uitkomsten waren astmacontrole, gemeten met de ACQ (minimal klinisch relevant verschil 0,5 op een zevenpuntsschaal),[12] het aantal symptoomvrije dagen, het percentage van voorspelde FEV1 (voor luchtwegverwijding), de dagelijkse dosis inhalatiesteroïden (uitgedrukt in fluticason-equivalent) en exacerbaties. We onderzochten de uitkomstmaten in twee weken durende evaluatieperiodes op 0, 3 en 12 maanden. Gedurende deze periodes vroegen we alle participanten om dagelijks klachten en longfunctie te registreren. De controlegroep had hiertoe alleen gedurende deze periodes toegang tot een beperkte website. Via driemaandelijkse vragenlijsten registreerden we onder andere medicatiegebruik en exacerbaties.

Statistische analyse

Veranderingen in PACQL, ACQ en longfunctie hebben we geanalyseerd met een lineair mixed model met variabelen voor behandelstrategie, tijd (*fixed effects*) en individu (*random effects*). Alle analyses voerden we uit op een intention-to-treatbasis.

RESULTATEN

Van de 688 adolescenten konden we er uiteindelijk 90 includeren in het onderzoek en at random verdelen over een internet- en een controlegroep [**figuur 1**]. Er was geen verschil in basiskenmerken.

Klinische uitkomsten

We analyseerden alle gegevens van alle patiënten. Gedurende de interventie viel 10% van de controlegroep uit versus 24% van de internetgroep. Na 3 maanden verbeterde de astmagerelateerde

kwaliteit van leven (PAQLQ) in de internetgroep; in de controlegroep bleef deze onveranderd: het verschil was 0,40 punten (p = 0,02) [**figuur 2**]. Na 12 maanden was de kwaliteit van leven in beide groepen verbeterd, zonder verschil tussen internet- en controlegroep (verschil na 12 maanden: -0,05, p = 0,85). Na 3 maanden was het verschil in astmacontrole (ACQ) -0,32 (95%-BI -0,56 – -0,079, p < 0,01) ten gunste van de internetgroep. Na 12 maanden was dit verschil verdwenen (-0,05 (95%-BI -0,35 – -0,25, p = 0,75). We observeerden een vergelijkbaar patroon voor de longfunctie. Hoewel men in de internetgroep de medicatie significant vaker ophoogde dan in de controlegroep (0,13, 95%-BI 0,03-0,22, p = 0,008), verminderde de dosis inhalatiesteroïden substantieel in beide groepen, zonder een significant verschil na 12 maanden. De frequentie van exacerbaties verschilde niet tussen beide groepen. Evaluatie liet zien dat uitvallers van de internetgroep ten opzichte van de controlegroep een significant slechtere astmacontrole (p = 0,03) en kwaliteit van leven (p = 0,02) hadden.

BESCHOUWING

Uit dit onderzoek blijkt dat zelfmanagement via internet bij adolescenten met een niet goed gecontroleerd astma een verbetering laat zien in astmagerelateerde kwaliteit van leven, astmacontrole en longfunctie na drie maanden. Terwijl deze verbetering in de internetgroep aanhoudt, verbetert de controlegroep zodanig dat er na twaalf maanden geen significant verschil meer is. Op de lange termijn is de toegevoegde waarde dus niet meer aantoonbaar. De verbetering in beide groepen wordt bereikt onder vermindering van de onderhoudsmedicatie.

Dit is het eerste onderzoek dat zich richt op zelfmanagement van astma via internet bij adolescenten, een leeftijdsgroep waarvan bekend is dat de astma moeilijk te begeleiden is en waarbij de therapietrouw laag is. Twee andere onderzoeken naar zelfmanagement via internet bij jongere kinderen met astma vonden wisselende resultaten. In beide onderzoeken vond men geen verbetering van de astmacontrole.[13,14] Een vergelijkbaar onderzoek onder volwassenen vond ook een verbetering in astmagerelateerde kwaliteit van leven en astmacontrole die wel twaalf maanden aanhield,[5] terwijl in ons onderzoek het effect na twaalf maanden verdwenen was.[9] In een recente cochrane-review naar telehealthcare voor astma vond men geen aanwijzingen voor een klinisch relevante impact op de kwaliteit van leven en adviseert te focussen op groepen met een hoger risico.[15] Subgroepanalyse van het genoemde onderzoek onder volwassenen liet zien dat patiënten met een niet goed gecontroleerd astma het meest profiteerden van zelfmanagement via internet.[16] Ons onderzoek richtte zich juist op patiënten met een niet goed gecontroleerd astma. Desondanks vonden wij geen significant verschil na twaalf maanden. Mogelijk is de relatief grote uitval in ons onderzoek daar debet aan. Analyse liet zien dat uitvallers uit de internetgroep significant minder gecontroleerd waren dan uitvallers uit de gebruikelijke zorg. Omdat interventie meer effect heeft bij ongecontroleerd astma kan dit de resultaten negatief beïnvloed hebben, waardoor het effect na twaalf maanden niet significant was.[16] Waarschijnlijk is de reden van de uitval dat het systeem na verloop van tijd zijn aantrekkelijkheid verloor. Daarnaast werden de patiënten in dit onderzoek vervolgd door hun eigen dokter, die niet direct betrokken was bij de internetbegeleiding. Mogelijk zouden de resultaten beter zijn als dezelfde arts de adolescent zowel via internet als in de spreekkamer coacht. Deelnemers aan een onderzoek verbeteren vaak door een groter ziekte-inzicht en verbeterde therapietrouw. Omdat we alleen onvoldoende gecontroleerd astma hebben geïncludeerd, kan daarnaast ook regressie tot het gemiddelde debet zijn aan de verbetering in de controlegroep. Niet duidelijk is waarom deze verbetering pas na drie maanden optreedt.

CONCLUSIE

Zelfmanagement via internet bij adolescenten met niet goed ingesteld astma verbetert de astmagerelateerde kwaliteit van leven en de astmacontrole na drie maanden. Om een langer durend effect te bewerkstelligen verdient het aanbeveling de adolescent zowel op internet als in de spreekkamer door hetzelfde team te laten coachen. ■

LITERATUUR

1 Gustafsson PM, Watson L, Davis KJ, Rabe KF. Poor asthma control in children: evidence from epidemiological surveys and implications for clinical practice. Int J Clin Pract 2006;60:321-34.
2 Naimi DR, Freedman TV, Ginsburg KR, Bogen D, Rand CS, Apter AJ. Adolescents and asthma: why bother with our meds? J Allergy Clin Immunol 2009; 6:1335-41.
3 Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003;326:1308-13.
4 Kamps AWA, Roorda RJ, Brand PLP. Peakflow diaries in childhood asthma are unreliable. Thorax 2001;56:180-2.
5 Van der Meer V, Bakker MJ, Van der Hout WB, Rabe KF, Sterk PJ, Kievit J, et al. Internet-based self-management plus education compared with usual care in asthma. Ann Int Med 2009;151:110-20.
6 Van der Meer V, Rikkers-Mutsaerts ERVM, Sterk PJ, Thiadens HA, Assendelft WJJ, Sont JK. Compliance and reliability of electronic PEF monitoring in adolescents with asthma. Thorax 2006; 61;457-8.
7 Van der Meer V, Van Stel H, Detmar SB, Otten W, Sterk P, Sont JK. Internet-based self-management offers an opportunity to achieve better asthma control in adolescents. Chest 2007;132:112-9.
8 Juniper EF, O'Byrne PM, Guyatt GH, Ferrie PJ, King DR. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. Eur Respir J 1999;14:902-7.
9 Skinner EA, Diette GB, Algatt-Bergstrom PJ, Nguyen TT, Clark RD, Markson LE, et al. The Astma Therapy Assessment Questionnaire (ATAQ) for children and adolescents. Dis Manag 2004;7:305-513.
10 Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Bauman A, Hensley MJ, et al. Self management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev 2000;CD001117.
11 Raat H, Bueving HJ, De Jongste JC, Grol MH, Juniper EF, Van der Wouden JC. Responsiveness, longitudinal- and cross-sectional construct validity of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) in Dutch children with asthma. Qual Life Res 2005;14:265-72.
12 Juniper EF, Guyatt GH, Willan A, Griffith LE. Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life questionnaire. J Clin Epidemiol 1994;47:81-7.
13 Jan RL, Wang JY, Huang MC, Tseng SM, Su HJ, Liu LF. An internet-based interactive telemonitoring system for improving childhood asthma outcomes in Taiwan. Telemed J E Health 2007;13:257-68.
14 Chan DB, Callahan CW, Hatch-Pigott VB, Lawless A, Profitt HL, Manning NE, et al. Internet-based home monitoring and education of children with asthma is comparable to ideal office-based care: Results of a 1-year asthma in-home monitoring trial. Pediatr 2007;119:569-78.
15 McLean S, Chandler D, Nurmatov U, Liu J, Pagliairi C, Car J, et al. Telehealthcare for asthma: a Cochrane review CMAJ 2011;183:11.
16 Van der Meer V, Van Stel HF, Bakker MJ, Roldaan AC, Assendelft WJJ, Sterk PJ, et al. Weekly self-monitoring and treatment adjustment benefit patients with partly controlled and uncontrolled asthma: an analysis of the SMASHING study. Respir Res 2010;11:74.

Hans Kelder, Maarten-Jan Cramer, Jan van Wijngaarden, Rob van Tooren, Arend Mosterd, Carl Moons, Jan-Willem Lammers, Martin Cowie, Rick Grobbee, Arno Hoes

ONDERZOEK

Lichamelijk onderzoek en aanvullende tests bij hartfalen

Samenvatting

Kelder JC, Cramer MJ, Van Wijngaarden J, Van Tooren R, Mosterd A, Moons KGM, Lammers JW, Cowie MR, Grobbee DE, Hoes AW. Lichamelijk onderzoek en aanvullende tests bij hartfalen. Huisarts Wet 2013;56(3): 110-2.

DOEL Het vaststellen van de meest optimale diagnostische strategie voor hartfalen bij patiënten die de huisarts verdenkt van geleidelijk ontstaan hartfalen.

METHODE De deelnemende huisartsen konden alle patiënten met verdenking op hartfalen verwijzen naar een 'one-stop shop' diagnostische polikliniek in acht ziekenhuizen. Een expertpanel stelde de goudenstandaarddiagnose aan de hand van volledig en gestandaardiseerd diagnostisch onderzoek, inclusief ecg, spirometrie, X-thorax, standaardlab, NT-proBNP en echocardiografie. We hebben multivariabele logistische regressie gebruikt om de meest optimale combinatie van diagnostische tests te vinden en vervolgens om te zetten in een diagnostische regel. Er volgde een externe validatie met behulp van twee onafhankelijke onderzoekspopulaties.

RESULTATEN Bij 207 (28,7%) van de in totaal 721 patiënten constateerden we hartfalen. De combinatie van drie onderdelen van de anamnese (leeftijd, coronairlijden in de voorgeschiedenis en gebruik van lisdiureticum) plus zes uit het lichamelijk onderzoek (polsfrequentie en -regulariteit, verbrede ictus, crepiteren, hartsoufflé en gestuwde halsvenen) bereikte reeds een c-statistic van 0,83. Toevoeging van NT-proBNP gaf de meeste verbetering (c-statistic 0,86). Uit deze tien tests hebben we een diagnostische regel afgeleid. We konden de resultaten bevestigen met de externe validatie.

CONCLUSIE Ter ondersteuning van klinische beslissingen kan een eenvoudige diagnostische regel met tien onderdelen de kans op hartfalen kwantificeren bij patiënten van wie de huisarts vermoedt dat er sprake is van geleidelijk ontstaan hartfalen. In dit onderzoek konden we aantonen dat in het bijzonder lichamelijk onderzoek een aanzienlijke bijdrage had aan het diagnostische proces.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Stratenum 6.101, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. J.C. Kelder, arts-onderzoeker; prof.dr. K.G.M. Moons, hoogleraar klinische epidemiologie; prof.dr. D.E. Grobbee, hoogleraar klinische epidemiologie; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie en huisartsgeneeskunde. St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht/Nieuwegein, afdeling Cardiologie: dr. J.C. Kelder, R. van Tooren, cardioloog. UMC Utrecht, afdeling Cardiologie: dr. M.J. Cramer, cardioloog. Deventer Ziekenhuis, Deventer, afdeling Cardiologie: dr. J. van Wijngaarden, cardioloog. Meander Medisch Centrum, Amersfoort, afdeling Cardiologie: dr. A. Mosterd. UMC Utrecht, afdeling Longziekten: prof.dr. J.W. Lammers, hoogleraar longziekten. National Heart and Lung Institute, Imperial College London (Royal Brompton Hospital), Verenigd Koninkrijk: prof.dr. M.R. Cowie, professor of cardiology • Correspondentie: hans.kelder@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Kelder JC, Cramer MJ, Van Wijngaarden J, Van Tooren R, Mosterd A, Moons KGM, et al. The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. Circulation 2011;124:2865-73. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

INLEIDING

Het is essentieel om de diagnose hartfalen in een vroeg stadium te stellen, want dan kan men snel beginnen met een behandeling waarvan is bewezen dat deze de morbiditeit en mortaliteit verlaagt.[1] Het diagnosticeren van hartfalen is primair een taak van de huisarts, maar die blijkt op basis van het huidige beschikbare diagnostische arsenaal (in het bijzonder anamnese en lichamelijk onderzoek, maar zonder echocardiogram) niet eenvoudig. De diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek en aanvullende tests, maar ook van de optimale diagnostische strategie, is niet goed onderzocht. Men betwijfelt of lichamelijk onderzoek diagnostische waarde heeft,[2,3] waarbij het weinige onderzoek dat is gedaan vaak methodologische tekortkomingen kent. Dit betreft vooral het beoordelen van een test geïsoleerd van de context, waarbij men geen rekening houdt met het multivariabele karakter van het diagnostisch proces. Daarbij gebruikt men informatie die afkomstig is uit vele tests (ook informele tests als leeftijd en comorbiditeit). Bovendien vergelijkt men in diagnostisch onderzoek vaak patiënten met evident hartfalen met een gezonde controlegroep, een contrast dat in de spreekkamer geen diagnostisch dilemma oproept.[4,5] Het neurohormoon B-type natriuretische peptide (BNP en ook het N-terminale deel NT-proBNP) heeft als diagnostische test voor hartfalen een grote *evidence base* en is opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen 2010.[1] (NT-pro)BNP heeft uitstekende univariabele testeigenschappen, maar ook deze test is niet in de eerste lijn onderzocht, als onderdeel van het hele

Wat is bekend?

- Hartfalen is een ernstig ziektebeeld, waarbij een vroege diagnose ervoor zorgt dat de behandeling met morbiditeits- en mortaliteitswinst ook snel kan beginnen.
- Diagnostiek van hartfalen met alleen het arsenaal waarover huisartsen beschikken (zonder echocardiogram) vinden huisartsen moeilijk.
- (NT-pro)BNP heeft in de tweede lijn een meerwaarde binnen het diagnostisch arsenaal bij patiënten met tekenen van mogelijk acuut hartfalen.
- Er is geen onderzoek bekend naar de meest optimale diagnostische strategie voor patiënten die de huisarts verdenkt van geleidelijk ontstaan hartfalen.

Wat is nieuw?

- Een diagnostische regel met negen onderdelen die afkomstig zijn uit anamnese en lichamelijk onderzoek, plus één laboratoriumbepaling ((NT-pro)BNP) maakt een goede kwantitatieve schatting mogelijk van de kans dat de patiënt hartfalen heeft.
- Lichamelijk onderzoek draagt wel degelijk bij aan de diagnostische zekerheid bij verdenking op hartfalen.

diagnostisch proces, inclusief anamnese en lichamelijk onderzoek.[6,7] De vraag is welke gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek behulpzaam kunnen zijn bij het herkennen van patiënten met hartfalen en wat daarbij de toegevoegde waarde van BNP is.

METHODE

De aan het onderzoek deelnemende huisartsen konden alle patiënten die ze verdachten van hartfalen en bij wie ze nadere diagnostiek wilden, verwijzen naar een van de acht diagnostische poliklinieken. Voor het onderzoek sloten we patiënten uit bij wie men hartfalen reeds had vastgesteld of die spoedeisende hulp behoefden. Deze 'one-stop shop'-poliklinieken boden een volledig en gestandaardiseerd diagnostisch onderzoekstraject, inclusief anamnese, lichamelijk onderzoek, ecg, X-thorax, spirometrie, standaardlaboratoriumtests, maar ook NT-proBNP en echocardiografie. Een panel formuleerde de goudenstandaarddiagnose voor hartfalen. Dat panel bestond uit een onderzoeker (JCK), een cardioloog en een longarts. Zij stelden de diagnose nadat ze alle diagnostische gegevens hadden beoordeeld, inclusief echocardiogram, maar exclusief NT-proBNP. Dit laatste gebeurde om incorporatiebias voor deze test uit te sluiten. In geval van twijfel beschikten de panelleden ook over het klinisch beloop in de zes maanden die op het indexbezoek aan de polikliniek volgden.

In de statistische analyse was de aan- of afwezigheid van hartfalen de primaire uitkomstmaat. Door middel van multivariabele logistische regressie brachten we de diagnostische waarde van de verschillende onderdelen van het diagnostisch proces in kaart. In de analyse volgden we de hiërarchische orde in de dagelijkse praktijkvoering door eerst de waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek in het model te brengen en daarna de toegevoegde waarde van de verschillende aanvullende diagnostische tests te beoordelen. We berekenden eerst alle univariate associaties van de diagnostische tests met de primaire uitkomstmaat. Vervolgens maakten we het eerste multivariabele model door van alle variabelen uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek een voor een de tests die niet bijdroegen te verwijderen. Dat deden we door middel van de likelihood-ratiotest. Vervolgens berekenden we de toegevoegde waarde van de afzonderlijke aanvullende tests (ecg, X-thorax, spirometrie, standaardlaboratorium en NT-proBNP). Als laatste keken we naar combinaties van aanvullende tests. We hebben het onderscheidend vermogen tussen wel of geen hartfalen afgemeten aan de hand van de *c-statistic* (de oppervlakte onder de ROC-curve) en de *category-free net reclassification improvement* (NRI)[8], een maat voor reclassificatie in de juiste richting. Dat wil zeggen dat we ervan uitgingen dat patiënten met hartfalen door het model een hogere kans op hartfalen hadden en patiënten zonder hartfalen een lagere, in vergelijking met een ander model. Het uiteindelijke model stelden we bij om rekening te houden met al te groot optimisme. Daarna brachten we het terug tot een diagnostische regel en vervolgens zorgden we voor een externe validatie in twee onafhankelijke gegevensverzamelingen van vergelijkbaar onderzoek.[9,10]

Tabel Diagnostische regel

Score: optelling van punten		punten
Leeftijd (jaar)	< 60	0
	60-70	4
	70-80	7
	> 80	10
MI, CABG of PCI	aanwezig	15
Lisdiureticum	aanwezig	10
Apex buiten mcl	aanwezig	20
Crepitaties	aanwezig	14
Volledig onregelmatige pols	aanwezig	11
Hartsouffle, die imponeert als mitralisinsufficiëntie	aanwezig	10
Polsfrequentie (aantal slagen boven 60/per minuut)/3		
Gestuwde halsvenen	aanwezig	12
NT-proBNP (pg/ml)	< 100	0
	100-200	8
	200-400	16
	400-800	24
	800-1600	32
	1600-3200	40
	> 3200	48

c-statistic = 0,85; BNP = B-type natriuretisch peptide; CABG = coronary artery bypass grafting; MI = myocardinfarct; PCI = percutaneous coronary intervention; mcl = mid-claviculairlijn.

RESULTATEN

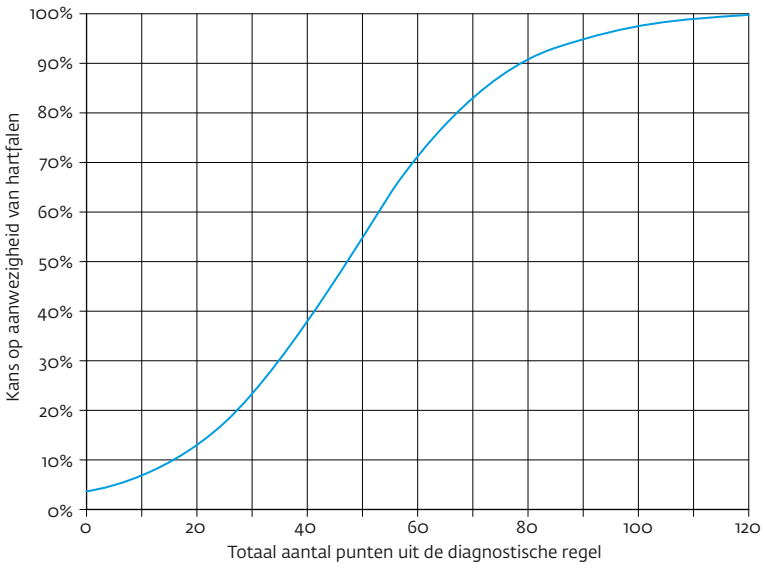
In dit onderzoek hebben we 721 patiënten geïncludeerd. De patiënten waren gemiddeld 70,7 jaar oud, 64,4% was vrouw, 51,7% had hypertensie, 6,7% coronarialijden, 26,1% COPD en 15,3% diabetes; 32,3% gebruikte een lisdiureticum. Alle patiënten hadden klachten die op hartfalen wijzen. Bij lichamelijk onderzoek had 10,0% een volledig onregelmatige pols en 7,8% gestuwde halsvenen. Bij 9,7% was de ictus buiten de mid-claviculairlijn palpabel, 13,7% crepiteerde, 27,3% had pretibiaalpittingoedeem en 10,7% had een hartsouffle, die imponeerde als mitralisinsufficiëntie.

Bij 207 patiënten stelde het panel de diagnose hartfalen (prevalentie 28,7%; 95%-BI 25,4-32,2). Het eerste multivariabele model, dat is opgebouwd uit anamnese en lichamelijk onderzoek, behaalde reeds een c-statistic van 0,83 en bevat negen tests: leeftijd, coronarialijden in de voorgeschiedenis, gebruik van lisdiureticum, ictus buiten de mid-claviculairlijn, volledig onregelmatige pols, polsfrequentie, crepitaties over de longen, hartsouffle die imponeerde als mitralisinsufficiëntie en gestuwde halsvenen. De (natuurlijke logaritme van de) NT-proBNP-waarde is de aanvullende test met de meeste toegevoegde waarde. De c-statistic van dit tienvariabelenmodel was 0,86 en de NRI 69%, wanneer we het vergeleken met model 1. We hebben een diagnostische regel afgeleid en die met uitstekend resultaat beproefd in de beide externe gegevensverzamelingen [**tabel**] en [**figuur**].

BESCHOUWING

Dankzij het grote ongeselecteerde patiëntenaantal in dit onderzoek konden we de waarde van onderdelen van het diagnostisch proces bij hartfalen onderzoeken door middel van

Figuur Punten uit de diagnostische regel naar kans op aanwezigheid van hartfalen



multivariabele modellen. We hebben een diagnostische regel afgeleid, die als uitkomst de directe (dat wil zeggen: geen voorwaardelijke) kans op hartfalen geeft, met alleen diagnostische tests direct beschikbaar voor de huisarts, te weten anamnese, lichamelijk onderzoek plus één laboratoriumtest.

Kleine onderzoeken hebben gewezen op de tekortkomingen van lichamelijk onderzoek,[11] maar ons onderzoek kon de aanzienlijke diagnostische waarde van een combinatie van onderdelen uit het lichamelijk onderzoek aantonen. Daarna kwam NT-proBNP als de meest waardevolle aanvullende test uit onze berekeningen naar voren, maar ook ecg en X-thorax zijn goede kandidaten voor aanvullende tests. Zoals reeds vermeld in de multidisciplinaire richtlijn hartfalen 2010,[1] had ook in ons onderzoek een normaal ecg een goede negatief voorspellende waarde (94%). Een normaal ecg kwam echter maar bij 27% van alle patiënten voor.

In dit onderzoek hebben we niet de variabiliteit onderzocht van de diagnose die het panel had gesteld. In een eerder onderzoek van onze groep met een vergelijkbare panelbeoordeling hebben we dat wel gedaan – daarbij kwam in een groep van 41 patiënten één diagnose niet overeen.[12]

Op de spoedeisendehulpafdeling van het ziekenhuis had (NT-pro)BNP reeds bewezen van diagnostische waarde te zijn – ons onderzoek bewijst dat dit ook geldt voor patiënten in de eerste lijn met geleidelijk ontstane klachten.[13]

CONCLUSIE

Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn een belangrijk onderdeel van het diagnostisch proces bij patiënten die de huisarts verdenkt van geleidelijk ontstaan hartfalen. Een diagnostische regel met negen tests uit anamnese en lichamelijk onderzoek, plus één laboratoriumbepaling (NT-proBNP) kan de kans op hartfalen kwantitatief maken en helpen bij de daarop volgende beslissingen. ■

LITERATUUR

1 Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. Multidisciplinaire richtlijn hartfalen. Huisarts Wet 2010;53:368-89.
2 Khunti K, Baker R, Grimshaw G. Diagnosis of patients with chronic heart failure in primary care: usefulness of history, examination, and investigations. Br J Gen Pract 2000;50:50-4.
3 Nielsen OW, Hansen JF, Hilden J, Larsen CT, Svanegaard J. Risk assessment of left ventricular systolic dysfunction in primary care: cross sectional study evaluating a range of diagnostic tests. BMJ 2000;320:220-4.
4 Moons KGM, Biesheuvel CJ, Grobbee DE. Test research versus diagnostic research. Clin Chem 2004;50:473-6.
5 Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: The STARD initiative. Ann Intern Med 2003;138:40-4.
6 Doust JA, Glasziou PP, Pietrzak E, Dobson AJ. A systematic review of the diagnostic accuracy of natriuretic peptides for heart failure. Arch Intern Med 2004;164:1978-84.
7 Hill SA, Balion CM, Santaguida P, McQueen MJ, Ismaila AS, Reichert SM, et al. Evidence for the use of B-type natriuretic peptides for screening asymptomatic populations and for diagnosis in primary care. Clin Biochem 2008;41:240-9.
8 Pencina MJ, D'Agostino RB, Steyerberg EW. Extensions of net reclassification improvement calculations to measure usefulness of new biomarkers. Stat Med 2011;30:11-21.
9 Zaphiriou A, Robb S, Murray-Thomas T, Mendez G, Fox K, McDonagh T, et al. The diagnostic accuracy of plasma BNP and NTproBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: Results of the UK natriuretic peptide study. Eur J Heart Fail 2005;7:537-41.
10 Cowie MR, Struthers AD, Wood DA, Coats AJS, Thompson SG, Poole-Wilson PA, et al. Value of natriuretic peptides in assessment of patients with possible new heart failure in primary care. Lancet 1997;350:1349-53.
11 Harlan WR, Oberman A, Grimm R, Rosati RA. Chronic congestive heart failure in coronary artery disease: clinical criteria. Ann Intern Med 1977;86:133-8.
12 Rutten FH, Moons KGM, Cramer MJ, Grobbee DE, Zuithoff NPA, Lammers JW, et al. Recognizing heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. BMJ 2005;331:1379.
13 Knottnerus JA, Leffers P. The influence of referral patterns on the characteristics of diagnostic tests. J Clin Epidemiol 1992;45:1143-1154.

Een beetje kennis

Een beetje kennis is een gevaarlijk goedje – zeker voor mensen die beroepshalve kennis moeten overdragen, zoals leraren, journalisten en huisartsen. Niet alleen hebben zij er aardigheid in goed op de hoogte te blijven van allerlei nieuwe ontwikkelingen binnen en buiten het vakgebied, ze vertellen ze ook graag door. Zo komen de misvattingen in de wereld.

Eind vorig jaar publiceerde een groep onderzoekers uit Amsterdam en Bristol onder leiding van Jelle Jolles een mooi artikel over 'neuromythes' onder leraren. De hersenwetenschap mag zich in een warme belangstelling verheugen, ook in Engeland, en ook onder docenten op basisscholen en in het middelbaar onderwijs. Zij volgen de kranten, lezen nog weleens een boek waar ze wat van opsteken, en verwerven zodoende 'een beetje kennis'. Onvermijdelijk een beetje, want niemand heeft de tijd om naast een baan in het onderwijs ook hersenwetenschap te studeren. Dat zou nog weinig kwaad kunnen als ze die kennis verder, zoals de meeste mensen, voor zichzelf hielden. Maar, zo schrijven Jolles en consorten, juist 'leerkrachten die enthousiast zijn over mogelijke toepassing van neurowetenschap in de klas vinden het lastig pseudowetenschap van wetenschap te onderscheiden', en 'algemene kennis over het brein beschermt docenten niet tegen geloof in neuromythes.'

Er is uiteraard geen enkele reden om aan te nemen dat iets dergelijks niet evenzeer opgaat voor huisartsen (en misschien zelfs voor journalisten). Ook hun ontbreekt het veelal aan de mogelijkheden om zich echt in vreemde maar belangwekkende materie te verdiepen, en juist de geïnteresseerde leek, die denkt er wel wat van af te weten, loopt met open ogen in de valkuil van de pseudokennis – iedere huisarts kent voorbeelden daarvan uit de eigen praktijk.

Wat zijn bijvoorbeeld neuromythes? Veelgehuldigd in het onderzoek van Jolles blijkt, onder leraren, het idee dat leerlingen beter leren als ze les krijgen passend bij hun manier van leren, of dat verschillen tussen leerlingen deels te verklaren zijn uit dominantie van hersenhelften of dat coördinatieoefeningen de integratie van de linker- en rechterhersenhelft kunnen bevorderen. Andere veelvoorkomende neuromythes waren dat de mens slechts tien procent van zijn brein gebruikt, en dat kinderen slechter opletten als ze zoetigheid hebben genuttigd.

Niet veel later verscheen een artikel waarin Amerikanen verslag deden van hun onderzoek naar mythes over het geheugen, opvattingen die ook niet stroken met de laatste wetenschappelijke inzichten ('een stellige ooggetuige is betrouwbaar genoeg', 'het geheugen werkt als een harde schijf', 'mensen merken onverwachte gebeurtenissen meestal wel op'). De onderzoekers, Daniel Simons en Chris Chabris, waarschuwen net als Jolles voor de gevolgen die deze misvattingen kunnen hebben. Heel wat foute veroordelingen zijn te wijten aan overschatting van het geheugen, heel wat ongelukken aan overschatting van het perceptievermogen.

Bovendien blijkt, uit weer ander recent onderzoek van Stephan Lewandowsky en Australische collega's, dat misvattingen buitengewoon persistent kunnen zijn. Als we eenmaal iets hebben gehoord, blijven we daar een beetje in geloven, zelfs als we stellig te horen hebben gekregen dat het niet klopt. Latere kennis haalt die misvattingen makkelijker naar boven dan de weerlegging. Waarbij nog komt dat onze misvattingen (en opvattingen en herinneringen), veel minder dan wij zelf denken, werkelijk worden blootgesteld aan stevige toetsing. Het is een misvatting te denken dat misvattingen vanzelf verkruimelen als het licht der rede erop schijnt – al was het maar omdat we niet weten welke van onze opvattingen misvattingen zijn en welke de toets der wetenschappelijke kritiek kunnen doorstaan.

Mensen, zoals patiënten, zijn niet dom, ze weten gewoon weinig. Zij hebben, over medische zaken, 'een beetje kennis', genoeg om van rond te komen, maar niet getoetst en meestal allang achterhaald. En ze weten niet hoe weinig ze weten, en hoe weinig van wat ze weten werkelijk waar is. Dat maakt het overdragen van kennis nu juist zo aardig – als we maar blijven beseffen dat alles een misvatting zou kunnen zijn. ■

Hans van Maanen

Dekker S, Lee NC, Howard-Jones P, Jolles J. Neuromyths in education: prevalence and predictors of misconceptions among teachers. Front Psychol 2012;3:429.

Simons DJ, Chabris CF. Common (mis)beliefs about memory: a replication and comparison of telephone and mechanical turk survey methods. PloS ONE 7(12): e51876. Doi:10.1371/journal.pone.0051876.

Lewandowsky S, Ecker UKH, Seifert CM, Schwarz N, Cook J. Misinformation and its correction: continued influence and successful debiasing. Psychological Science in the Public Interest 2012;13:106-31.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen

Marco Blanker, Simone Breed, Wouter van der Heide, Roelf Norg, Anja de Vries, René Wolters, Maureen van den Donk, Jako Burgers, Wim Opstelten, Rien Klomp

Belangrijkste wijzigingen

- De titel van de NHG-Standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen is veranderd in Mictieklachten bij mannen, omdat deze herziene standaard ook richtlijnen geeft voor het beleid bij incontinentie en nycturie en zich richt op mannen vanaf 18 jaar. Daarmee vervallen de aanbevelingen voor mannen in de NHG-Standaard Incontinentie.
- Wanneer, na uitvoerige informatie aan de patiënt, een PSA-bepaling is verricht, wordt bij een verhoogde waarde (≥ 4 ng/ml) geadviseerd naar de uroloog te verwijzen voor eventueel vervolgonderzoek.
- Bij transurethrale katheterisatie wegens acute urineretentie wordt het voorschrijven van een alfablokker aanbevolen.

Kernboodschappen

- In de huisartsenpraktijk zijn mictieklachten bij mannen meestal niet te verklaren door specifieke aandoeningen. In dat geval wordt gesproken van 'aspecifieke mictieklachten'.
- Prostaatcarcinoom is zelden de oorzaak van mictieklachten.
- Uitleg en niet-medicamenteuze adviezen vormen de basis voor de begeleiding van mannen met aspecifieke mictieklachten.
- Alleen wanneer niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende helpt en de patiënt veel klachten heeft, wordt besloten tot medicamenteuze behandeling; alfablokkers zijn dan eerste keus.
- Het effect van medicatie op aspecifieke mictieklachten, met en zonder incontinentie of nycturie, is zeer beperkt en berust voor een groot deel op placebowerking.

INLEIDING

De NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van mictieklachten bij volwassen mannen. Anders dan de vorige standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen richt deze herziene standaard zich op mannen vanaf 18 jaar, omdat mictieklachten niet alleen optreden bij veroudering maar ook voorkomen bij jongvolwassenen.[1]

Daarnaast worden in deze standaard incontinentieklachten besproken, omdat de NHG-Standaard Incontinentie veelal alleen wordt geassocieerd met incontinentie bij vrouwen. De aanbevelingen over mannen daarin vervallen met het verschijnen van deze standaard.

De onderste urinewegen worden gezien als één geheel, waarvan de fysiologie en functies (continentie en urinelozing) worden bepaald door processen die elkaar op verschillende niveaus beïnvloeden. Moeite met uitplassen gaat vaak samen met moeite om de urine op te houden en deze klachten zijn vaak niet terug te voeren op disfunctioneren van één bepaald orgaan, zoals de prostaat of de blaas.[2] De standaard volgt dan ook een aanpak op functioneel niveau en niet een orgaangerichte benadering. In deze standaard wordt gesproken van 'aspecifieke mictieklachten' wanneer de klachten niet (direct) zijn terug te voeren op een specifieke oorzaak.[3] Zo wordt benigne prostaathyperplasie (BPH) niet benoemd als afzonderlijke oorzaak, omdat dit in de spreekkamer van de huisarts niet is vast te stellen en er bovendien geen beleidsconsequenties aan verbonden zijn.[3]

Deze standaard geeft in het bijzonder aandacht aan nycturie, omdat dit voor veel mannen een hinderlijke klacht is.

Bij een patiënt die zich presenteert met mictieklachten is het diagnostische proces gericht op het uitsluiten van specifieke oorzaken, welke in de minderheid van de gevallen gevonden zullen worden. De anamnese geeft daarbij richting aan het lichamelijk onderzoek en eventueel uit te voeren aanvullend onderzoek.

Voor het beleid bij specifieke oorzaken van mictieklachten wordt verwezen naar andere relevante richtlijnen (zoals de NHG-Standaard Urineweginfecties en de NHG-Standaard Het soa-consult).

Een aparte paragraaf is gewijd aan het beleid bij een acute urineretentie. Voor de techniek van katheteriseren wordt naar externe bronnen verwezen.

Prostaatcarcinoom is zelden de oorzaak van mictieklachten. Omdat door patiënten (ten onrechte) vaak een verband wordt gelegd tussen beide, is in deze standaard een aparte bijlage over prostaatcarcinoom opgenomen.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Aspecifieke mictieklachten: klachten bij het urineren, zoals het moeilijk op gang komen van de mictie, een zwakkere straal, moeilijk te bedwingen aandrang, minder goed uitplassen, nadruppelen en toegenomen mictiefrequentie overdag en 's nachts, die niet direct te verklaren zijn door specifieke aandoeningen.[4] In de internationale literatuur wordt hiervoor de term *lower urinary tract symptoms* (LUTS) gebruikt.

Acute urineretentie: onvermogen tot spontaan plassen bij een gevulde blaas, ondanks (pijnlijke) aandrang en meerdere pogingen binnen een tijdsbestek van enkele uren.[5]

Incontinentie: iedere vorm van onwillekeurig verlies van urine.

Nycturie: het onderbreken van de nachtrust om te urineren.[6]

Overactieve blaassyndroom (OAB): klachtenpatroon waarbij frequente mictie en aandrang (*urge*), incontinentie en nycturie veelal samen gaan.[4]

Epidemiologie

Uit bevolkingsonderzoek onder mannen ouder dan 40 jaar blijkt dat de prevalentie van matige tot ernstige mictieklachten varieert tussen de 20 en 25% en dat deze toeneemt met de leeftijd. In de algemene populatie varieert de prevalentie van incontinentie bij oudere mannen van 11 tot 34% en bij mannen van middelbare leeftijd of jonger van 3 tot 5%.[7] Dit betreft meestal urge-incontinentie of gemengde incontinentie en slechts zelden stressincontinentie. De prevalentie van specifieke mictieklachten is veel lager.[7]

Van de mannen met mictieklachten bezoekt 60 tot 70% hiervoor het spreekuur van de huisarts. Naast de ernst van de mictieklachten wordt de keuze om de huisarts te consulteren ook bepaald door de manier waarop de patiënt zijn klachten ervaart. Angst voor prostaatcarci-

Blanker MH, Breed SA, van der Heide WK, Norg RJC, de Vries A, Wolters RJ, van den Donk M, Burgers JS, Opstelten W, Klomp MA. NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Huisarts Wet 2013(3):56:114-22.

noom en druk vanuit de naaste omgeving spelen hierbij een rol.[8]

Er zijn geen relevante etnische verschillen bekend in het voorkomen van mictieklachten.[9]

Pathofysiologie

In de meeste gevallen is de directe oorzaak van mictieklachten bij eerste presentatie onduidelijk. Mictieklachten bij mannen zijn meestal multifactorieel bepaald. Leeftijdsspecifieke veranderingen spelen daarbij een belangrijke rol. Toegenomen of juist verminderde elasticiteit van de blaas, prostaatgrootte en veranderingen in bekkenbodemspieren kunnen een rol spelen. Neurogene regulatie, comorbiditeit en medicatie kunnen in wisselende mate van invloed zijn.[3]

Incontinentie wordt vooral gezien als een gevolg van veroudering, maar komt ook voor als complicatie van operaties aan de urinewegen en als gevolg van neurologische stoornissen.[10]

Nycturie wordt gezien als een normaal verouderingsverschijnsel, maar ook in verband gebracht met klachten van een overactieve blaas, overmatig vochtgebruik, verstoord dag-nachtritme in de urineproductie en cardiale oorzaken.[6]

Er is enig bewijs dat overgewicht bijdraagt aan het ontstaan van mictieklachten. Er is echter geen bewijs dat andere leefstijlfactoren bijdragen aan het ontstaan van mictieklachten.[11]

Een prostaatcarcinoom is zelden de oorzaak van mictieklachten, omdat dit zich meestal in de perifere zone van de prostaat ontwikkelt en dan ook zelden of pas laat compressie van de urethra geeft (zie *bijlage Prostaatcarcinoom*).

Natuurlijk beloop en prognose

Het beloop van aspecifieke mictieklachten varieert.[12] De klachten kunnen intermitterend optreden, stabiel blijven, progressief zijn, maar ook geheel verdwijnen. Wel neemt met de leeftijd de mictiefrequentie toe en de functionele blaascapaciteit af.[13]

Het optreden van acute en chronische retentie wordt beschouwd als gecompliceerd beloop.[14] Nierfunctieverlies ten gevolge van stuwing in de hoge urinewegen treedt zelden op.[15]

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Het diagnostisch proces is er in eerste instantie op gericht om de (kleine groep) mannen met specifieke mictieklachten te onderscheiden. De grootste groep mannen zal aspecifieke mictieklachten blijken te hebben. De anamnese stuurt dit proces (lichamelijk onderzoek, vragenlijst, plasdagboek en aanvullend onderzoek) in belangrijke mate.

Anamnese

De anamnese is gericht op de inventarisatie van de ervaren hinder en de eventuele achterliggende angst of bezorgdheid van de patiënt en het uitsluiten van specifieke oorzaken van mictieklachten.

Vraag naar:
- moeilijk op gang komen van de mictie (hesitatie), een zwakkere of onderbroken straal, moeilijk te bedwingen aandrang (*urgency* of imperatieve mictiedrang), minder goed kunnen uitplassen, nadruppelen;
- toegenomen mictiefrequentie overdag en 's nachts;[16]
- (nachtelijke) incontinentie;
- pijn bij het plassen, pijn in het perineum;
- snelheid van ontstaan of van verergering van de klachten;
- branderigheid of afscheiding;
- bloed bij de urine;
- eerdere urineweginfecties;
- algemene malaise, koorts, koude rillingen of flankpijn, vooral bij snel ontstane klachten;
- obstipatie.[17]

Wees bij de hulpvraagverheldering alert op:
- angst voor prostaatkanker;[18]
- schaamte voor incontinentie;
- tekenen van seksuele problematiek, zoals erectiele disfunctie en ejaculatieproblemen (zie de NHG-Standaard Erectiele disfunctie);[19]
- verstoring van de nachtrust, sociale beperkingen overdag of beperkingen tijdens het werk.

Ga verder na of er sprake is van:
- eerder invasief urologisch onderzoek, urologische behandeling of verblijfskatheter;[20]
- relevante comorbiditeit: diabetes mellitus, neurologische ziektebeelden (zoals CVA, ziekte van Parkinson, multiple sclerose), een doorgemaakte soa (urethritis);[21]
- medicatie met invloed op de mictie: antipsychotica, antidepressiva, lithium, anti-parkinsonmiddelen, (klassieke) antihistaminica, opiaten, lisdiuretica en calciumantagonisten.[22]

Lichamelijk onderzoek

Verricht bij mannen met mictieklachten het volgende onderzoek:
- inspecteer (littekens onderbuik?), pal-

Abstract

Blanker MH, Breed SA, van der Heide WK, Norg RJC, de Vries A, Wolters RJ, van den Donk M, Burgers JS, Opstelten W, Klomp MA. Guideline Lower urinary tract symptoms in men. Huisarts Wet 2013;56(3):114-22.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) guideline Lower urinary tract symptoms (LUTS) in men provides general practitioners with information about the diagnosis and treatment of voiding symptoms, incontinence, and nocturia in men older than 18 years. It also offers advice on the management of acute urinary retention and the diagnosis of prostate cancer. In most cases, LUTS cannot be attributed to specific conditions, such as benign prostatic hyperplasia. Explanation, counselling, and non-pharmaceutical advice form the basis for treatment. If these measures do not relieve the patient's symptoms sufficiently, medication should be considered. Alpha-blockers are the drugs of first choice and are also recommended when transurethral catheterization is needed for acute urinary retention. If incontinence is the prevailing symptom, anticholinergics can be prescribed. The prescription of 5-alpha reductase inhibitors and desmopressin is not recommended. Prostate cancer is rarely associated with LUTS. As the effectiveness of prostate cancer screening is debated, patients should be informed about the advantages and disadvantages of measuring prostate-specific antigen (PSA) if there are no symptoms of prostate cancer. A PSA value of 4 ng/ml or higher or abnormal results on digital rectal examination should prompt further diagnostic evaluation.

peer en percuteer de blaasregio (demping bij retentie)[23] en onderzoek de penis op anatomische afwijkingen (zoals hypospadie en phimosis) en écoulement;
- verricht een rectaal toucher en beoordeel of er sprake is van:[24]
  - anale of rectale pathologie;
  - prostaat met asymmetrische vorm, onregelmatige consistentie of harde nodus/noduli (passend bij prostaatcarcinoom);
  - fecale impactie.
- verricht bij nycturie zonder andere mictieklachten onderzoek op hartfalen als daar anamnestisch ook aanwijzingen voor zijn (zie de NHG-Standaard Hartfalen) en uit het plasdagboek een verhoogde nachtelijke urineproductie blijkt.

Vragenlijst en plasdagboek

Maak, ter aanvulling op anamnese en lichamelijk onderzoek, eventueel gebruik van een vragenlijst en/of plasdagboek, welke na het consult door de patiënt worden ingevuld:
- de Internationale Prostaat Symptoom Score (IPSS). Zie: www.nhg.org/nhg-standaarden/NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Dit is een gestructureerde vragenlijst die behulpzaam kan zijn bij het objectiveren en bespreekbaar maken van de klachten. Deze vragenlijst differentieert niet naar oorzaken van mictieklachten, maar kan gebruikt worden om de ernst van de klachten in te schatten.[25] Ook geeft het inzicht in de relatie tussen de ernst van klachten en de ervaren hinder.[26]
- een plasdagboek: hiermee wordt de mictiefrequentie overdag en 's nachts geobjectiveerd en wordt informatie verkregen over de (nachtelijke) urineproductie en functionele blaascapaciteit. Deze informatie kan gebruikt worden om uitleg te geven aan patiënten en een keuze te maken in het te voeren beleid.[27]

Bespreek de resultaten van vragenlijst en plasdagboek in een vervolgconsult.

Wanneer de patiënt tijdens het eerste consult al voldoende geïnformeerd is over de mictieklacht en geen actieve behandeling wordt aangeraden, kunnen vragenlijst en plasdagboek achterwege worden gelaten.

Aanvullend onderzoek

Verricht onderzoek van de urine volgens de NHG-Standaard Urineweginfectie bij snel ontstane klachten, pijn bij het plassen en/of koorts.[28]

Bij aspecifieke mictieklachten is laboratoriumonderzoek (zoals test op hematurie,[29] bepaling van de PSA-waarde,[30] of nierfunctie [31]) of beeldvormend onderzoek niet geïndiceerd.[32] Gebruik van een PSA-test bij angst voor prostaatcarcinoom wordt toegelicht in de *bijlage Prostaatcarcinoom*.

Er is geen plaats voor proefkatheterisatie om chronische retentie uit te sluiten.[33]

Evaluatie

In de meeste gevallen zijn er geen aanwijzingen voor een specifieke oorzaak van de klachten en is daarmee sprake van aspecifieke mictieklachten. Binnen deze groep gaat de huisarts na of (hinderlijke) incontinentie en/of nycturie de belangrijkste klacht zijn.

De volgende specifieke oorzaken van mictieklachten moeten overwogen worden:
- *acute prostatitis*: getypeerd door snel ontstane klachten van een pijnlijke of branderige mictie, perineale pijn, samengaand met koorts, koude rillingen en/of malaise (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties);[34]
- *chronische prostatitis* (ook wel *chronisch bekkenpijnsyndroom* genoemd): klachtenpatroon waarbij aspecifieke mictieklachten gepaard gaan met urogenitale pijn of discomfort, al dan niet met seksuele problemen;[35]
- *acute (gecompliceerde) cystitis*: pijnlijke of branderige, frequente mictie, positieve nitriettest, afwijkend urinesediment, positieve dipslide of kweek (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties);
- *urethritis*: pijnlijk, branderig of geïrriteerd gevoel in de urethra met afscheiding, leukocyturie (zie de NHG-Standaard Het soa-consult);
- *urethrastrictuur*: mictieklachten bij een lokaal trauma, (diagnostische of therapeutische) urologische ingreep of doorgemaakte urethritis in de voorgeschiedenis, lichen sclerosus, of progressieve obstructieve klachten bij jongere mannen;[36]
- *(acute) urineretentie*: onvermogen tot plassen bij een gevulde blaas, ondanks – doorgaans pijnlijke – aandrang en meerdere pogingen binnen een tijdsbestek van enkele uren, vooral indien in combinatie met een gedempte percussie of palpabele blaas (zie *bijlage Acute urineretentie*);
- mictieklachten als gevolg van hartfalen, diabetes mellitus, medicamenteuze behandeling [22] of neurogene aandoeningen;
- *obstructie door benigne prostaatvergroting*: deze diagnose kan pas gesteld worden na verder urologisch onderzoek. Dit zal meestal het geval zijn na verwijzing, wanneer aspecifieke mictieklachten onvoldoende reageren op de door de huisarts ingestelde behandeling.
- *prostaatcarcinoom*: een prostaat met asymmetrische vorm, onregelmatige consistentie of harde nodus/noduli is verdacht voor prostaatcarcinoom (zie *bijlage Prostaatcarcinoom*).

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting

- Leg uit dat aspecifieke mictieklachten vaak voorkomen en dat de oorzaak daarvan onbekend, maar meestal onschuldig, is.
- Benadruk dat prostaatvergroting meestal niet de oorzaak is.[3]
- Leg uit dat prostaatkanker zelden de oorzaak van mictieklachten is.
- Bespreek eventuele angst voor prostaatkanker, schaamte over incontinentie of seksuele problematiek.[37]
- Bespreek dat het beloop van mictieklachten gunstig is, maar individueel sterk kan verschillen: ongeveer eenderde deel van de mannen ervaart spontane verbetering, eenderde blijft onveranderd en eenderde ervaart toename van klachten.[14]
- Bespreek een eventuele discrepantie tussen de ernst van klachten en de ervaren hinder.
- Leg uit hoe de resultaten van het plasdagboek zich verhouden tot de normaalwaarden.[27]

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over mictieklachten bij mannen op www.thuisarts.nl:
- Ik heb plasklachten;
- Ik wil meer weten over plasklachten;
- Ik wil iets doen aan mijn plasklachten
- Ik wil weten of onderzoek naar prostaatkanker zinvol is;
- Ik wil meer weten over prostaatkanker.

Niet-medicamenteuze behandeling

Bij aspecifieke mictieklachten
- Adviseer regelmatige lichaamsbeweging, dit heeft mogelijk een beschermend effect tegen verergering van klachten.[38]
- Adviseer adequate vocht- en vezelinname indien obstipatie aanwezig is.[39]
- Adviseer verminderde vochtinname wanneer frequente mictie samengaat met een hoge vochtinname (blijkend uit het plasdagboek).
- Overweeg bekkenbodemoefeningen en uitstellen van de mictie, wanneer frequent plassen de belangrijkste klacht is, hoewel het bewijs daarvoor beperkt is.[40]
- Overweeg bij nadruppelen om de plasbuis leeg te laten strijken na iedere mictie en/of bekkenbodemoefeningen.[41]

Er is geen bewijs dat mictie in zittende houding gemakkelijker (minder benodigde tijd of minder residu) is dan in staande positie.[42]

Bij incontinentie als belangrijkste klacht
- Overweeg bekkenbodemfysiotherapie, ook bij incontinentie ten gevolge van een prostaatoperatie. Dit heeft mogelijk een bescheiden effect.[43]
- Adviseer het gebruik van opvangmaterialen.[44] Bij gebruik daarvan dient de patiënt aandacht te besteden aan de bescherming van de omliggende huid, door niet te frequent te wassen en zo nodig een barrièrezalf (bijvoorbeeld zinkoxidezalf 10% FNA) toe te passen.

Bij nycturie als belangrijkste klacht
- Overweeg bij nachtelijke overproductie van urine (wanneer dat blijkt uit het plasdagboek) om de vochtinname in de avond te beperken.[45]

Medicamenteuze behandeling

Medicatie voor mictieklachten en incontinentie bij (oudere) mannen heeft een bescheiden, in de meeste gevallen niet klinisch relevant, effect op klachten. Dit komt waarschijnlijk doordat het werkingsmechanisme alleen gericht is op de prostaat- of blaasfunctie, terwijl de oorzaken van de klacht multifactorieel bepaald zijn. Uit onderzoek blijkt dat medicatie bij mictieklachten een aanzienlijk placebo-effect heeft.[46] Medicamenten die geregistreerd zijn voor de behandeling van mictieklachten zijn alfablokkers, 5-alfa-reductaseremmers en anticholinergica.[47]

Bij aspecifieke mictieklachten

Overweeg bij patiënten met hinderlijke klachten, die onvoldoende baat hebben bij de gegeven niet-medicamenteuze adviezen, de volgende medicamenteuze behandeling:
- Geef een alfablokker gedurende zes weken.[48] Het effect dat kan worden verwacht is beperkt. Alle alfablokkers zijn nagenoeg even effectief en veilig. Kies daarom voor een goedkoop middel met een gereguleerde afgiftevorm (mga), zoals tamsulosine en alfuzosine. De belangrijkste bijwerkingen zijn moeheid en duizeligheid, mogelijk door het geringe bloeddrukverlagend effect, dat vooral bij de eerste toediening tot orthostatische hypotensie kan leiden. Ernstige leverinsufficiëntie en orthostatische hypotensie zijn contra-indicaties. Maak, op basis van ervaring of gewenst tijdstip van inname, een keuze tussen:
  - alfuzosine, eenmaal daags 10 mg mga 's avonds;
  - tamsulosine, eenmaal daags 0,4 mg mga 's ochtends.
- Indien na zes weken volgens de patiënt verbetering is opgetreden:
  - continueer de alfablokker gedurende drie tot zes maanden, waarna de medicatie op proef gestopt wordt. Indien de klachten daarna recidiveren, kan de medicatie opnieuw voor drie tot zes maanden worden voorgeschreven.
- Indien na zes weken geen verbetering is opgetreden:
  - stop de medicatie en overweeg verwijzing. In de tweede lijn zou, bij patiënten met een fors vergrote prostaat, de combinatie van een alfablokker met een 5-alfa-reductaseremmer overwogen kunnen worden.[49] Deze combinatiebehandeling heeft een zeer beperkt effect op actuele klachten (vergeleken met alfablokker monobehandeling), maar richt zich vooral op het voorkomen van progressie van klachten.

Voor monobehandeling met 5-alfa-reductaseremmers, zoals finasteride en dutasteride, is in de huisartsenpraktijk geen plaats.[50]

Voor de toevoeging van een anticholinergicum bij mannen met overwegend irritatieve klachten is geen onderbouwing.[51] Fytotherapie en fosfodi-esteraseremmers worden niet aanbevolen.[52]

Bij incontinentie als belangrijkste klacht
- Overweeg bij patiënten met hinderlijke urge-incontinentie die onvoldoende baat hebben bij de gegeven adviezen, een anticholinergicum gedurende 6 weken.[53] Het effect dat kan worden verwacht is beperkt. De belangrijkste bijwerkingen zijn droge mond en obstipatie. Contra-indicaties zijn eerdere urineretentie, ernstige colitis ulcerosa, myasthenia gravis en nauwe-kamerhoekglaucoom. Schrijf anticholinergica bij voorkeur niet voor aan mannen ouder dan 65 jaar wegens het risico op verwardheid.[54] De anticholinergica met gereguleerde afgifte zijn nagenoeg even effectief en veilig.
- Maak, op basis van ervaring of wijze van toediening en prijs, een keuze uit bijvoorbeeld:
  - tolterodine met vertraagde afgifte (SR), eenmaal daags 4 mg;
  - oxybutininepleister, eens per 3 tot 4 dagen.

Bij matige leverinsufficiëntie geldt de laagste dosering van deze middelen (en voor tolterodine SR 2 mg) als de maximale dosis.
- Indien na vier tot zes weken medicamenteuze behandeling verbetering is opgetreden:
  - continueer de medicatie gedurende

drie tot zes maanden, waarna deze op proef wordt gestopt. Indien de klachten daarna recidiveren, kan de medicatie opnieuw voor drie tot zes maanden worden voorgeschreven.
- Indien na zes weken geen verbetering is opgetreden:
  - stop de medicatie en overweeg verwijzing.

Bij nycturie als belangrijkste klacht

De effectiviteit van medicatie bij mannen met nycturie is beperkt.[55] Overweeg daarom alleen bij zeer hinderlijke nycturie waarbij de frequentie hoger ligt dan de referentiewaarden voor leeftijd (zie noot 14) en niet-medicamenteuze adviezen geen effect hebben de volgende aanpak:
- wanneer nycturie gepaard gaat met (of onderdeel is van) klachten van een overactieve blaassyndroom, of wanneer er sprake is van een – door een plasdagboek – geobjectiveerde kleine blaascapaciteit:
  - overweeg een anticholinergicum gedurende zes weken (voor middelen en dosering: zie boven) en continueer dit, bij verbetering, gedurende drie tot zes maanden, waarna de medicatie op proef gestopt wordt;
  - indien de klachten daarna recidiveren, kan de medicatie opnieuw voor drie tot zes maanden worden voorgeschreven.
- wanneer er geen sprake is van klachten van een overactieve blaassyndroom:
  - overweeg een alfablokker (voor middelen en dosering: zie boven), maar benoem dat het effect daarvan op de nachtelijke plasfrequentie gering is; continueer de medicatie, bij verbetering, gedurende drie tot zes maanden, waarna de medicatie op proef gestopt wordt;
  - indien de klachten daarna recidiveren, kan de medicatie opnieuw voor drie tot zes maanden worden voorgeschreven.

Het voorschrijven van desmopressine wordt niet aanbevolen.[55]

Overweeg verwijzing naar de uroloog wanneer met medicatie geen of onvoldoende verbetering optreedt.

Invasieve behandeling

Bespreek de mogelijkheid van een invasieve ingreep wanneer er ondanks (niet-) medicamenteuze behandeling klachten blijven bestaan, die ernstige hinder geven of bij het optreden van complicaties. Verwijs de patiënt hiervoor naar de uroloog. De keuze voor de ingreep hangt af van de wens van de patiënt, eventuele comorbiditeit, de beschikbaarheid van de technieken en de ervaring van de uroloog. Met de transurethrale resectie van de prostaat (TURP) is de meeste ervaring opgedaan. De laatste jaren zijn er veel nieuwe technieken ontwikkeld.[56]

Invasieve behandeling richt zich op het wegnemen of doorgankelijker maken van een (verondersteld, of urodynamisch bewezen) obstruerende prostaat. Wanneer andere factoren leiden tot de klachten, worden deze niet per definitie ook effectief aangepakt bij een dergelijke ingreep; een chirurgische interventie kan daarom soms een averechts effect hebben.

De belangrijkste complicaties van invasieve behandeling zijn irritatieve klachten, urineweginfecties, postoperatieve urineretentie, erectiele disfunctie en ejaculatiestoornissen, de noodzaak van invasieve herbehandeling, blaashalscontracturen en urethrastricturen.

Verschillende invasieve interventies voor de behandeling van stressincontinentie zijn beschikbaar, maar niet voor urge-incontinentie.[57]

CONTROLES EN VERWIJZING

Controles
- Spreek bij patiënten bij wie niet-medicamenteuze behandeladviezen zijn gegeven controle af bij toename van klachten of wens tot medicamenteuze behandeling.[58]
- Controleer patiënten met medicatie (eventueel telefonisch) na twee weken op bijwerkingen.
- Evalueer na zes weken het effect van de alfablokkers en anticholinergica.

Gebruik voor de evaluatie van medicatie eventueel een plasdagboek.[27]

Bij controles is het niet zinvol om opnieuw lichamelijk onderzoek te verrichten, tenzij er aanwijzingen zijn voor een (acute) urineretentie.

Verwijzing

Verwijs voor mogelijke invasieve behandeling bij:
- wens van de patiënt wegens ervaren hinder en uitblijven van effect van medicamenteuze behandeling;
- recidiverende acute urineretentie;
- (vermoeden van) urethrastrictuur.

BIJLAGE ACUTE URINERETENTIE

Meestal is er sprake van een spontane acute retentie, waarbij prostaatvergroting een rol kan spelen. In een aantal gevallen is er een direct aanwijsbare oorzaak, zoals een urineweginfectie, recente algehele of locoregionale anesthesie, medicatie met sympaticomimetische of anticholinerge werking, of blaasoverrekking, bijvoorbeeld door excessieve alcoholinname.[59]

RICHTLIJNEN BELEID
- Verricht bij een acute urineretentie een transurethrale katheterisatie, tenzij de urineretentie op een recent trauma (recente prostatectomie of ongeval) terug te voeren is. Verwijs in dat geval met spoed naar de uroloog. Verwijs ook wanneer katheterisatie niet lukt (bijvoorbeeld door een aanwezige strictuur). De techniek van katheterisatie wordt elders beschreven (*Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Goudswaard AN, in 't Veld CJ, Kramer WLM. Prelum/NHG 2009). Gebruik een verblijfskatheter. De blaas kan in een keer worden geleegd.[60]
- Verricht urineonderzoek direct na het plaatsen van de katheter en behandel zo nodig een urineweginfectie (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties).
- Overweeg het staken van medicatie die kan hebben bijgedragen aan het ontstaan van de retentie.[22]
- Start na de katheterisatie met een alfablokker zoals alfuzosine of tamsulosine met gereguleerde afgifte (zie eerder) – tenzij hiervoor een belangrijke contra-indicatie bestaat – omdat dit de kans dat de mictie spontaan op gang komt na verwijdering van de katheter met zo'n 30% vergroot.[61] Evalueer na twee weken het gebruik van de alfablokker

en staak dit indien er geen mictieklachten zijn waarvoor de patiënt behandeling wenst.
- Laat de katheter 48 tot 72 uur in situ.[62] De kans dat de mictie daarna spontaan op gang komt, is ongeveer 60%.
- Gebruik een afsluiting van de katheter (flip-flow) en instrueer de patiënt bij aandrang of op vaste tijden de blaas te legen door het kraantje te openen.
- Verwijder na 48 tot 72 uur de katheter in de vroege ochtend om problemen met eventuele herplaatsing tijdens praktijkuren te kunnen uitvoeren.
- Plaats een nieuwe katheter wanneer de mictie na verwijdering niet spontaan op gang komt en verwijs de patiënt dan naar de uroloog.

BIJLAGE PROSTAATCARCINOOM

INLEIDING

Prostaatcarcinoom is bij mannen de meest frequente solide tumor en na longcarcinoom de tweede oorzaak van kankersterfte. Het is een langzaam groeiend carcinoom dat zich meestal niet of laat manifesteert met klachten. Veel meer mannen overlijden *met* een prostaatcarcinoom dan *aan* een prostaatcarcinoom. Mede door de hoge prevalentie van prostaatcarcinoom verzoeken veel mannen hen hierop te controleren. Wanneer huisartsen dit verzoek honoreren zonder dat er aanwijzingen zijn voor een prostaatcarcinoom, is er sprake van vroegdiagnostiek.

Deze bijlage bij de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen geeft richtlijnen bij vermoeden van prostaatcarcinoom en bij vragen naar vroegdiagnostiek van prostaatcarcinoom. Richtlijnen voor de palliatieve fase van prostaatcarcinoom vallen buiten het bestek van deze bijlage.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Prostaatcarcinoom: maligniteit van de prostaat, vrijwel altijd een adenocarcinoom. Differentiatie vindt plaats aan de hand van de Gleasonscore. Dit is de optelsom van de histopathologische differentiatiegraad (variërend 1 tot 5) van de 2 meest dominant aanwezige tumorbeelden. De Gleasonscore kan variëren van 2 (goed gedifferentieerd) tot en met 10 (slecht gedifferentieerd); een score tot 6 is prognostisch gunstig, 7 wijst op een matige prognose en 8 tot en met 10 is prognostisch ongunstig.

PSA: prostaatspecifiek antigen, een eiwit dat door de prostaat wordt geproduceerd en in het bloed meetbaar is. De PSA-waarde neemt toe met de leeftijd en bij de aanwezigheid van prostatitis, goedaardige prostaatvergroting en prostaatcarcinoom.[63]

Vroegdiagnostiek: medisch onderzoek bij mensen die geen gezondheidsklachten hebben, gericht op het vinden van ziekte, een erfelijke aandoening of risicofactoren die de kans op ziekte vergroten. Een andere term voor vroegdiagnostiek is screening.[64]

Epidemiologie

De incidentie en prevalentie van prostaatcarcinoom nemen toe met de leeftijd. De incidentie bedraagt op de leeftijd van 50 tot 55 jaar 0,5 en op de leeftijd van 75 tot 80 jaar 7,5 per 1000 mannen per jaar. In 2010 bedroeg de sterfte aan prostaatcarcinoom 3,9% van de totale sterfte bij mannen.[65]

Etiologie en prognose

De etiologie van prostaatcarcinoom is onduidelijk. De belangrijkste risicofactoren zijn leeftijd boven de 50 jaar, Afro-Amerikaans ras en familiaire belasting.[66]

Voor een deel zal deze risicoverhoging bij familiaire belasting waarschijnlijk veroorzaakt worden door het feit dat familieleden van patiënten met een prostaatcarcinoom zich vaker hierop laten onderzoeken. In 5 tot 10% van alle gevallen van prostaatcarcinoom is er echter ook een erfelijke predispositie.[67] In tegenstelling tot enkele andere vormen van erfelijke carcinomen (zoals mamma- en ovariumcarcinoom) is de prognose van erfelijk prostaatcarcinoom gelijk aan die van prostaatcarcinoom dat buiten belaste families wordt gevonden.[68]

Een prostaatcarcinoom groeit meestal langzaam en ontstaat gewoonlijk in de periferie van de prostaat op enige afstand van de urethra. Het openbaart zich doorgaans niet of pas in een laat stadium door gevolgen van botmetastasen of urethraobstructie. Mictieklachten zijn zelden een uiting van een prostaatcarcinoom.

Afhankelijk van tumorstadium en -gradering en comorbiditeit worden mannen met prostaatcarcinoom actief vervolgd (*active surveillance*) of behandeld. Curatieve behandeling omvat chirurgie, inwendige (brachytherapie) of uitwendige bestraling. Bij een gemetastaseerd prostaatcarcinoom kan palliatieve hormonale behandeling en bij progressie chemotherapie worden toegepast. Erectiestoornissen en incontinentie zijn mogelijke bijwerkingen van de behandeling van prostaatcarcinoom.[69] De prognose van een prostaatcarcinoom hangt af van differentiatie, grootte en uitbreiding van de tumor.[70]

Vroegdiagnostiek

Algemene vroegdiagnostiek (screening) op prostaatcarcinoom leidt niet tot minder mortaliteit of betere kwaliteit van leven.[71] Weliswaar brengt vroegdiagnostiek prostaatcarcinomen aan het licht, maar dit betreft vooral carcinomen in een vroeg stadium die waarschijnlijk later in het leven niet tot klachten zouden hebben geleid. Natuurlijk zullen sommige individuen voordeel hebben bij vroegdiagnostiek. Er zijn echter geen criteria waarmee deze individuen voorafgaand aan dit onderzoek zijn te selecteren. Door vroegdiagnostiek zullen dan ook veel individuen zinloos onderzoek en behandeling moeten ondergaan met risico's op complicaties en verlies van kwaliteit van leven. Ook een negatieve biopsie na een verhoogde PSA-waarde heeft een nadelige invloed op de kwaliteit van leven.[72] Het actief ongevraagd aanbieden van een PSA-bepaling aan mannen zonder klinische symptomen van prostaatcarcinoom wordt dan ook niet aanbevolen.[73]

Het kan lastig zijn om dit terughoudende beleid uit te leggen. De meerderheid van de mannen toont zich namelijk in eerste instantie tevreden over de uitvoering van vroegdiagnostiek. De gevraagde test wordt immers uitgevoerd

en bij een negatieve uitslag is er geruststelling, terwijl bij een positieve uitslag vervolgonderzoek wordt ingezet. Als daarbij een carcinoom wordt vastgesteld, beredeneren veel patiënten dat het prostaatcarcinoom 'gelukkig vroeg is ontdekt en er behandeling mogelijk is'. De complicaties van behandeling worden geaccepteerd, mede omdat daarmee 'de kanker is genezen'. Negatieve feedback vanuit de patiënt ontbreekt in deze cyclus. Als patiënten hun huisarts verzoeken om een onderzoek naar prostaatkanker, is het dan ook belangrijk om voorafgaand aan een eventuele PSA-bepaling hen goed te informeren over de mogelijke consequenties van een afwijkende uitslag.

Door sommige organisaties wordt periodiek onderzoek aanbevolen aan eerstegraads verwanten (vader, zonen) van patiënten met een hereditair prostaatcarcinoom (HPC), hoewel de effectiviteit hiervan niet is aangetoond.[74]

Omdat mannen met aspecifieke mictieklachten geen hoger risico op prostaatcarcinoom lopen dan mannen zonder deze klachten, geldt voor hen hetzelfde beleid.[75]

RICHTLIJNEN BELEID

De huisarts onderscheidt twee patiëntcategorieën: patiënten die om prostaatkankeronderzoek vragen en patiënten bij wie een prostaatcarcinoom door de arts vermoed wordt.

Bij vragen naar vroegdiagnostiek van prostaatcarcinoom

Anamnese

- Vraag naar de reden van het verzoek: heeft de patiënt mictieklachten, komt prostaatkanker voor in de familie of in de omgeving?
- Vraag naar het beeld dat de patiënt bij het verloop van prostaatkanker heeft.

Voorlichting

- Leg uit dat prostaatkanker vaak voorkomt bij oudere mannen, maar bij slechts weinigen klachten geeft en die bij nog minder mannen (4 van de 100) uiteindelijk de doodsoorzaak is. Meer mannen overlijden dus met prostaatkanker dan aan prostaatkanker.
- Leg uit dat met vroegdiagnostiek een klinisch relevante kanker gevonden kan worden, waarbij vroegtijdige behandeling mogelijk gunstig is voor de patiënt. De kans dat er een tumor wordt gevonden die klinisch nooit relevant zal worden, is echter drie tot vier keer groter. Er zijn geen factoren die voorafgaand aan het onderzoek hierin een onderscheid kunnen maken.[71]
- Leg uit dat algemene vroegdiagnostiek niet leidt tot een verlaging van de kans om te overlijden aan prostaatkanker.[71] Het risico is groot dat een bij vroegdiagnostiek gevonden prostaatkanker zonder dat onderzoek nooit aan het licht zou zijn gekomen en dat deze kanker nooit klachten zou hebben gegeven.
- Leg uit dat met de PSA-waarde prostaatkanker niet kan worden aangetoond of uitgesloten. Zo hebben 80 van de 100 mannen van 50 tot 70 jaar zonder klachten een normale PSA-waarde, terwijl bij 1 van hen later toch nog prostaatkanker zal worden vastgesteld. Anderzijds hebben 16 (80%) van de 20 mannen met een verhoogde waarde geen prostaatkanker (www.kiesbeter.nl). Om prostaatkanker aan te tonen, moeten prostaatbiopten worden genomen, met daarbij risico op complicaties.[76]
- Geef aan dat het risico op prostaatkanker gelijk is bij mannen met en zonder mictieklachten en dat het bepalen van de PSA-waarde in beide gevallen dezelfde voor- en nadelen heeft.[75]
- Leg uit dat ook bij familiair voorkomen van prostaatkanker het nut van vroegdiagnostiek niet is aangetoond. Als er aanwijzingen zijn voor erfelijke prostaatkanker (prostaatkanker vastgesteld bij 3 naaste familieleden, of prostaatkanker vastgesteld bij 2 eerstegraads- (vader en zonen) of tweedegraadsverwanten (broers), met een diagnoseleeftijd van 55 jaar of jonger) kan desalniettemin nadere diagnostiek zinvol zijn. Verwijs daarvoor naar de uroloog, een klinisch geneticus of een Polikliniek Erfelijke Tumoren.[67]
- Leg uit aan mannen met een levensverwachting van minder dan 10 jaar (doorgaans patiënten van 75 jaar en ouder, of jongere patiënten met ernstige comorbiditeit) dat bij hen behandeling van prostaatkanker geen invloed heeft op de overleving of kwaliteit van leven. Dat is bij hen een extra reden om van vroegdiagnostiek af te zien.

Verwijs voor ondersteuning van deze uitleg naar www.thuisarts.nl:

- Ik wil weten of onderzoek naar prostaatkanker zinvol is;
- Ik wil meer weten over prostaatkanker.

Het meegeven van dergelijke informatie vergroot de kennis en betrokkenheid van patiënten bij de besluitvorming.[77] Ook kunnen patiënten geattendeerd worden op de mede door het NHG ontwikkelde keuzehulp op www.kiesbeter.nl.

Uitvoering van vroegdiagnostiek[78]

Als de patiënt op basis van de geboden informatie besluit tot vroegdiagnostiek:

- Verricht een rectaal toucher:
  - indien hierbij een vermoeden rijst op prostaatcarcinoom, verwijs dan de patiënt naar de uroloog.[79] Een aanvullende PSA-meting heeft dan geen meerwaarde, omdat een normale waarde de aanwezigheid van een prostaatcarcinoom niet uitsluit;[80]
  - indien de prostaat niet afwijkend aanvoelt en niet pijnlijk (passend bij prostatitis) is, laat dan het PSA-gehalte bepalen. Houd rekening met het gebruik van een 5-alfa-reductaseremmer, omdat bij gebruikers daarvan de PSA-waarde ongeveer 50% lager is.[81] Het rectaal toucher heeft geen invloed op het PSA-gehalte en kan voorafgaand aan de bepaling worden verricht.[82]
- Indien de PSA-waarde is bepaald, bespreek dan de uitslag en het te volgen beleid met de patiënt:[83]
  - PSA-waarde < 1 ng/ml bij mannen van 60 jaar of ouder: deze waarde is laag en de kans is zeer klein dat zich ooit een klinisch relevant prostaatcarcinoom zal ontwikkelen. Herhaling van de test na onbepaalde tijd heeft geen meerwaarde en wordt

daarom niet aanbevolen;[84]
- PSA-waarde < 4 ng/ml: deze waarde is normaal en de kans op prostaatcarcinoom is klein. Verder onderzoek is niet nodig. Het verrichten van een nieuwe PSA-meting na enkele jaren staat gelijk aan vroegdiagnostiek waarbij eerder vermelde overwegingen opgaan;[85]
- PSA-waarde ≥ 4,0 ng/ml: er is een kans op prostaatcarcinoom, maar deze waarde kan ook verhoogd zijn door een prostatitis, blaasontsteking of een goedaardige prostaatvergroting. Op basis van de PSA-waarde is geen onderscheid te maken tussen goed en slecht gedifferentieerde tumoren of tumorstadium. Handel als volgt:
  a. bij aanwijzingen voor (recent doorgemaakte) prostatitis: bepaal het PSA-gehalte nogmaals na 6 tot 12 weken. Stel de patiënt gerust als na herhaalde bepaling de waarde genormaliseerd is (< 4 ng/ml);
  b. wanneer er géén aanwijzingen voor (recent doorgemaakte) prostatitis zijn: verwijs naar de uroloog voor eventuele nadere diagnostiek. Urologen kunnen daarvoor gebruik maken van de Prostaatwijzer (www.prostaatwijzer.nl) om het risico op klinisch relevant prostaatcarcinoom in te schatten.[86] Hierbij kan het ook voorkomen dat de uroloog op basis van de prostaatwijzer geen prostaatbiopsie adviseert. Gebruik van de prostaatwijzer wordt niet geadviseerd in de eerste lijn, omdat validatie daarvoor nog niet is uitgevoerd.

Indien bij analyse door de uroloog geen prostaatcarcinoom wordt gevonden, wees dan alert op aanhoudende ongerustheid bij de patiënt. Bespreek dat het verrichten van een nieuwe PSA-meting na enkele jaren gelijk staat aan vroegdiagnostiek waarbij eerder vermelde argumenten opgaan.

Bij vermoeden van prostaatcarcinoom

Een vermoeden van prostaatcarcinoom bestaat vooral bij afwijkende bevindingen bij rectaal toucher (prostaat met asymmetrische vorm, onregelmatige consistentie of harde noduli). Ook bij onbegrepen botpijnen dient prostaatcarcinoom in de differentiële diagnose te worden opgenomen.

Bij een vermoeden van prostaatcarcinoom bij rectaal toucher:[79]
- een PSA-bepaling wordt niet geadviseerd, omdat een normale waarde de diagnose niet uitsluit;[80]
- bij mannen met een levensverwachting van *meer dan 10 jaar* (doorgaans jonger dan 75 jaar): verwijs voor nadere diagnostiek en evaluatie van de therapeutische mogelijkheden naar de uroloog;
- bij mannen met een levensverwachting van *minder dan 10 jaar* (doorgaans patiënten van 75 jaar en ouder, of bij ernstige comorbiditeit):
  – verwijs bij aanwijzingen voor (meestal bot-)metastasen (algemene ma-

Totstandkoming

In oktober 2010 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen (voorheen Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen). De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. M.H. Blanker, huisarts-epidemioloog te Zwolle en vanaf augustus 2011 wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; S.A. Breed, huisarts te Venray en kaderarts urogynaecologie; dr. W.K. van der Heide, huisarts n.p. en universitair hoofddocent aan de Universiteit Groningen; mr.dr. R.J.C. Norg, huisarts te Haelen; A.D. de Vries, huisarts te Maassluis en kaderarts urogynaecologie; dr. R.J. Wolters, huisarts te Elst; dr. M. van den Donk, epidemioloog en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. De begeleiding van de werkgroep en de redactie waren in handen van M.A. Klomp (tot augustus 2011) en dr. M.H. Blanker (vanaf augustus 2011). Dr. W. Opstelten was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, M.M. Verduijn, apotheker, als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie en dr. J.S. Burgers als hoofd van deze afdeling. F. Jonkers was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. Dr. M.H. Blanker ontving een vergoeding voor een consensusbijeenkomst over nycturie, georganiseerd door het New England Research Instituut en financieel ondersteund door Ferring. Tevens is hij betrokken bij een onafhankelijk onderzoek, gefinancierd door Ferring. Door de overige leden van de werkgroep werd geen belangenverstrengeling gemeld.

In mei 2012 werd de ontwerpstandaard voor commentaar voorgelegd. In juli 2012 werd de bijlage Prostaatcarcinoom voor commentaar voorgelegd.

Er werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten J.W. Mazel, prof. dr. J.L.H.R. Bosch en Y.D. Dubbelman, allen uroloog, prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies aan de Radboud Universiteit te Nijmegen, P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog bij Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS), werkzaam bij het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda, N. Delvaux, huisarts, namens de Domus Medica te België, M. Rebel-Volp, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), P.J.H.M. Bezemer-van Mierlo, bedrijfsarts, namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap, dr. T. Schalekamp, apotheker, J. Bootsma, klinisch geriater/klinisch famacoloog en J.J. Luinenburg, apotheker, allen namens het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum, prof.dr. J.R.B.J. Brouwers, klinisch farmacoloog CVZ en hoofdredacteur van het Farmacotherapeutisch Kompas bij CVZ te Diemen, J. Oltvoort, senior beleidsadviseur Gezondheidseconomie namens Nefarma en dr. J.H.M. Souverijn, Klinisch Chemicus namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC). R.J. Hinloopen en D. Soeters, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Daarnaast werd de conceptstandaard besproken in een focusgroep van 8 praktiserende huisartsen onder leiding van dr. S.S.L. Mol, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie van het NHG.

Op de bijlage Prostaatcarcinoom hebben drie extra referenten commentaar gegeven, te weten prof.dr. Th.M. de Reijke en prof.dr. R.J.A. van Moorselaar, beiden uroloog en H. Ransdorp, voorzitter van de ProstaatKankerStichting.nl.

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

Op 3 oktober 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. Bij verwijzingen naar NHG-producten: 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).

laise, afvallen, botpijnen in rug, heup) naar de uroloog voor nadere diagnostiek en evaluatie van de therapeutische mogelijkheden;
- overweeg een afwachtend beleid bij mannen zonder aanwijzingen voor metastasen. Leg uit dat, indien er bij nader onderzoek daadwerkelijk een prostaatcarcinoom wordt gevonden, dit meestal zeer langzaam groeit. Bovendien verbeteren de levensverwachting en de kwaliteit van leven door medische interventie waarschijnlijk niet, terwijl er wel bijwerkingen te verwachten zijn. Attendeer op de mede door het NHG ontwikkelde keuzehulp op www.kiesbeter.nl. Bied zo nodig een verwijzing naar de uroloog aan om het verdere beleid te bespreken.

Bij een vermoeden van (prostaatcarcinoom met) botmetastasen (botpijnen in rug of heup, al dan niet met algemene malaise):
- verricht een rectaal toucher:
  - bij aanwijzingen voor een prostaatcarcinoom (prostaat met asymmetrische vorm, onregelmatige consistentie of harde noduli): verwijs naar de uroloog voor verdere diagnostiek en behandeling;
  - indien er geen aanwijzingen zijn voor een prostaatcarcinoom: bepaal het PSA-gehalte om te differentiëren tussen prostaatcarcinoom (waarvoor de patiënt naar de uroloog moet worden verwezen) en andere oorzaken (waarvoor de patiënt naar een oncoloog moet worden verwezen).

© 2013 Nederlandse Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Lidewij Broekhuizen, Marloes van den Berg-Minnaard

Validiteit en betrouwbaarheid van tests

PRAKTIJKPROBLEEM

Huisartsen gebruiken tests om meer zekerheid te krijgen over een diagnose. Zo'n test kan bestaan uit bloedonderzoek of een thoraxfoto. Ook het lichamelijk onderzoek kan tests omvatten, bijvoorbeeld de proef van Lasègue en de top-neusproef.

Bij tests worden vaak de begrippen betrouwbaarheid en validiteit gebruikt. Wat zeggen deze begrippen nu precies en wat betekenen ze voor u in de praktijk? Hieronder lichten we de begrippen toe.

ACHTERGROND

Er zijn steeds meer laboratoriumtests beschikbaar die de huisarts in de eigen praktijk kan gebruiken, zoals een CRP-sneltest of een tropininetest. In tegenstelling tot medicijnen kunnen fabrikanten diagnostische tests op de markt brengen zonder dat deze uitgebreid zijn onderzocht voor de relevante doelgroep of indicatie. Ze moeten weliswaar een CE-keurmerk (Conformité Européenne) hebben – wat garandeert dat de test veilig is voor gebruiker en milieu – maar dit zegt nog niets over de meeteigenschappen (kwaliteit) van de test. Om te bepalen of een test bruikbaar is voor de huisartsenpraktijk is belangrijk te weten in hoeverre de test betrouwbaar is (stabiliteit van het onderzoeksresultaat) en valide (meet wat hij moet meten).

UITWERKING

Een test is betrouwbaar als deze na herhaalde afname bij dezelfde patiënt dezelfde uitslag geeft; de test is dan stabiel of consistent. Wanneer de uitslagen bij dezelfde patiënt erg variëren als verschillende mensen de test uitvoeren, is er sprake van een lage *inter*-beoordelaarsbetrouwbaarheid. De *intra*-beoordelaarsbetrouwbaarheid gaat over de mate waarin de testuitslagen overeenkomen wanneer dezelfde persoon de test herhaald afneemt. Een oorzaak van een lage betrouwbaarheid is bijvoorbeeld dat de uitvoering van een test lastig is of uit veel handelingen bestaat. Dan is de kans op toevallige fouten groot en dat maakt de test minder bruikbaar.

De validiteit geeft aan of een test meet wat hij moet meten. Bij een CRP-sneltest – die wordt gebruikt bij luchtweginfecties[1] – betekent dit in hoeverre de test correct de hoogte van het CRP in bloed meet wanneer dat bijvoorbeeld wordt vergeleken met een conventionele tweedelijnslaboratoriummeting. De betrouwbaarheid en de validiteit van een test staan los van elkaar. Zo heeft een CRP-sneltest, die heel eenvoudig is uit te voeren en heel consistent meet, een hoge betrouwbaarheid maar als de sneltest elke keer de CRP 40 mg/liter te hoog aangeeft, dat wil zeggen een grote systematische meetfout heeft, is de validiteit laag en is de test niet bruikbaar.

Het is belangrijk dat een test in de huisartsenpraktijk is geevalueerd, omdat meetomstandigheden anders kunnen zijn dan in een laboratorium (minder tijd, minder licht, minder ervaring van de arts of assistent) en hierdoor kan het aantal fouten toenemen en de betrouwbaarheid afnemen. Afgezien van betrouwbaarheid en validiteit hangt de voorspellende waarde van een test samen met het vóórkomen en de ernst van de aandoening. Zo hielp een troponinesneltest in een ziekenhuispopulatie om myocardischemie uit te sluiten bij patiënten met pijn op de borst.[2] In de huisartsensetting bestaan thoracale klachten echter soms korter en ze zijn vaak milder dan op de eerste hulp. Dit kan resulteren in een fout-negatieve uitslag en dus gemiste myocardischemie. Evaluatie van een troponinesneltest in de huisartsenpraktijk is daarom nodig voordat invoering geadviseerd kan worden.

BETEKENIS

Om te beoordelen of een test bruikbaar is in de huisartsenpraktijk moeten we weten of de uitvoering van de test eenvoudig en eenduidig is. Of een laboratoriumtest in de huisartsenpraktijk valide is, kan vaak tot op zekere hoogte worden afgeleid uit onderzoek, waarbij de test is vergeleken met een gouden standaard, en bij twijfel kan overleg met een klinisch chemicus helpen. Validiteit en betrouwbaarheid kunnen in de huisartsenpraktijk anders zijn dan in het ziekenhuis. ■

LITERATUUR

1 Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP, et al. NHG-Standaard Acute hoest. Huisarts Wet 2011;54:68-92.
2 Nienhuis MB, Van 't Hof AWJ, Miedema K, Zijlstra F. De troponinebepaling op een Eerste Harthulp: vooral ter uitsluiting van ernstig cardiaal risico. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147:395-9.

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

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en postdoctorale onderzoeker; M.C. van den Berg-Minnaard, aiotho • Correspondentie: b.d.l.broekhuizen@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wim Kruit

NASCHOLING

Systemische behandeling van huidmelanomen

INLEIDING

Het melanoom is de meest agressieve van alle maligniteiten die in de huid kunnen ontstaan. Melanomen zijn een toenemend gezondheidsprobleem. De incidentie van zowel dunne (< 1 mm) als dikke (> 4 mm) melanomen neemt toe en een recente analyse laat een stijging van de incidentie zien met 4% per jaar.[1] De relatieve tienjaarsoverleving voor mannen is verbeterd van 70% in 1989-1993 tot 77% (2004-2008), en in diezelfde periode voor vrouwen van 85% tot 88%. De overleving per stadium is weergegeven in de [**figuur**].[1] Toch is, door de gestegen incidentie bij met name oudere mannen, de absolute sterfte toegenomen. In 2000 overleden in Nederland 191 vrouwen en 279 mannen aan een melanoom, in 2011 waren dat 366 vrouwen en 415 mannen (www.cbs.nl). In 2015 zal de diagnose melanoom naar verwachting ruim vierduizend keer gesteld worden, en in een toenemend aantal gevallen zal dat een gemetastaseerd melanoom zijn. De gemiddelde huisarts zal dan ook steeds vaker patiënten zien die onder behandeling zijn voor een gemetastaseerd melanoom. In augustus 2012 is onder auspiciën van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) een herziening verschenen van de multidisciplinaire *Richtlijn melanoom*, die te raadplegen is op www.oncoline.nl.

[**Tabel 1**] toont de TNM-classificatie, waarin melanomen worden ingedeeld op basis van de zogeheten breslowdikte (T) en de aanwezigheid van lymfekliermetastasen (N) of metastasen op afstand (M). De behandeling van het primaire melanoom is in principe chirurgisch en valt buiten het kader van dit artikel. Ook patiënten die locoregionale lymfekliermetastasen ontwikkelen (stadium III) worden primair behandeld met een chirurgische klierdissectie, mits de metastasen resectabel zijn. Bij deze patiënten doet zich de vraag voor naar adjuvante systemische behandeling, vanwege de grote kans op afstandsmetastasen in de toekomst. Het zijn echter vooral de patiënten met afstandsmetastasen (stadium IV) die een systemische behandeling krijgen.

Samenvatting

Kruit WJH. Systemische behandeling van huidmelanomen. Huisarts Wet 2013;56(3):124-8.

Melanomen zijn kwaadaardige woekeringen van melanocyten in huid, slijmvliezen of oogepitheel. De incidentie van met name huidmelanomen vertoont al jaren een sterk stijgende lijn. Zijn er eenmaal uitzaaiingen, dan zijn de vooruitzichten somber. Tot voor kort bood chemotherapie met dacarbazine nog de beste kansen, maar de resultaten waren op zijn best teleurstellend. Nieuwe inzichten in de genetische achtergrond van en de immuunrespons tegen tumoren hebben echter geleid tot gerichte behandelingen (*targeted therapies*) die een betere prognose beloven. De BRAF-remmer vemurafenib en het monoklonale CTLA-4-antilichaam ipilimumab zijn de eerste middelen die de onderzoeksfase gepasseerd zijn, en verdere ontwikkelingen volgen elkaar snel op. De nieuwe therapieën zorgen echter ook voor nieuwe bijwerkingen, die levensbedreigend kunnen zijn wanneer ze niet tijdig herkend worden. Daarom is het ook voor de huisarts van belang daar kennis van te hebben. Nauwgezette controle en begeleiding van patiënten die onder behandeling zijn voor gemetastaseerd melanoom, zijn absoluut noodzakelijk.

ADJUVANTE THERAPIE IN STADIUM III

Op grond van diverse prognostische kenmerken, zoals breslowdikte, ulceratie en regionale lymfekliermetastasering (micro- of macroscopisch), kan men een aantal categorieën melanoompatiënten identificeren die een verhoogd risico lopen op een lokaal recidief en/of afstandsmetastasen. Voor patiënten in een gevorderd stadium III met locoregionale lymfekliermetastasen zijn de vooruitzichten, ook na chirurgie, matig tot slecht met een recidiefkans van 60-75% en een vijfjaarsoverleving van 50-60%.[2] Al snel zag men daarom het belang in van een effectieve adjuvante behandeling, maar de resultaten waren teleurstellend. Chemotherapie, hormoontherapie en diverse andere middelen bleken niet te werken.

Omdat het maligne melanoom een immunogene tumor is die gevoelig zou kunnen zijn voor manipulaties van het immuunsysteem, is er veel onderzoek gedaan naar immunomodulerende middelen als adjuvante behandeling. Een van de meest bestudeerde is het cytokine interferon-alfa (IFN-α). Dit middel is in veertien onderzoeken met in totaal meer dan

De kern

- De incidentie van melanomen stijgt nog steeds en de vooruitzichten voor patiënten met een gemetastaseerd melanoom zijn matig tot slecht.
- Het sterk toegenomen inzicht in de oncogenese en in het functioneren van het immuunsysteem heeft geleid tot de ontwikkeling van tumorspecifieke behandelingen (*targeted therapies*). Voorbeelden hiervan zijn de BRAF-remmer vemurafenib en het tegen CTLA-4 gerichte monoklonale antilichaam ipilimumab.
- De verwachting is dat er voor deze patiënten de komende jaren veel meer *targeted therapies* beschikbaar zullen komen en dat de vooruitzichten voor patiënten met gemetastaseerd melanoom verder zullen verbeteren.
- De nieuwe targeted therapieën brengen echter ook nieuwe bijwerkingen met zich mee, die geheel anders zijn dan die van de tot nu toe gebruikelijke chemotherapieën. Soms zijn deze bijwerkingen ernstig en zelfs levensbedreigend als ze niet tijdig herkend worden.

Erasmus MC, Daniel den Hoed Oncologisch Centrum, Groene Hilledijk 301, 3075 EA Rotterdam: dr. W.H.J. Kruit, internist-oncoloog • Correspondentie: w.kruit@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

achtduizend patiënten vergeleken met de standaard afwachtende benadering, waarbij moet worden aangetekend dat zowel de patiëntenpopulaties als de doseringen, behandelingsschema's en toedieningswijzen onderling sterk verschilden. De resultaten zijn dan ook niet eenduidig: in sommige onderzoeken bleek een significant effect op de ziektevrije en totale overleving, bij andere niet. In drie meta-analyses heeft men geprobeerd een sluitende conclusie te trekken.[3-5] Zij komen alle drie tot de conclusie dat adjuvante behandeling met IFN-α de ziektevrije overleving verlengt met negen tot twaalf maanden, maar slechts één (de meest recente) constateerde ook een langere totale overleving.[5] Deze analyse vond eveneens een significante reductie in het sterftepercentage, met een *hazard ratio* van 0,89 en een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 0,83 tot 0,96.

Een behandeling met IFN-α kan gepaard gaan met aanzienlijke toxiciteit. Acute bijwerkingen zijn hoge koorts, koude rillingen, misselijkheid en braken. Maar vooral de langetermijneffecten zoals chronische vermoeidheid, algemene malaise en neuropsychiatrische bijwerkingen moeten niet worden onderschat, vooral niet omdat de patiënt minimaal een jaar lang IFN-α moet gebruiken wil het een effect op de overleving hebben. Vanwege de aanzienlijke toxiciteit bij een vooralsnog marginaal effect op de overleving beschouwt de Nederlandse *Richtlijn melanoom* IFN-α niet als de standaard adjuvante behandeling bij gemetastaseerd melanoom. Bepaalde patiëntengroepen (melanoom met ulceratie) hebben mogelijk meer baat bij IFN-α, maar dit is alleen gebleken in retrospectief onderzoek en nog niet bevestigd door prospectief fase-III-onderzoek.

BEHANDELING MELANOOM STADIUM IV

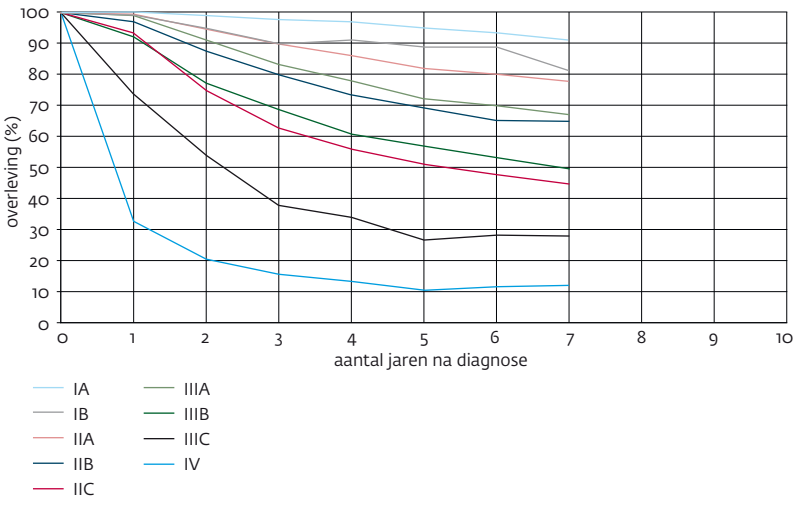
Een melanoom met afstandsmetastasen heeft een slechte prognose. De gemiddelde overleving is acht à negen maanden en slechts 10-20% van de patiënten is twee jaar na de diagnose nog in leven. Curatieve behandelingsmogelijkheden zijn er niet. Het tot nu toe meest gebruikte chemotherapeuticum is dacarbazine. De behandelingsresultaten zijn heel matig, met een responspercentage van rond de 10% en een gemiddelde responsduur van drie à vier maanden.[6]

Enkele jaren geleden echter is men begonnen middelen te ontwikkelen die rechtstreeks gericht zijn tegen melanoomcellen. Deze zogeheten *targeted therapies* kunnen een belangrijke rol gaan spelen bij de behandeling van gemetastaseerd melanoom.

Ipilimumab blokkeert CTLA-4

Ipilimumab is een middel dat specifiek aangrijpt op het immuunsysteem en de afweer tegen melanoomcellen activeert. Bij het ontstaan van deze immuunrespons spelen T-lymfocyten een belangrijke rol. T-lymfocyten kunnen hun eigen activiteit downreguleren door een bepaald antigeen tot expressie te brengen, het cytotoxisch T-lymfocytgeassocieerd antigeen-4 (CTLA-4).[7] Als men CTLA-4 blokkeert, staat er geen

Figuur Overleving bij melanoom



Bron: www.iknl.nl.

Tabel 1 Klinische stadiëring van het melanoom

AJCC-stadium	T	N	M
0	T in situ	N0	M0
IA	T1a (≤ 1 mm)	N0	M0
IB	T1b (≤ 1 mm)	N0	M0
	T2a (1-2 mm)	N0	M0
IIA	T2b (1-2 mm)	N0	M0
	T3a (2-4 mm)	N0	M0
IIB	T3b (2-4 mm)	N0	M0
	T4a (> 4 mm)	N0	M0
IIC	T4b (> 4 mm)	N0	M0
IIIA-C	Alle T	N1-3	M0
IV	Alle T	Alle N	M1

AJCC= American Joint Committee on Cancer. T = tumorgrootte, bepaald aan de hand van de breslowdikte en de ulceratie (a = geen ulceratie, b = ulceratie). N = kliermetastasen, bepaald naar het aantal aangedane klieren en microscopische kenmerken. M= metastasen op afstand.
Bron: www.oncoline.nl.

Abstract

Kruit WJH. Systemic treatment of cutaneous melanoma. Huisarts Wet 2013;56(3):124-8.

Melanomas are the malignant proliferation of melanocytes in skin, mucous membranes, or epithelia of the eye. The incidence of melanoma, and especially cutaneous melanoma, is increasing. Once metastatic there are no curative options. Until recently, chemotherapy with dacarbazine was the best option, even though results were disappointing. New insights into the genetic background of the immune response to tumours have led to the development of targeted therapies that promise a better prognosis. The BRAF inhibitor vemurafenib and the monoclonal anti-CTLA-4 antibody ipilimumab are the first agents to have completed preclinical testing, and further advances are continually being made. The new therapies, however, are accompanied by new side effects, some of which can be life threatening if not recognized in time. This makes it essential that general practitioners know about these potential side effects, and that patients with metastatic melanoma are closely monitored.

rem meer op de T-celactivatie en worden de T-lymfocyten hyperresponsief.

Ipilimumab is een volledig gehumaniseerd monoklonaal antilichaam dat specifiek bindt aan CTLA-4 en zo de werking ervan blokkeert.[8] Hierdoor nemen de activiteit en de proliferatie van T-lymfocyten toe en kan door de verhoogde werkzaamheid van het immuunsysteem het melanoom in regressie gaan.

Dat ipilimumab werkt, is inmiddels aangetoond in een tweetal klinische onderzoeken.[9,10] Het eerste was een gerandomiseerd fase-III-onderzoek bij patiënten die al behandeld waren voor gemetastaseerd melanoom en vergeleek ipilimumab met het peptidevaccin glycoproteïne 100 (gp100). Ipilimumab verlengde de mediane overleving tot 10,1 maanden (versus 6,4 maanden in de groep die alleen gp100 kreeg).[9] In de groep die ipilimumab (met of zonder gp100) had gekregen was na twee jaar nog 21,6-23,5% in leven, versus 13,7% in de groep die alleen gp100 kreeg. Een tweede fase-III-onderzoek vergeleek de combinatie ipilimumab + dacarbazine met de standaardbehandeling (alleen dacarbazine) in patiënten die nog niet eerder voor gemetastaseerd melanoom waren behandeld.[10] De mediane overleving in de ipilimumabgroep was significant beter (11,2 versus 9,1 maanden), wat wellicht niet erg indrukwekkend is, maar in de follow-up bleek dat na één, twee en drie jaar het aantal overlevenden in de ipilimumabarm steeds 10% hoger lag dan in de dacarbazinearm. Wel hebben eerste ervaringen duidelijk gemaakt dat het enige weken tot zelfs maanden kan duren voor het antitumoreffect van ipilimumab optreedt, en het kan zelfs voorkomen dat de metastasen aanvankelijk toenemen alvorens de activiteit van de tumorcellen afneemt.

Ipilimumab (handelsnaam Yervoy®) is inmiddels door de European Medicines Agency (EMEA) geregistreerd en mag ook in Nederland worden toegepast. Meestal krijgt de patiënt éénmaal per drie weken een intraveneuze dosis en wordt het effect na vier doses geëvalueerd. De bijwerkingen wijken nogal af van het gebruikelijke bijwerkingenprofiel van chemotherapeutica en hangen sterk samen met het werkingsmechanisme: het zijn auto-immuunverschijnselen en ze kunnen ernstig zijn. De meest voorkomende bijwerkingen zijn colitis met diarree, dermatitis, jeuk, uitval van endocriene organen (hypofysitis, thyreoïditis, adrenalitis), hepatitis en uveïtis. In zeldzame gevallen kan de colitis leiden tot darmperforatie.

Over het algemeen zijn deze bijwerkingen reversibel en goed te behandelen, vaak met corticosteroïden en een enkele maal met TNF-blokkers. Het is echter essentieel dat men ze tijdig herkent, en het is dan ook van groot belang dat de huisarts er kennis van heeft. Een opvallende bevinding is dat de immuungerelateerde bijwerkingen van ipilimumab rechtstreeks lijken samen te hangen met de antitumoractiviteit van het middel.

Vemurafenib blokkeert BRAF

Kanker ontstaat als de strikte controle op geordende en gereguleerde celdeling verstoord raakt. Bij het normale controleproces zijn veel eiwitten betrokken die een cascade van reacties in werking stellen, de zogeheten 'signaaltransductieroutes'. In kankercellen zijn die signaalcascades verstoord, zodat de cellen zich ongebreideld gaan delen en uitzaaien. De laatste jaren heeft men veel details van dit proces ontrafeld en is men allerlei nieuwe therapeutische mogelijkheden op het spoor gekomen. Een signaalcascade die in belangrijke mate verantwoordelijk is voor de proliferatieve en invasieve eigenschappen van melanoomcellen is het Ras-signaalnetwerk. Dit netwerk bestaat uit twee onderscheiden routes, namelijk die van het mitogeengeactiveerd proteïnekinase (MAP-kinase) en die van het fosfatidyl-inositol-3-kinase (PI3-kinase).[11]

Bij tot wel 90% van de huidmelanomen blijkt de MAP-kinaseroute geactiveerd te zijn door oncogene mutaties. Een van de onderdelen van deze signaalcascade is het serine/threonine-proteïnekinase B-raf. Een mutatie in het *BRAF*-gen kan leiden tot continue activatie van de MAP-kinaseroute, en daarmee tot sterke tumorcelproliferatie en oncogene activiteit. Bij ongeveer de helft van de melanomen treft men zo'n activerende mutatie aan. Men is daarom op zoek gegaan naar een middel dat alleen het gemuteerde *BRAF* remt, zonder effect te hebben op het normale (wildtype) *BRAF*, en uiteindelijk vond men de krachtige en specifieke BRAF-remmer vemurafenib. De eerste resultaten uit fase-I- en -II-onderzoek bij patiënten in stadium IV lieten responspercentages zien van meer dan 50%, en daarnaast bleef nog een aanzienlijk aantal patiënten stabiel. Slechts 10% van de patiënten reageerde niet op vemurafenib en toonde tumorprogressie. Na deze opvallende resultaten is vemurafenib in een groot gerandomiseerd fase-III-onderzoek vergeleken met de standaardchemotherapie (dacarbazine) in niet eerder systemisch behandelde stadium-IV-patiënten. De behandelingsresultaten met vemurafenib waren veel beter dan die met dacarbazine (responspercentage 48% versus 5%, progressievrije overleving 5,3 versus 1,6 maanden, mediane overleving 12,3 versus 8 maanden).[12]

Op basis van deze bevindingen heeft de EMEA vemurafenib (handelsnaam Zelboraf®) goedgekeurd voor de initiële behandeling van gemetastaseerde melanoompatiënten, als vervanging van dacarbazine. Vanwege zijn selectiviteit kan vemurafenib alleen toegepast tegen tumoren waarin de speciale BRAF-mutatie aanwezig is (ongeveer 50% kans). Daarom zal men voorafgaand aan de behandeling altijd eerst een test doen op het tumorweefsel. Als de mutatie afwezig is, komt de patiënt niet in aanmerking voor vemurafenib.

Vemurafenib moet oraal worden ingenomen. Het standaardschema is tweemaal daags 960 mg, continu te gebruiken. Het middel kan zeer snel werken, de tumorgerelateerde klachten verminderen of verdwijnen soms al binnen enkele dagen en metastasen kunnen al na een week aanzienlijk zijn geslonken.

Bijwerkingen zijn vermoeidheid, algehele malaise, pijnlijke spieren en gewrichten, exantheem, jeuk en gastro-intestinale klachten. Er kan zich hypertensie ontwikkelen of een bestaande hypertensie kan verergeren. Ook is de huid tijdens het gebruik van vemurafenib extreem gevoelig voor zonlicht, zelfs achter glas. De patiënt moet zich zeer goed tegen zonlicht beschermen (factor 50) om niet te verbranden. Een ander opval-

Tabel 2 **Aandachtspunten voor de huisarts**

Middel	Aandachtspunt	Actie
Dacarbazine	misselijkheid en braken	anti-emetica volgens vast schema, bijvoorbeeld metoclopramide 4 dd 10 mg
	koorts	overleg met oncoloog, cave leukopenie
Ipilimumab	ernstige diarree	direct overleg met internist-oncoloog in verband met risico op darmperforatie
	uitval van endocriene organen	bij tekenen van een (dreigende) adrenale crisis (dehydratie, hypotensie, shock) direct overleg met internist-oncoloog
	uveïtis	bij oogklachten laagdrempelig overleg met oogarts
	hepatitis, ernstige leverfunctiestoornissen	direct overleg met internist-oncoloog
Vemurafinib	hypertensie	behandelen, zo nodig overleg met internist
	vermoeidheid, malaise	geen behandeling mogelijk
	pijnlijke spieren en gewrichten	paracetamol zo nodig
	grote gevoeligheid voor zonlicht	zonlicht mijden, bescherming met factor 50
	ontwikkeling van plaveiselcelcarcinomen	bij nieuwe afwijkingen aan huid, mond en anus overleg met dermatoloog

lend verschijnsel is dat zich bij tamelijk veel patiënten (10-20%) plaveiselcarcinomen van de huid kunnen ontwikkelen. Deze kunnen zich voordoen als snel groeiende keratoacanthomen en moeten chirurgisch verwijderd worden.

Bij patiënten die onder behandeling zijn met vemurafenib is nauwkeurige controle van de huid dus belangrijk. Daarbij moet men ook bedacht zijn op afwijkingen aan cervix en anus, want deze organen zijn eveneens bedekt met plaveiselepitheel.

ROL VAN DE HUISARTS

Zoals gezegd brengen de *targeted therapies* geheel andere, en veel minder bekende, bijwerkingen met zich mee dan de gebruikelijke chemotherapieën. Soms zijn deze bijwerkingen ernstig, en als ze niet tijdig herkend worden kunnen ze levensbedreigend zijn. Daarom is enige kennis van de nieuwe behandelingen ook voor de huisarts van belang om eventuele bijwerkingen tijdig te kunnen herkennen. [**Tabel 2**] geeft een overzicht van de belangrijkste bijwerkingen en aandachtspunten bij de systemische behandeling van melanoom.

ONTWIKKELINGEN

De zoektocht naar nieuwe targeted therapies gaat inmiddels onverminderd door. Op het gebied van de immunotherapie onderzoekt men onder andere de receptor *programmed cell death protein 1* (PD-1). De PD-1-receptor komt tot expressie op geactiveerde T-lymfocyten en remt deze af zodat de immuunrespons tegen de tumor zwakker wordt. Men probeert nu een antilichaam te vinden dat de PD-1-receptor blokkeert en de afweer op peil houdt. Zo'n middel geeft hopelijk dezelfde of zelfs betere resultaten als ipilimumab, zonder de ernstige autoimmuniteitsverschijnselen. Inmiddels lopen er klinische onderzoeken naar PD-1-antilichamen. Verder hebben onderzoekers in de afgelopen jaren diverse andere tumorantigenen op melanoomcellen geïdentificeerd waartegen humorale en cellulaire immuunresponsen kunnen worden opgewekt die tot waarneembare tumorverkleining kunnen leiden.

Op het gebied van de signaaltransductieroutes zijn er naast vemurafenib ook andere tyrokinaseremmers in ontwikkeling (bijvoorbeeld MEK-inhibitoren), die een andere selectiviteit hebben of die inwerken op andere onderdelen van de MAP-kinaseroute. Dit kan belangrijk zijn voor melanoompatiënten bij wie de tumor geen mutatie heeft in *BRAF* maar in een ander gen, dat codeert voor een andere component van de cascade. Het kan ook belangrijk zijn voor patiënten met een *BRAF*-mutatie die resistent zijn geworden tegen vemurafenib. Er zijn al patiënten bij wie deze resistentie kon worden overwonnen door een tweede remmer met een ander aangrijpingspunt aan de behandeling toe te voegen.

Een andere mogelijkheid die momenteel onderzocht wordt, is het combineren van een immunologische behandeling met een BRAF-remmer. Het aantrekkelijke hiervan is dat de snel opkomende, maar soms kortdurende antitumorwerking van de BRAF-remmer kan worden ondersteund door de trage maar langer aanhoudende werking van het immunologisch werkende middel.

De meeste melanomen ontstaan in chronisch beschadigde huid, maar ook mucosale melanomen komen voor, al zijn deze zeldzaam. Mucosale melanomen hebben een andere ontstaanswijze, en BRAF-mutaties spelen zelden een rol. Ongeveer 20% van deze melanomen heeft mutaties in het enzym c-kit, dat betrokken is bij allerlei signaaltransductieroutes. De tyrosinekinaseremmer imatinib remt c-kit en heeft een grote reputatie opgebouwd bij de behandeling van gastro-intestinale stromaceltumoren en chronische myeloïde leukemie. Nu vastgesteld is dat c-kit ook een rol speelt in de groei van bepaalde melanomen, onderzoekt men de mogelijkheden van imatinib en andere c-kit-remmers bij melanomen waarin c-kit-mutaties aanwezig zijn.

CONCLUSIE

Gemetastaseerd melanoom liet zich tot voor kort nauwelijks behandelen. Er zijn de laatste jaren echter belangrijke ontdekkingen gedaan op het gebied van de oncogenese en het functioneren van het immuunsysteem bij melanomen. De nieuwe behandelingsvormen die daaruit zijn voortgekomen, hebben de vooruitzichten voor patiënten met gemetastaseerd melanoom al merkbaar verbeterd. Naar verwachting zal de behandeling van gemetastaseerd melanoom zich in de komende jaren stormachtig verder ontwikkelen. ■

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

LITERATUUR

1 Hollestein LM, Van den Akker SA, Nijsten T, Karim-Kos HE, Coebergh JW, De Vries E. Trends of cutaneous melanoma in The Netherlands: Increasing incidence rates among all Breslow thickness categories and rising mortality rates since 1989. Ann Oncol 2012;23:524-30.
2 Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, Thompson JF, Reintgen DS, Cascinelli N, et al. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: Validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. J Clin Oncol 2001;19:3622-34.
3 Wheatley K, Ives N, Hancock B, Gore M, Eggermont A, Suciu S. Does adjuvant interferon-alpha for high-risk melanoma provide a worthwhile benefit? A meta-analysis of the randomised trials. Cancer Treat Rev 2003;29:241-52.
4 Pirard D, Heenen M, Melot C, Vereecken P. Interferon alpha as adjuvant postsurgical treatment of melanoma: a meta-analysis. Dermatology 2004;208:43-8.
5 Mocellin S, Pasquali S, Rossi CR, Nitti D. Interferon alpha adjuvant therapy in patients with high-risk melanoma: a systematic review and meta-analysis. J Natl Cancer Inst 2010;102:493-501.
6 Agarwala SS. Current systemic therapy for metastatic melanoma. Expert Rev Anticancer Ther 2009;9:587-95.
7 Wolchok JD, Saenger Y. The mechanism of anti-CTLA-4 activity and the negative regulation of T-cell activation. Oncologist 2008;13 Suppl 4:2-9.
8 Movva S, Verschraegen C. The monoclonal antibody to cytotoxic T lymphocyte antigen 4, ipilimumab (MDX-010), a novel treatment strategy in cancer management. Expert Opin Biol Ther 2009;9:231-41.
9 Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. N Engl J Med 2010;363:711-23.
10 Robert C, Thomas L, Bondarenko, O'Day S, Weber J, Garbe K, et al. Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma. N Eng J Med 2011;364:2517-26.
11 Hocker TL, Singh MK, Tsao H. Melanoma genetics and therapeutic approaches in the 21st century: Moving from the benchside tot the bedside. J Invest Dermatol 2008;128:2575-95.
12 Chapman PB, Hauschild A, Robert C, Haanen JB, Ascierto P, Larkin J, et al. BRIM-3 Study Group. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. N Engl J Med 2011;364:2507-16.

INTERMEZZO

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

In het februarinummer van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning onder meer aandacht voor zorgpaden, het scherp instellen van het glucosegehalte en systematisch georganiseerde ouderenzorg.

ZORGPADEN EERSTE LIJN

Zorgpaden in de eerste lijn richten zich op wat er moet gebeuren, door wie en wanneer bij een bepaalde patiëntengroep. Elke patiënt doorloopt een op maat gemaakt zorgpad. Anke de Veer en haar mede-onderzoekers vroegen 231 praktijkondersteuners om een vragenlijst over het onderwerp zorgpaden in te vullen en hieruit bleek dat de meeste praktijkondersteuners het wenselijk vinden om in de eerste lijn met zorgpaden te werken. Zij verwachten dat dit leidt tot een betere taakverdeling en afstemming en een betere benutting van elkaar expertise. Wel denkt ruim de helft dat het de bureaucratie in de zorg vergroot.

GLUCOSEGEHALTE INSTELLEN

De afgelopen jaren is steeds duidelijker geworden dat het verlagen van het HbA1c tot < 7% lang niet in alle gevallen zinvol is. Het verlagen van een te hoog glucosegehalte verlaagt vooral de kans op microvasculaire complicaties die vaak pas na jaren ontstaan, niet de kans op sterfte. Intensivering van hyperglykemiebehandeling leidt echter wel tot significant meer hypo's. Guy Rutten geeft met voorbeelden aan waarom het tijd is om het beleid bij te stellen, zoals ook de herziene versie van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 zal doen.

SYSTEMATISCHE OUDERENZORG

De hulpverleners binnen de ouderenzorg werken niet systematisch, waardoor ze de zorgbehoeftes van ouderen onvoldoende onderkennen en te veel voorbijgaan aan de eigen regie en wensen van ouderen. In het Transitieproject van VUmc vormden huisarts en praktijkondersteuners samen een kernteam in de complexe zorg. De praktijkondersteuner coördineert als generalist en zet waar nodig specialistische expertise in. Samen met de huisarts blijft zij de patiënt volgen.

Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning verschijnt tweemaandelijks en kost € 77,00 per jaar. Heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschrift-praktijkondersteuning.nl. *Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736,* www.bsl.nl. ■

Marco Blanker, Irina Stirbu-Wagner, Wim Opstelten

Medicamenteus beleid bij mannen met mictieklachten

In de herziene NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen staan adviezen voor jongere (18 tot 50 jaar) en oudere mannen en zijn de medicamenteuze adviezen aangescherpt. Alfablokkers hebben de voorkeur, ondanks het beperkte effect van deze middelen ten opzichte van een placebobehandeling. Het gebruik van 5-alfa-reductaseremmers wordt nog steeds afgeraden wegens het beperkte klinische effect. Bij het voorschrijven van anticholinergica aan mannen ouder dan 65 jaar wordt terughoudendheid geadviseerd, vanwege het beperkte effect op klachten en het verhoogde risico op bijwerkingen in deze leeftijdsgroep.

Ter gelegenheid van de publicatie van de herziene standaard hebben we het medicamenteuze beleid van huisartsen bij mannen met mictieklachten geëvalueerd. Hiervoor hebben wij patiënten met frequente mictie, incontinentie en benigne prostaathypertrofie (BPH) geselecteerd uit de LINH-database. In deze patiëntengroep analyseerden we de prescriptie van alfablokkers, 5-alfa-reductaseremmers, anticholinergica en desmopressine. We maakten hierbij onderscheid tussen mannen van 18 jaar tot 50 jaar (nieuwe categorie in de herziene standaard) en mannen ouder dan 50 jaar (de doelgroep van de vorige standaard).

BEZOEK AAN DE HUISARTS

In 2011 hadden 290 mannen in de leeftijd van 18 tot 50 jaar en 2246 oudere mannen een geregistreerde episode met mictieklachten (ICPC-codes U02, U04 of Y85), wat neerkomt op respectievelijk 4,4 en 45,5 episodes per 1000 patiënten. Bij meer dan de helft van deze patiënten werd de diagnose BPH geregistreerd.

MEDICATIE

Het type geneesmiddel bleek afhankelijk van leeftijd en diagnose [**tabel**]. Alfablokkers zijn de meest voorgeschreven middelen bij BPH. Van de mannen ouder dan 50 jaar met BPH kreeg 51,8% een alfablokker en 18,5% een 5-alfa-reductaseremmer. Bij 7,9% werd een 5-alfa-reductaseremmers met een alfablokker gecombineerd. Anticholinergica werden vooral gebruikt bij urine-incontinentie. Van de mannen ouder dan 65 jaar met urine-incontinentie kreeg 19,5% een anticholinergicum. Huisartsen schreven nauwelijks desmopressine voor: slechts bij 0,3% van alle mannen met mictieklachten.

COMMENTAAR

De gepresenteerde cijfers moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. In onze analyse zijn alleen de recepten van huisartsen betrokken. Hierbij is een koppeling gemaakt tussen voorschriften en bestaande episodes. Wie de medicatie initieerde (huisarts of specialist) en wat de duur van de behandeling en klinische achtergrond van de patiënten waren, werd in onze analyse niet betrokken. Verwijzingen naar de specialist, medicatie van de specialist, onjuiste ICPC-coderingen en andere dan de genoemde geneesmiddelen zijn eveneens buiten beschouwing gelaten.

Toch denken wij dat deze cijfers in grote lijn overeenkomen met het beleid in de NHG-Standaard. Hoewel de NHG-Standaard hiervoor geen indicatie ziet, krijgt een op de vijf mannen met BPH toch een 5-alfa-reductaseremmer, van wie iets minder dan de helft in combinatie met een alfablokker. Het nut daarvan wordt ook betwijfeld, omdat combinatiebehandeling – zeker in het eerste jaar – niet effectiever is dan alfablokkerbehandeling alleen. Daarnaast werden relatief veel anticholinergica voorgeschreven aan mannen ouder dan 65 jaar met urine-incontinentie. De nieuwe NHG-Standaard adviseert hierbij terughoudendheid. Desmopressine werd slechts incidenteel voorgeschreven, hetgeen past bij het voorgestelde beleid in de herziene standaard. ■

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische medisch dossiers van ongeveer 100 deelnemende huisartsen. De praktijken binnen dit netwerk zijn representatief voor Nederland wat betreft patiëntenpopulatie, huisartsen- en praktijkkenmerken en geografische spreiding. LINH verzamelt op continue basis gegevens over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten/ verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (zie ook www.linh.nl).

Tabel Mannen met een episode 'mictieklachten' in 2011; aantallen prescripties zijn weergegeven als percentages van het totaal aantal patiënten en uitgesplitst naar type geneesmiddel, diagnose en leeftijd

	18-50 jaar			50 jaar en ouder		
Geneesmiddel (ATC-code)/Diagnose (ICPC)	Frequente mictie (U02)	Urine-incontinentie (U04)	BPH (Y85)	Frequente mictie (U02)	Urine-incontinentie (U04)	BPH (Y85)
Aantal patiënten	215	42	33	549	365	1332
Geen medicatie bij de huisarts	76,7	57,1	54,6	51,5	29,0	28,9
Alfablokker (G04CA)	6,5	2,4	36,6	25,5	6,8	51,8
5-alfa-reductaseremmer (G04CB)	0,9	0	0	4,2	3,0	18,5
Alfablokker met 5-alfa-reductaseremmer*	0,5	0	0	2,0	0	7,9
Anticholinergicum (G04BD)	7,4	23,8	3,0	15,5	20,5	5,3

* *subgroep van de 5-alfa-reductaseremmergroep.*

Aart Hendriks, Just Eekhof

NASCHOLING

Verzoek van medisch adviseur van verzekeraar om informatie

INLEIDING

In de dagelijkse praktijk krijgen huisartsen geregeld te maken met juridische problemen. De huisarts moet vragen beantwoorden als: mag een dochter het obductieverslag van haar overleden vader inzien? Hoe zit het met het recht van een gescheiden vader om het dossier van zijn kinderen in te zien? Wanneer is er bij lijkvinding sprake van een onnatuurlijke dood? Huisartsen zijn vaak niet op de hoogte van de juridische regels en de daarop betrekking hebbende KNMG-richtlijnen. In een serie 'Huisarts & recht' bespreken een gezondheidsjurist en een huisarts een aantal veel voorkomende juridische problemen waarmee huisartsen te maken krijgen.

VRAAG

Huisartsen ontvangen geregeld verzoeken om informatie over hun patiënten te verstrekken aan instanties, zoals verzekeringsmaatschappijen, UWV, CIZ, enzovoort. Soms is het de patiënt zelf die om informatie vraagt. Zo zijn er patiënten die graag een briefje van de huisarts willen om voorrang op de wachtlijst van huurwoningen te kunnen krijgen of om een vakantiereis zonder kosten te kunnen annuleren. Maar meestal is zo'n verzoek afkomstig van een ander. Medisch adviseurs werkzaam voor een schade- of letselverzekeraar – in het kader van bijvoorbeeld een aansprakelijkheids-, levens- of reisverzekering – weten vaak de huisarts te vinden. Op zich begrijpelijk – de patiëntgegevens waarover de huisarts beschikt zijn voor medisch adviseurs ongetwijfeld bruikbaar om op zorgvuldige wijze te kunnen adviseren over zaken als het toewijzen van een medische schadeclaim en de herstelkansen voor de toekomst. In dit verband kan het voor de medisch adviseur bijvoorbeeld relevant zijn of de verzekerde eerder bekend was met psychische problematiek of rugklachten voordat hij de verzekering aanging of de claim indiende. De vraag die hier centraal staat luidt in hoeverre de huisarts medewerking mag of moet verlenen aan dergelijke informatieverzoeken. Wat zijn de juridisch regels en valkuilen? Welke gegevens mogen wel en niet worden verstrekt? En mag een huisarts voor het verstrekken van informatie kosten in rekening brengen?

Het is (huis)artsen niet toegestaan om zonder toestemming van de patiënt medische gegevens te verstrekken aan anderen. Dit volgt uit het medisch beroepsgeheim, dat stevig ligt verankerd in wetgeving, (tucht)rechtspraak en beroepscodes. Het beroepsgeheim van de (huis)arts geldt ten opzichte van ieder ander die niet rechtstreeks bij de behandeling is betrokken. Ook de medisch adviseur van een verzekeraar moeten we zien als een 'ander'. Hoewel een medisch adviseur in de regel zelf ook arts is, en dus tevens een beroepsgeheim heeft, kan hij juridisch niet worden aangemerkt als een hulpverlener die bij de behandeling van de patiënt is betrokken (een zogenaamde 'medebehandelaar'). Sterker, een medisch adviseur is in het geheel niet betrokken bij de behandeling, maar voert in opdracht van een verzekeraar een beoordeling uit. Behandelen en beoordelen zijn geheel andere zaken. Huisartsen moeten zich dan ook strikt houden aan hun beroepsgeheim bij dergelijke verzoeken. Tegelijkertijd is het evident dat de verzekeraar in staat moet zijn een goede inschatting te maken van de juistheid en de hoogte van een schadeclaim. Dat zij zich in geval van medische schade laten bijstaan door medisch adviseurs, die op grond van hun beroepsgeheim de schadebehandelaars van de verzekeraar slechts in abstracto mogen adviseren, getuigt van zorgvuldigheid. Niettemin is het verstrekken van patiëntgegevens aan een medisch adviseur omgeven door juridische voetangels en klemmen. Reden om hier dieper op in te gaan.

Samenvatting

Hendriks AC, Eekhof JAH. Verzoek van medisch adviseur van verzekeraar om informatie. Huisarts Wet 2013;56(3):130-3.

Huisartsen ontvangen met enige regelmaat het verzoek van medische adviseurs van verzekeraars om informatie te verstrekken over een patiënt. De auteurs beschrijven in deze nascholing aan de hand van praktijkvoorbeelden en KNMG-richtlijnen onder welke voorwaarden een huisarts medewerking mag verlenen aan zo'n verzoek. Een gerichte vraag van de medisch adviseur en expliciete toestemming van de patiënt zijn altijd vereist. De huisarts moet voorts bedacht zijn op het verschil tussen een beoordelende verklaring over een eigen patiënt (niet toegestaan) en de feitelijke beantwoording van een vraag (toegestaan). Ook enkele andere valkuilen komen in deze nascholing aan bod.

Regels en valkuilen

Allereerst is van belang dat we in Nederland een strikt onderscheid maken tussen behandeling en beoordeling. Een

De kern

- De huisarts mag alleen met expliciete toestemming van de patiënt medische gegevens verstrekken aan een medisch adviseur van een verzekeraar.
- De medisch adviseur moet daartoe gerichte vragen stellen.
- De huisarts beperkt zich tot het beantwoorden van deze gerichte vragen en verstrekt daarbij slechts relevante medische informatie van feitelijke aard.
- De huisarts mag geen beoordelende informatie verstrekken over eigen patiënten.
- Voor informatieverzoeken gelden vaste tarieven.
- De KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010) bevatten de belangrijkste regels die huisartsen in acht moeten nemen.

Universiteit Leiden/LUMC, Instituut voor Publiekrecht, Staats- en Bestuursrecht, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Steenschuur 25, 2311 ES Leiden: prof.mr.dr. A.C. Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht en coördinator gezondheidsrecht KNMG. Dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, hoofdredacteur H&W • Correspondentie: a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

Tussen zijn dagelijkse stapeltje post vindt de 54-jarige huisarts Teun de Vries een brief van een verzekeringsmaatschappij. De medische adviseur wil graag informatie over het ziektebeloop van zijn patiënte, mevrouw Verdam van 45 jaar, die sinds enkele maanden vanwege rugklachten niet volledig haar werk kan doen. Bij nazoeken ziet de huisarts dat hij haar voor deze ziekte-episode driemaal heeft gezien. Hij heeft medicatie voorgeschreven en haar naar de fysiotherapeut verwezen.

Na de inleidende zinnen en een verwijzing naar de toestemmingsverklaring van de patiënt schrijft de medisch adviseur het volgende:

'Teneinde een zorgvuldige beoordeling te maken over de rugklachten van de patiënt, zou ik graag over nadere informatie beschikken. Gaarne zou ik derhalve antwoord krijgen op de volgende vragen:

- Wat zijn uw bevindingen? Wanneer zijn de klachten ontstaan en hoe is het verloop sindsdien?
- Hoe luidt de uitslag van eventueel verricht aanvullend onderzoek?
- Hoe luiden de diagnoses?
- Welke behandelingen heeft patiënt ondergaan en wat is uw huidige beleid?
- Hoe acht u de prognose?

Indien u beschikt over brieven van behandelende specialisten, zou ik deze graag willen inzien. In verband met termijnstelling zou ik u willen verzoeken zo spoedig mogelijk (binnen 4 weken) uw reactie te sturen.

Met collegiale hoogachting,

Drs. Van Veelen, verzekeringsarts'

behandelend arts mag in algemene zin geen beoordelingen doen, althans van patiënten die hij behandelt, terwijl een beoordelend arts de behandeling van een patiënt verder moet overlaten aan een behandelend arts. Dit onderscheid is onder andere ingegeven om het vertrouwen tussen een behandelend arts en een patiënt niet onder druk te zetten. Een behandelend arts die zijn eigen patiënt beoordeelt, bijvoorbeeld in het kader van een sport- of een rijbewijskeuring, kan de belangen van de patiënt schaden indien hij een negatief advies geeft. Dit kan vervolgens de vertrouwensrelatie ondermijnen. Bovendien loopt de behandelend arts het risico onvoldoende objectief te zijn. De KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010) adviseert behandelend artsen daarom dringend eigen patiënten niet te beoordelen [**kader**].

Een huisarts mag zijn beroepsgeheim doorbreken indien de patiënt hem daarvoor gerichte en expliciete toestemming geeft. Volgens de wet kan de patiënt zijn toestemming zowel mondeling als schriftelijk geven. In geval van een verzoek door een medisch adviseur is het overleggen van een schriftelijke machtiging, een ondertekende verklaring waarin de patiënt de medisch adviseur toestemming geeft informatie op te vragen, in de praktijk een harde eis. Zonder machtiging, met gerichte vragen en een expliciete vraag om toestemming, geen informatieverstrekking. Dat geldt ook bij telefonische beantwoording van een verzoek om informatie – er moet dan eerst een schriftelijke machtiging zijn. Deze regel geldt ter bescherming van de privacy van de patiënt, met als achterliggend doel te kunnen waarborgen dat iedereen zich vrijelijk en zonder vrees voor openbaarmaking van het toevertrouwde tot een arts kan wenden voor behandeling of advies.

De huisarts moet ervan overtuigd zijn dat het de patiënt zelf is die de machtiging heeft getekend. In geval van twijfel over de authenticiteit van bijvoorbeeld de handtekening is het verstandig bij de patiënt navraag te doen. De huisarts dient verder de overtuiging te hebben dat er sprake is van vrijwillige toestemming. Nu is vrijwilligheid ingeval van een verzekeringsclaim een relatief begrip: geen toestemming betekent al snel geen vergoeding door de verzekeraar. Niettemin moet de patiënt zich realiseren wat de eventuele gevolgen zijn van het verstrekken van informatie, zeker als de huisarts meer informatie geeft dan nodig is. Zo kan een verzekeraar, althans een medisch adviseur, aldus over allerlei andere zaken kennis verkrijgen, wat mogelijk van invloed is op de behandeling van toekomstige schadeclaims of verzoeken om aanpassing van de verzekeringspolis.

Bij gegevensverstrekking op verzoek van derden geldt *in algemene* zin het volgende:

- Bij een verzoek om informatie geeft de aanvrager aan met welk doel hij gegevens opvraagt en (indien van toepassing) over welke gegevens hij al beschikt. De aanvrager stelt voorts gerichte vragen aan de behandelend arts met betrekking tot de gegevens die hij wenst te verkrijgen.
- De behandelend arts beperkt zich tot het beantwoorden van de gerichte vragen waarbij hij slechts relevante medische informatie van feitelijke aard verstrekt. Op vragen van oordelende aard geeft een behandelend arts geen antwoord. De arts dient zich immers te onthouden van het geven van oordelen of conclusies.

Bron: KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010)

Mede vanwege deze achtergrond mag een huisarts volgens de eerder genoemde KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens alleen gerichte vragen beantwoorden. Uit de vraag moet duidelijk zijn met welk doel de medisch adviseur om informatie verzoekt en, voor zover van toepassing, over welke gegevens de medisch adviseur reeds beschikt. De behandelend (huis)arts hoeft bij de beantwoording van de vraag niet meer informatie te verstrekken dan strikt nodig. Een voorbeeld van een gerichte vraag is: 'Heeft verzekerde zich eerder tot u gericht in verband met concentratiestoornissen? Zo ja, wanneer was dat en wat was de aard van de klachten?' Een voorbeeld van een ongerichte vraag is: 'Kunt u mij een overzicht geven van alle gezondheidsklachten waarmee verzekerde zich de afgelopen drie jaar tot u heeft gericht?' of

Abstract

Hendriks AC, Eekhof JAH. Request for patient information by medical advisors of insurance companies. Huisarts Wet 2013;56(3):130-3.

General practitioners often receive requests for information about their patients from the medical advisors of insurance companies. This article provides information about the conditions under which GPs may provide this information, based on practical examples and the Royal Dutch Medical Association (KNMG) guideline. In all cases, there should be a clear request from the medical advisor and explicit approval from the patient. The GP should be aware of the difference between a judgmental statement about a patient (not permitted) and the factual response to a specific question (permitted). This article also covers a number of other pitfalls.

Geneeskundige verklaring
Het afgeven van een 'geneeskundige verklaring', waarin de huisarts verklaart dat de eigen patiënt wegens ziekte niet in staat was een vliegreis te maken geldt als een beoordeling en kan de huisarts in grote juridische problemen brengen. Het dringende advies is daarom aan huisartsen om geen geneeskundige verklaringen te verstrekken over eigen patiënten, maar dit zo nodig over te laten aan een onafhankelijk beoordelend arts. Om de patiënt uit te leggen waarom de (huis)arts niet de gewenste verklaring mag afgeven, heeft de KNMG zogenaamde *weigeringsbriefjes* opgesteld. Deze zijn in vier talen beschikbaar: Nederlands, Engels, Turks en Marokkaans. Het weigeringsbriefje is als bijlage opgenomen bij de Richtlijnen, maar kan ook los en kosteloos worden gedownload van de KNMG-site.
Bron: KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010)

'Stuurt u mij a.u.b. een afschrift van het gehele medisch dossier van verzekerde.' Volgens zowel de Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens als de (tucht)rechtspraak mag een huisarts dergelijke ongerichte vragen niet beantwoorden – de huisarts dreigt dan al snel, zonder toestemming, onevenredig veel informatie te geven. Zo'n brief mag per kerende post retour naar de afzender met de mededeling: 'Graag een gerichte vraag'.

De huisarts moet zich niet alleen beperken tot het beantwoorden van gerichte vragen, het antwoord mag voorts alleen voor de vraag relevante informatie bevatten die feitelijk van aard is. Met dit laatste bedoelt de richtlijn dat de (huis)arts de informatie objectief heeft vastgesteld en als zodanig heeft genoteerd in het medisch dossier, dan wel dat de informatie op te maken is uit andere vaststaande en in het dossier opgenomen gegevens (laboratoriumuitslagen, foto's, gegevens afkomstig van een medisch specialist). Daarbij is het niet de bedoeling dat de huisarts zich beperkt tot het kopiëren van op de vraag betrekking hebbende onderdelen uit het medisch dossier. Voor het tarief (zie beneden) dat de huisarts in rekening mag brengen, wordt van de huisarts verwacht dat hij moeite doet om relevante informatie te verstrekken waarmee de medisch adviseur echt iets kan, zonder de privacy van de patiënt onnodig te beperken. 'De patiënt klaagde over concentratiestoornissen' (subjectief) is niet vanzelfsprekend hetzelfde als 'de patiënt heeft concentratiestoornissen' (objectief). Huisartsen krijgen verder het dringende advies om geen informatie van oordelende aard te geven, zoals een opvatting over het herstelgedrag of een inschatting van de herstelkansen. Zie het bovenstaande over geneeskundige verklaringen. Een huisarts mag zich ook niet laten verleiden tot het stellen van een prognose als dat geen behandeldoel dient, zoals een beoordeling.

Het is bekend dat medisch adviseurs zich graag bedienen van 'standaardvragen', zoals: 'Kunt u meer vertellen over de toedracht en het tijdsbeloop van de bovengenoemde aandoening(en)?' of: 'Kunt u aangeven welk onderzoek u hebt gedaan bij bovengenoemde aandoening(en) (kunt u kopieën van de uitslagen van deze onderzoeken meesturen)' [**casus**]. Dit soort vragen kan men nauwelijks als 'gericht' aanmerken en de patiënt kan dan evenmin expliciete toestemming geven. Het is niet aan de medisch adviseur om (standaard) de onderzoeksmethoden van een huisarts te toetsen, laat staan de daarop betrekking hebbende gegevens op te vragen. De te verstrekken informatie moet naast 'gericht' ook 'noodzakelijk' zijn. Indien niet aan die voorwaarden is voldaan, verstrekt de huisarts de gegevens niet of hij vraagt om een nadere toelichting.

Is een huisarts bij een verzoek van een medisch adviseur van een verzekeraar om patiëntgegevens gehouden desgevraagd of eigener beweging bijlagen toe te voegen, bijvoorbeeld een kopie van een specialistenbrief of een uitdraai van de voorgeschreven medicatie? De wetgeving, rechtspraak, de Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens en andere richtlijnen laten zich hierover niet expliciet uit. In het algemeen zal gelden dat indien de huisarts de gestelde vraag via het verstrekken van feitelijke informatie kan beantwoorden, het meesturen van bijlagen niet nodig is – en daarom ook achterwege moet blijven. Deze bijlagen kunnen bovendien meer informatie bevatten dan nodig voor de beantwoording van de gerichte vraag.

Vormt de privacy van anderen een reden om af te zien van het meesturen van bijlagen? Dat kan het geval zijn als de bijlage ook informatie bevat over bijvoorbeeld de naasten van de patiënt. De privacy van een ander kan zelfs reden zijn om de patiënt inzage in en een kopie van het betreffende onderdeel van het dossier te weigeren. Dat een specialistenbrief de naam van de specialist bevat is geen reden om van verstrekking af te zien. Zo'n brief is bedoeld om de huisarts te informeren over de behandeling of het ontslag van een patiënt. Deze brief hoort thuis in het dossier van de patiënt. De specialist moet weten dat de patiënt in beginsel recht heeft op inzage en afschrift van alle dossierstukken, dus ook van specialistenbrieven, en dat de huisarts die brieven met toestemming daarom ook kan doorsturen. De mededeling 'niet toegestaan door te sturen naar verzekeraar', die psychiaters in het verleden veelvuldig aan hun brieven toevoegden, heeft daarom geen waarde. De huisarts kan de specialistenbrief zo nodig ook in afschrift meesturen bij een informatieverzoek van een medisch adviseur van een verzekeraar. De huisarts hoeft de specialist hierover niet apart te informeren.

Moet een huisarts de gevraagde informatie kosteloos verstrekken? Dat is niet het geval. Voor de telefonische en schriftelijke beantwoording van informatieverzoeken gelden vaste tarieven. In 2012 bedroegen deze tarieven € 19,23 in geval van telefonische beantwoording en € 38,45 bij schriftelijke beantwoording. De meest recente tarieven zijn te vinden op de site van de LHV.

Voor een huisarts kan er een moreel dilemma ontstaan indien de patiënt voorafgaand aan de adviesaanvraag heeft gevraagd om vernietiging van bepaalde delen van het dossier, evident met als doel om de beantwoording van informatievragen door een verzekeraar in een voor de patiënt gunstige richting te beïnvloeden. Bijvoorbeeld het verzoek van een patiënt om alle informatie met betrekking tot een hernia te verwijderen, terwijl de patiënt is uitgevallen bij het werk wegens rugklachten. Indien de huisarts dan feitelijke informa-

tie moet verstrekken, zou hij op basis van het dossier moeten antwoorden dat de patiënt zich niet eerder met rugklachten heeft gemeld en dat hierover ook anderszins niets is gebleken. Een huisarts die aldus antwoordt, zal al snel het gevoel krijgen zich medeplichtig te maken aan bedrog. Hoewel een arts geen opsporingsambtenaar is, gaat het (te) ver te verwachten dat hij zich laat gebruiken om een verzekeraar op het verkeerde been te zetten. Daarmee dient de huisarts geen gerechtvaardigd belang van de patiënt. Wat is dan wijsheid? Wij adviseren de huisarts in dergelijke gevallen contact op te nemen met de patiënt om dit punt te bespreken. De huisarts kan de patiënt dan voorhouden dat hij niet in staat is deze vraag op basis van het huidige medisch dossier waarheidsgetrouw te beantwoorden. Indien de patiënt de huisarts geen toestemming geeft alsnog mededeling te doen van klachten uit het verleden, doet de huisarts er verstandig aan zich van beantwoording te onthouden. Hij kan dan melden dat hij de vraag niet kan beantwoorden vanwege een in dit opzicht onvolledig dossier.

Volledigheidshalve kan een huisarts een patiënt er altijd op wijzen dat deze recht heeft op een afschrift van het volledige medisch dossier, minus stukken die de privacy van anderen betreffen. De patiënt kan dan zelf bepalen welke gegevens hij wel of niet wenst te verstrekken aan de (medisch adviseur van de) verzekeraar. Hierbij past evenwel de waarschuwing dat het beroepsgeheim en de vertrouwelijkheid van de arts-patiëntrelatie zo makkelijk kunnen worden uitgehold. Een arts doet er goed aan een patiënt hierop te wijzen. Het is in ieder geval niet de bedoeling dat instanties aan de patiënt vragen om, met een beroep op hun recht op afschrift, een heel dossier aan ze te doen toekomen.

BESCHOUWING

De regels over het verstrekken van patiëntgegevens aan de medisch adviseur van een verzekeraar zijn ingewikkeld. De belangrijkste regels staan evenwel in de KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010). Uitgangspunt van deze richtlijnen is dat verstrekking van patiëntgegevens door een (huis)arts aan een ander alleen mag plaatsvinden op basis van expliciete, liefst schriftelijke toestemming van de patiënt zelf, naar aanleiding van gerichte vragen. Maar ook met de nadrukkelijke toestemming van de patiënt mag men van de huisarts verwachten dat hij uiterst behoedzaam handelt, niet in de laatste plaats ter waarborging van de toegankelijkheid van de zorg en ter bescherming van de belangen van de patiënt. Van een huisarts verwacht men verder dat hij weet dat hij alleen gerichte vragen mag beantwoorden en dat die antwoorden uitsluitend feitelijke informatie mogen bevatten. Dit geldt zowel bij mondelinge (zoals telefonische), als schriftelijke beantwoording. De huisarts mag zich niet laten verleiden tot het doen van een beoordeling van een eigen patiënt, laat staan tot het verstrekken van een geneeskundige verklaring. De huisarts moet dat overlaten aan een onafhankelijk en deskundig beoordelend arts.

Wetgeving, (tucht)rechtspraak en richtlijnen bieden niet over alle zaken helderheid. Dit betreft bijvoorbeeld de vraag of een huisarts ook afschriften van specialistenbrieven mag verstrekken. Hiertegen bestaan geen principiële bezwaren, al lijkt dit zelden noodzakelijk en is het in die gevallen daarom niet toegestaan. Hoewel er evenmin regels bestaan over de verantwoordelijkheid van een arts bij pogingen van de patiënt de verzekeraar te misleiden, neemt men aan dat de huisarts zich hiervoor niet hoeft te laten lenen.

Informatieverstrekking kan zowel telefonisch als schriftelijk plaatsvinden. Voor beide vormen van afhandelen van informatieverzoeken geldt een apart, vast tarief.

CONCLUSIE

- Voor het ingaan op een verzoek om gegevensverstrekking door een medisch adviseur van een verzekeraar is de expliciete toestemming van de patiënt nodig. Dit vraagt bij voorkeur om schriftelijke toestemming ('machtiging').
- De huisarts moet het verstrekken van gegevens beperken tot het beantwoorden van gerichte vragen, waarbij hij slechts relevante medische informatie van feitelijke aard verstrekt. De huisarts mag geen uitspraken doen over prognoses die geen behandeldoel dienen.
- De huisarts onthoudt zich van oordelen of conclusies over eigen patiënten. Het verstrekken van een geneeskundige verklaring met daarin een (waarde)oordeel over de (on)geschiktheid van een eigen patiënt geldt als een beoordeling, die niet past bij een behandelend arts. De huisarts laat dit over aan een onafhankelijk beoordelend arts.
- Voor het behandelen van informatieverzoeken gelden vaste tarieven.
- De belangrijkste regels inzake het verstrekken van patiëntgegevens aan de medisch adviseur van een verzekeraar staan in de KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010). ■

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

LITERATUUR

1 KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010). Te vinden op: http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Richtlijnen-inzake-het-omgaan-met-medische-gegevens-2010.htm

RELEVANTE (TUCHT)UITSPRAKEN

2 CTG 11 juni 2009, nr. 2008/056, *Stcrt*. 2009, 14413
3 Te vinden op:https://zoek.officielebekendmakingen.nl/zoeken/Staatscourant.
4 RTG Eindhoven 21 juli 2010, nr. 09233, *LJN* YG0445
5 Te vinden op: http://tuchtrecht.overheid.nl/nieuw.

PRAKTISCHE INFORMATIE

6 Weigeringsbriefjes: http://knmg.artsennet.nl/Diensten/artseninfolijn/FAQ-Praktijkdilemmas/Casus-Artseninfolijn/Mag-ik-als-behandelend-arts-een-geneeskundige-verklaring-afgeven-t.b.v.-eigen-patienten.htm.
7 Tarieven voor beantwoording vragen medisch adviseur: http://lhv.artsennet.nl/Praktijkvoering/financien-en-administratie/Honorering-en-tarieven/Tarieven-huisartsenzorg-2012.htm.
8 Voor verdere gezondheidsrechtelijke of ethische vragen (alleen voor KNMG-leden): KNMG Artseninfolijn. Telefoon: 030 – 282 33 22 (maandag t/m vrijdag: 8.30-17.00 uur). E-mail: artseninfolijn@fed.knmg.nl.

Jacqueline de Groot, Ad de Jongh, Peter Leusink

Geen zin meer in seks? Denk aan psychisch trauma!

INLEIDING

Voor de meeste mensen is de huisarts een van de eerst aangewezen personen om te consulteren voor een probleem op het gebied van de seksualiteit.[1] De incidentie van seksuele disfuncties in de huisartsenpraktijk is voor vrouwen 60 en voor mannen 132 per 100.000 ingeschreven patiënten per jaar.[2] Recent Nederlands onderzoek laat zien dat 19% van de mannen en 27% van de vrouwen last heeft van één of meer seksuele disfuncties, dat wil zeggen een verstoring van het seksueel functioneren.[3] Volgens ander recent onderzoek heeft ongeveer 11-13% van de seksueel actieve Nederlandse mannen (15-71 jaar) en 31-42% van de vrouwen minstens eenmaal in het leven te maken gehad met een vorm van fysiek seksueel geweld.[4] Mensen die gedurende hun jeugd fysiek grensoverschrijdend seksueel gedrag hebben meegemaakt, hebben bijna tweemaal zoveel kans op een seksuele disfunctie,[2] dus de huisarts zal met enige regelmaat patiënten zien bij wie de seksuele disfunctie is ontstaan door een dergelijke geschiedenis. Vaak is schaamte de reden dat de werkelijke oorzaak niet boven tafel komt.[5]

Uit het eerder aangehaalde onderzoek komt als globaal beeld naar voren dat van de vrouwen die geen respectievelijk wel ervaring hadden met seksueel geweld voor hun 16e jaar, 20% respectievelijk 36,8% een seksueel probleem had; voor mannen was dit respectievelijk 17,9% en 30,8%. Andersom heeft ruim 18% van de mannen en zelfs ruim 53% van de vrouwen met een seksuele disfunctie ooit seksueel fysiek geweld meegemaakt. De kans bij vrouwen is dus fors groter dan bij mannen.[3]

Het doel van deze klinische les is de huisarts erop attent te maken dat een seksueel probleem het gevolg kan zijn van seksueel geweld of van een andere negatieve, ingrijpende ervaring op seksueel gebied. Hoe kun je de problematiek herkennen, wat kun je uitvragen en naar wie kun je het best verwijzen? Bij een psychisch trauma is gerichte verwijzing noodzakelijk. Aan de hand van een casus geven we een voorbeeld van een traumagerelateerde aanpak door een gespecialiseerde psycholoog-seksuoloog.

Samenvatting

De Groot J. De Jongh A, Leusink P. Geen zin meer in seks? Denk aan psychisch trauma! Huisarts Wet 2013;56(3):134-7.

Seksuele problemen kunnen vele oorzaken hebben, zowel biologische als psychosociale. Bij het inventariseren daarvan moet de huisarts er rekening mee houden dat een deel van de patiënten seksueel misbruik kan hebben doorgemaakt of andere negatieve ervaringen kan hebben gehad, al dan niet op seksueel gebied. In dat geval kan de huisarts, in aanvulling op de reguliere seksuologische behandeling, de patiënt verwijzen naar een psycholoog-seksuoloog NVVS voor een aanpak die primair gericht is op de verwerking van deze negatieve ervaringen. Deze klinische les beschrijft het spectrum van seksuologische problemen en geeft aan in welke gevallen een traumagerelateerde behandeling zinvol kan zijn. De behandeling wordt geïllustreerd aan de hand van een casus waarbij gebruik werd gemaakt van *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR).

BESCHOUWING

De meest gerapporteerde seksuele klachten bij mannen zijn voortijdig orgasme (10%) en erectieproblemen (8%), en bij vrouwen problemen met lubricatie (12%) en orgasme (11%).[3] Een behoorlijk deel van de mensen met seksuele functieproblemen (39% van de mannen en 46% van de vrouwen) heeft meer dan één seksuele disfunctie.[3] Een negatieve seksuele ervaring kan aanleiding geven tot een scala aan fysieke klachten, waaronder hoofd- en buikpijn[7] en urologische of gynaecologische (pijn)klachten, soms zo ernstig dat zij ook het dagelijks functioneren beperken.[8] Daarnaast spelen vaak ook psychische en contextuele factoren een rol in het ontstaan of de instandhouding van de problemen. Het is dan ook belangrijk in de diagnostische fase goed na te gaan welk aandeel somatische en psychosociale factoren hebben in de predispositie, de luxatie en de instandhouding van de seksuele disfunctie [**tabel 1**]. Meestal volstaat een anamnese door de huisarts, maar soms is specialistische hulp aangewezen.[9]

Opvallend in de beschreven casus is de jonge leeftijd waarop patiënte zich presenteerde met een voorstadium van een cervixcarcinoom. Men zou hier kunnen denken aan een zeer vroeg opgelopen papillomavirus.[10]

De kern

- Als een patiënt bij de huisarts komt met een seksueel probleem, is de kans tamelijk groot dat het probleem is ontstaan door seksueel geweld of een andere ingrijpende negatieve seksuele ervaring.
- Bij patiënten met een seksuele disfunctie moet men altijd doorvragen of een voorafgaande gebeurtenis de klachten kan verklaren.
- Blijkt een negatieve seksuele ervaring inderdaad de oorzaak van de seksuele disfunctie, dan moet de behandeling gericht zijn op de verwerking van het trauma.
- Voor deze behandeling is verwijzing naar een psycholoog-seksuoloog NVVS geïndiceerd.

Praktijk voor Seksuologie, Tilburg/Psychologische praktijk Westerduin en Van Dijk, Berkenwoude/Gezondheidcentrum Gordelweg, Voorburgstraat 14, 3037 PM Rotterdam: J.E.C. de Groot, psycholoog-seksuoloog NVVS. Universiteit van Amsterdam/Vrije Universiteit, Academisch Centrum Tandheelkunde, Amsterdam/Salford University, School of Health Sciences, Manchester (UK): prof.dr. A. de Jongh, GZ-psycholoog, bijzonder hoogleraar Angst- en gedragsstoornissen. Groene Hart Ziekenhuis, polikliniek Seksuologie, Gouda: P. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS • Correspondentie: jacqudegroot@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

Een 25-jarige vrouw heeft sinds twee jaar geen zin meer in seks met haar partner, met wie ze de afgelopen zes jaar een relatie had. Ze raakt nauwelijks meer opgewonden en kan niet meer tot een orgasme komen. Aan deze vermindering van seksueel verlangen is een aantal negatieve gebeurtenissen voorafgegaan. Op haar 16e heeft ze een negatieve seksuele ervaring gehad. Via het internet kreeg ze contact met een Franse jongen. Ze zocht hem op en had de eerste nacht gemeenschap met hem. De volgende dag had ze spijt van haar ontmaagding, het deed pijn en het was niet zoals ze zich had voorgesteld. De herinnering aan deze gebeurtenis heeft nog altijd een emotionele lading. Een andere nare seksuele ervaring had ze twee jaar geleden toen ze seks had met haar partner. Nadat ze tijdens het vrijen tot een orgasme was gekomen verloor ze plotseling veel bloed. Aanvankelijk dacht ze dat ze ongesteld was, maar korte tijd later verloor ze opnieuw bloed na een orgasme tijdens het vrijen. Bij nader onderzoek bleek ze een voorstadium van baarmoederhalskanker te hebben, waarvoor ze is behandeld. Na een aantal controles kreeg patiënte te horen dat alles in orde was, maar ze heeft weinig zin meer om te vrijen. Door de onbevredigende seks is de spanning in de relatie toegenomen. Na twee jaar heeft haar huisarts haar verwezen naar een psycholoog-seksuoloog NVVS.

Onderzoek aan de hand van het *Diagnostic and statistical manual* (DSM-IV-TR) wijst uit dat cliënte voldoet aan alle criteria voor seksueel verminderd verlangen (302.7) en orgasmestoornis (302.73). Tevens is er sprake van een posttraumatische stressstoornis (309.81).

Omdat er een duidelijke samenhang is tussen gebeurtenissen en klachten kiest de behandelaar voor een traumagerelateerde behandeling met behulp van *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). Doel van de behandeling is de emotionele intensiteit van de herinneringen aan de traumatische gebeurtenissen, te weten de ontmaagding door haar Franse ex-vriend en de bloedingen na een orgasme, te verminderen.[6]

Na twee zittingen geven deze herinneringsbeelden geen emotionele lading meer. Tijdens de vierde zitting geeft cliënte aan dat zij nog altijd het gevoel heeft als een steen in bed te liggen tijdens het vrijen. Zij realiseert zich dat ze bang is een orgasme te krijgen uit angst voor een nieuwe bloeding. Bovendien heeft ze angst dat er nu toch echt baarmoederhalskanker wordt geconstateerd. Het geheugenbeeld waarop te zien is dat haar vriend haar oraal probeert te bevredigen, terwijl zijzelf verkrampt naar het plafond ligt te staren in de hoop dat het snel voorbij zal zijn, geeft een emotionele spanning van 8 op een schaal van 0 tot 10. Door middel van EMDR daalt de spanning bij dit beeld naar 0. Tijdens de vijfde behandelzitting geeft ze aan dat ze weer zin heeft in seks en zelfs tot een orgasme zou kunnen komen. Het gevoel als een steen in bed te liggen, is verdwenen.

Na de EMDR-behandeling volgt nog een zesde zitting waarbij ook de partner aanwezig is, met als doel de seksuele relatie te verbeteren. Het paar leert communiceren over seks, en dat draagt ertoe bij dat het vertrouwen binnen hun seksuele relatie terugkeert.

Zoals de casus laat zien, kan onderzoek naar psychosociale factoren leiden tot de vaststelling dat de klachten zijn veroorzaakt door seksueel misbruik, een verkrachting of andere negatieve (seksuele) ervaringen. In de casus ging het om een vrouw, maar het is verstandig ook bij mannen rekening te houden met de mogelijkheid dat de seksuele disfunctie het gevolg is van een doorgemaakt psychisch trauma. Seksueel misbruik, verkrachting en andere vormen van seksueel geweld grijpen diep in in het leven van degenen die ermee te maken krijgen en leiden vaak tot angst, ontreddering, hulpeloosheid en een hardnekkig schuldgevoel. Niet zelden ontwikkelt het slachtoffer angst voor herhaling van de genitale pijn tijdens penetratie, of een gevoel van falen bij het verlies van een erectie. De angstige anticipatie op een hernieuwde negatieve seksuele ervaring leidt doorgaans tot een lichamelijke respons die op zijn beurt aanleiding geeft tot vermijdend of juist ontremd gedrag op seksueel gebied, hetgeen de kans op het ontwikkelen van een seksuele disfunctie verhoogt. Dit proces kan zich voordoen wanneer de patiënt wordt geconfronteerd met stimuli die de traumatische herinneringen activeren en daardoor de toentertijd aanwezige gedachten en gevoelens opnieuw beleeft.

Tabel 1 Enkele veelvoorkomende gevolgen van traumatische of anderszins negatieve gebeurtenissen op seksueel gebied

Seksuele disfuncties	vaginisme
	dyspareunie
	verminderd seksueel verlangen
	orgasmestoornis
	erectiestoornis
	ejaculatio praecox
	urogenitale pijn
Psychische stoornissen en klachten	posttraumatische stressstoornis
	angstklachten
	depressieve klachten
	persoonlijkheidsproblemen (bijvoorbeeld borderline persoonlijkheidsstoornis)
	verstoorde lichaamsbeleving
	■ boulimia nervosa
	■ anorexia nervosa
	■ body dysmorphic disorder
Fysieke klachten	urologische klachten
	gynaecologische klachten
	pijnklachten in het vaginale gebied

PTSS

Wanneer de betrokkene na het gebeurde last krijgt van spontane, indringende beelden (herbelevingen), situaties en zaken vermijdt die herinneringen aan het gebeurde oproepen en extreem schrikachtig wordt, dan is de kans groot dat er sprake is van een posttraumatische stressstoornis (ptss). [**Tabel 2**] geeft een overzicht van de klachten op basis waarvan de diagnose PTSS gesteld wordt. In vergelijking met andere traumatische ervaringen scoort seksueel geweld hoog als oorzaak van PTSS. Van de volwassenen die ooit is verkracht, ontwikkelt ongeveer

Abstract

De Groot J. De Jongh A, Leusink P. Not interested in sex? Think of mental trauma. Huisarts Wet 2013;56(3):134-7.

Sexual problems can have several causes, both biological and psychosocial. During the investigation, the general practitioner should bear in mind that some patients with sexual problems may have been abused sexually or have had other unpleasant experiences, sexual or otherwise. In such cases the patient should be referred to a psychologist-sexologist for treatment that is primarily focused on the processing of negative (sexual) experiences, in addition to conventional sex therapy. This article describes the spectrum of sexual problems and indicates in which cases trauma therapy might be useful. This is illustrated by means of a case in which eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) was used.

Tabel 2 Klachten behorende bij PTSS (DSM-IV-TR)

Traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd
■ akelige dromen of nachtmerries
■ voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt
■ intens psychisch lijden bij blootstelling aan stimuli die gerelateerd zijn aan het trauma
■ fysiologische reactie bij blootstelling aan stimuli die gerelateerd zijn aan het trauma
Aanhoudend vermijden van prikkels die gerateerd zijn aan het trauma
■ pogingen gedachten of gevoelens behorend bij het trauma te vermijden
■ pogingen mensen, plaatsen of activiteiten te vermijden die gerelateerd zijn aan het trauma
■ onvermogen zich belangrijke aspecten van het trauma te herinneren
■ verminderde belangstelling voor het deelnemen aan belangrijke activiteiten
■ gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
■ beperkt spectrum van gevoelens
■ het gevoel een beperkte toekomst te hebben.
Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid
■ moeite met inslapen of doorslapen
■ prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
■ moeite met concentreren
■ overmatige waakzaamheid
overdreven schrikreacties

Tabel 3 Criteria waaraan patiënten moeten voldoen voor traumagerichte therapie

1	Er is sprake van symptomen of klachten die op een of andere manier lijdensdruk veroorzaken.
2	De symptomen of klachten zijn te herleiden naar één of meer aanwijsbare beschadigende gebeurtenis(sen) in het verleden van de persoon. De klachten zijn bijvoorbeeld na deze gebeurtenissen begonnen of zijn merkbaar verergerd
3	Het opzettelijk in gedachten oproepen van (aspecten van) de gebeurtenis roept ten minste enige voelbare spanning op; of bepaalde stimuli roepen een emotionele reactie op die mogelijkerwijs te verklaren is door de activatie van een herinnering aan een negatieve (bijvoorbeeld seksuele) ervaring

36% gedurende het leven een PTSS.[11] Bovendien blijkt ongeveer de helft van de slachtoffers van een verkrachting later opnieuw slachtoffer te worden van verkrachting, hetgeen het risico op het ontwikkelen van PTSS verder verhoogt.[12]

PTSS is een invaliderende aandoening waarvoor gerichte professionele hulp onontbeerlijk is. De rol van de huisarts bestaat dan ook vooral uit het vroegtijdig opsporen en doorverwijzen van de patiënt. Een gerichte behandelaanpak vermindert de kans op het ontstaan van somatische ziekten en verlicht het geestelijk lijden.[13]

Uit onderzoek blijkt dat seksueel geweld en andere negatieve ervaringen op seksueel gebied niet alleen aanleiding kunnen geven tot PTSS, maar ook tot andere psychische ziektebeelden die een stuk minder gemakkelijk te herleiden zijn tot het doorgemaakte trauma.[12] Een van deze vaak moeilijk te herkennen klachtenpatronen is verstoorde lichaamsbeleving. Sommige patiënten hebben het gevoel dat hun lichaam een object is geworden; zij zijn zich niet of nauwelijks bewust van lichamelijke sensaties. Ze ervaren hun lijf als lelijk of vies, hebben veel schaamtegevoelens en hebben het idee dat ze nauwelijks zeggenschap over hun lichaam hebben omdat er van alles met hen gedaan is waar ze geen controle over hadden. Bij deze patiënten is er naast lichamelijke en fysieke klachten vaak sprake van agressief gedrag.[14]

ROL VAN DE HUISARTS

Het is dus belangrijk dat de huisarts nagaat of de klachten het gevolg kunnen zijn van een negatieve (seksuele) ervaring. Gerichte vragen kunnen uitsluitsel geven: 'Wanneer zijn deze klachten begonnen?', 'Heeft u ooit nare dingen meegemaakt op het gebied van de seksualiteit?' en: 'Welke gebeurtenis heeft tot deze klachten geleid?'

Als de patiënt vervolgens emotioneel reageert en aangeeft dat de problemen inderdaad zijn begonnen na een bepaalde gebeurtenis, dan is het doorgaans niet verstandig om meteen al dieper op de nare herinnering in te gaan. Doorvragen zou het trauma kunnen reactiveren, hetgeen voor de patiënt onprettig is en voor de huisarts geen extra informatie oplevert. Het is verstandiger de patiënt door te verwijzen naar een (gz-)psycholoog of psychotherapeut met kennis en ervaring op het gebied van traumabehandeling. De specifiek seksuologische problematiek zal daarbij ook vragen om de expertise van een seksuoloog NVVS.

TRAUMAGERICHTE AANPAK SEKSUELE PROBLEMEN

De reguliere oefentherapie (waaronder bekkenbodemtherapie), die doorgaans gericht is op de specifieke disfunctie, heeft niet altijd het gewenste effect wanneer het seksueel disfunctioneren is ontstaan als reactie op een psychisch trauma. In die gevallen is het wenselijk eerst het onderliggende trauma, dat wil zeggen de herinneringen aan deze negatieve gebeurtenis, te verwerken en de weg vrij te maken voor aanvullende seksuologische interventies. Wetenschappelijk het best onderbouwd zijn cognitief-gedragstherapeutische interventies.[15] De cognitief-gedragstherapeutische benadering gaat ervan uit dat aangeleerde angst (faalangst) een belangrijke belemmering is voor het op gang komen van de genitale respons. Zij richt zich dan ook op reductie van de angst en opheffing van het vermijdingsgedrag.[16] [**Tabel 3**] beschrijft de criteria waaraan de patiënt moet voldoen om voor een dergelijke behandeling in aanmerking te komen.[12]

Twee veelgebruikte methoden om traumatische ervaringen aan te pakken, zijn *imaginary exposure* en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). In dit artikel beperken we ons tot EMDR omdat deze methode in Nederland veruit het meest wordt toegepast bij PTSS,[16] en ook wordt aanbevolen in de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*.[17] EMDR is een geprotocolleerde behandelprocedure die erop is gericht herinneringen aan de beschadigende gebeurtenissen te verzwakken (te 'desensitiseren'). De methode wordt in het algemeen als relatief weinig emotioneel belastend ervaren[18] en uit diverse meta-analyses blijkt het een effectieve behandeling voor zowel acute als chronische traumatisering. Een eenmalig trauma kan met behulp van EMDR in gemiddeld drie zittingen zodanig worden verwerkt dat patiënten niet meer aan de criteria voor PTSS voldoen.[19]

CONCLUSIE

Een betrekkelijk groot deel van de Nederlandse bevolking krijgt gedurende het leven te maken met fysiek seksueel geweld.[4] Slachtoffers van een dergelijke ervaring hebben tweemaal zo vaak last van een seksuele disfunctie als mensen die geen seksueel geweld hebben meegemaakt.[4] Daarom moeten huisartsen er alert op zijn dat een seksuele disfunctie het gevolg kan zijn van één of meer schokkende seksuele ervaringen. De hier beschreven casus geeft een voorbeeld van hoe een op het trauma gerichte behandeling het verminderde seksueel verlangen met succes kon herstellen bij een cliënte met PTSS. Met behulp van EMDR verdwenen de PTSS-klachten na vijf zittingen.

De zesde zitting illustreert dat de behandeling van seksuologische disfuncties verder strekt dan alleen de traumaverwerking, maar vaak ook een specifiek seksuologische aanpak vereist.[15] Traumabehandeling is slechts één van de instrumenten uit het therapeutisch arsenaal van de psycholoog-seksuoloog NVVS. ■

LITERATUUR

1 Picavet C, Tonnon S, Franssens D, Wijsen C. Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen. Tijdschrift voor Seksuologie 2012;36:3-11.
2 Kedde H, Donker G, Leusink P, Kruijer H. The incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general practitioners. Int J Sex Health 2011;23:269-77.
3 Kedde H. Seksuele disfuncties in Nederland: Prevalentie en samenhangende factoren. Tijdschrift voor Seksuologie 2012;36:98-108.
4 De Haas, S. Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. Tijdschrift voor Seksuologie 2012;36:136-45.
5 Moll S, Dinant G, Mestmakers J, Knottnerus J. Verschillen in incidentie van (gewelddadige) traumatische gebeurtenissen in de nationale registratiesystemen, enquêtes onder de bevolking en studies van huisarts: Een overzicht van de literatuur. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;19:1308-14.
6 De Jongh A, Ten Broeke E, Meijer S. Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. Journal of EMDR Practice and Research 2010;4:12-21.
7 Walsh K, Dilillo D, Messman-Moore T. Lifetime sexual victimization and poor risk perception: Does emotion dysregulation account for the links? J Interpers Violence 2012;27:3054-71.
8 Kok R, Matthijsen A, Marijnissen, R. Psychische gevolgen bij ouderen van seksueel misbruik in hun jeugd. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:905-8.
9 Leusink P. Hoe werkt seks: Het afscheid van libido. Bijblijven 2011;27:9-13.
10 Bekkers RL, Massuger LF, Bulten J, Melchers WJ. Epidemiological and clinical aspects of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. Rev Med Virol 2004;14:95-105.
11 Zinzow H. Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47:893-902.
12 De Jongh A, Ten Broeke E. Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V., 2013.
13 Van Ree J, De Vries M. Praktische huisartsgeneeskunde: Psychiatrie. Houten: BSL, 2007.
14 Loeb TB, Williams JK, Carmona JV, Rivkin I, Wyatt GE, Chin D, et al. Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. Annu Rev Sex Res 2002;13:307-45.
15 Van Lankveld J, Ter Kuile M, Leusink P. Seksuele disfuncties, diagnostiek en behandeling. Houten: BSL, 2010.
16 Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychology after rape. Am J Psychiatry 2004;161:1483-5.
17 Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-instituut, 2003.
18 Van Minnen A, Hendriks L, Olff M. When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. Behav Res Ther 2010;48:312-20.
19 Bisson J, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2007;190:97-104.

Nico van Duijn

INTERMEZZO

Injecties

Er wordt veel geïnjecteerd in mensen, met verdoving, corticosteroïden, botox of met acupunctuur, zonder iets te injecteren. Bij zenuwpijn injecteer ik weleens lidocaïne, lokale verdoving, tegen die zenuw aan. Soms gebeurt er iets raars. Dan komt die zenuwpijn minder ernstig terug als de verdoving is uitgewerkt. Een enkele keer is de zenuwpijn zelfs helemaal verdwenen. Dat klopt niet. Ik denk dan maar dat zo'n zenuw zich heeft vergist met pijnsignalen afgeven zonder reden. De pijn blijft rondzingen. Na de verdoving wordt die suffe zenuw wakker en stopt met die onzin van pijnsignalen geven. Laatst heb ik een verdovende injectie gegeven bij nummelaire hoofdpijn, een raadselachtige muntgrote pijnplek bovenop het hoofd, waar geen behandeling voor bekend is. De injectie hielp blijvend. Ik snap daar niets van.

Dit is ook geprobeerd bij mensen met hemicrania, een zeldzame hoofdpijnsoort. Als de standaardbehandeling met indomethacine niet werkt, dan injecteerden de onderzoekers een verdovende injectie in de achterhoofdzenuw. Dat hielp soms. Dat is raar, want hemicrania is helemaal geen aandoening van de achterhoofdzenuw. Even raar is acupunctuur, naaldjes steken in je linkervoet voor oorpijn. De naaldjes zetten op de verkeerde plek, placebo-acupunctuur, werkt trouwens even goed. 'Dry needling' is weer wat anders. Daarbij wordt een naaldje gestoken op pijnlijke plekken. Dat werkt ook.

Er is dus iets bijzonders aan de hand met naalden en injecties. Misschien maakt het niet uit wat je injecteert – water (2 ct), lidocaïne (10 ct), diclofenac (28 ct), corticosteroïd (€ 5,50) of botox (€ 50,-). Misschien helpt het prikken zelf even goed, zonder iets te injecteren. Misschien schudden we zo het pijnsysteem wat door elkaar. We 'resetten' het pijnsysteem door er een prik in te geven. Bij een vastgelopen computer doen we dat ook: domweg aan- en uitzetten. Niemand snapt hoe dat werkt. Maar het helpt. Geneeskunde is een praktisch vak. ■

INTERVIEW

‘Screening op depressie is niet zinvol’

Vorig jaar zomer promoveerde Karin Wittkampf op haar proefschrift *Suffering in silence. Studies about screening for major depressive disorder in primary care*. In een interview vertelt ze over haar bevindingen die van belang zijn voor het dagelijks werk van de huisarts.

Enthousiast

Al in 2004 raakte Wittkampf betrokken bij onderzoek op het gebied van haar promotieonderwerp. ‘Ik was destijds als aio verbonden aan de afdeling Stemmingsstoornissen bij Psychiatrie. Tijdens mijn studie wist ik namelijk al wel dat ik de kant van de wetenschap op wilde. Ook had ik altijd al belangstelling voor psychische klachten. Ik deed mijn stageonderzoek dus bij de afdeling Psychiatrie, waarbij het ging om “de tweede stap”, ofwel: als de eerste pil niet werkt, wat moet je dan doen? Op de afdeling werd ik enthousiast gemaakt voor stemmingsstoornissen en zo raakte ik betrokken bij dit onderzoek, dat samen met de afdeling Huisartsgeneeskunde werd opgepakt. Destijds twijfelde ik nog of ik me verder zou specialiseren tot huisarts of tot psychiater. Gaandeweg werd het antwoord duidelijk: ik ben te pragmatisch om psychiater te worden, en misschien ook wat te ongeduldig. Ik vind het wel prettig om niet altijd te hoeven praten, maar ook dingen te kunnen doen; dan is het huisartsenvak heel fijn. Ook omdat je als huisarts mensen vaak gewoon beter kunt maken. Na twee jaar onderzoek als aio bij Psychiatrie begon ik dus aan mijn huisartsenopleiding en werd ik aiotho.’

‘Het volledige onderzoek was gericht op een groot *disease management* programma’, vervolgt Wittkampf. ‘Hierbij werd aan de huisartsenpopulatie waar iets mee aan de hand was een screeningsprogramma en vervolgens behandeling aangeboden. Dus: hoe spoor je patiënten met een depressieve stoornis op? Hoe krijg je ze in behandeling? En welke behandeling is dan effectief? Mijn onderzoeksdeel was alleen gericht op het eerste deel : de te screenen populatie, de screening zelf en de diagnostiek. Uit onderzoeken in het verleden wisten we al dat screening van de gehele populatie én van de huisartsenpopulatie te weinig opleverde, daarom wilden wij onderzoeken wat de effectiviteit was van screening bij een verhoogd risico op depressie.’

Hoge prevalentie

Wittkampf rekende drie groepen patiënten tot de hoogrisicopopulatie: ‘Daar was destijds nog geen literatuur over; we moesten zelf op basis van *common sense* en literatuur bedenken in welke groepen we moesten gaan zoeken naar depressieve stoornissen. Pas later kwam in Engeland een richtlijn die grotendeels dezelfde patiënten aanwees. Wij includeerden patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, de “veelkomers” en mensen met psychosociale problemen bij wie geen psychiatrische diagnose was gesteld. Uiteraard was er in deze groepen veel overlap.’

In deze drie hoogrisicogroepen screende Wittkampf vervolgens met behulp van de *Patient Health Questionnaire* op depressieve, paniek-, angst- en somatoforme stoornissen. ‘De diagnose werd vervolgens gesteld met de *Structural Clinical Interview for Axis I Disorders*. Maar liefst iets meer dan een kwart van deze hoogrisicopatiënten had inderdaad een van deze stoornissen. En in de groep met somatisch onverklaarde klachten had zelfs 43 procent een stoornis. Dat is dus echt heel erg veel!’

Weigering van behandeling

Het onderzoek van Wittkampf richtte zich hierna op alleen de depressieve stoornissen, voorkomend bij 12,6 procent van de gescreende patiënten. Zij kwam tot de conclusie dat screening op depressieve stoornissen bij hoogrisicopatiënten niet zinvol is. Heeft zij hiervoor een verklaring? ‘In ons onderzoek kregen mensen een vragenlijst toegestuurd en als de uitkomsten daartoe aanleiding gaven, kregen ze een diagnostisch interview aangeboden met een voor hen niet-vertrouwd persoon. Heel veel patiënten die voldeden aan de criteria voor een depressieve stoornis weigerden vervolgens behandeling. De screening leverde daardoor te weinig op. Maar het is de vraag of je als eigen huisarts van de patiënt niet veel meer succes zou boeken. Met het bekende tweesporenbeleid kun je wellicht de patiënt er toch van overtuigen dat er misschien iets psychisch aan de hand is. Ook kun je dan je aanpak beter aanpassen aan de behoefte van de patiënt. Die is misschien zo 1. 2, 3 nog niet toe aan een psychische benadering, maar dan kun je als huisarts na een paar weken daar nog eens voorzichtig op terugkomen. Waarschijnlijk accepteren meer patiënten dat dan wel.’

Handen in het haar

Ook al is screening niet effectief, toch vindt Wittkampf haar bevindingen wel degelijk interessant voor de huisarts. ‘Het is goed om te weten dat er onder je veelkomers en patiënten met somatisch onverklaarde klachten zoveel mensen zijn met psychische stoornissen. Want als huisarts ben je vaak heel veel tijd

kwijt aan deze mensen en het is erg lastig om je relatie met hen goed te houden. Huisartsen zitten soms echt met hun handen in het haar bij deze patiënten. Dan is het nuttig om je te realiseren dat een kwart van hen een in potentie behandelbare psychische stoornis heeft.'

Problemen van de minister

Wittkampf vermoedt dat ook andere screeningsprogramma's weinig effectief zijn, getuige een stelling bij haar proefschrift, die luidt: *Een wetenschappelijke toetsing van alle screeningsprogramma's aan de criteria van Wilson en Jungner en het vervolgens stopzetten van programma's met onvoldoende kosteneffectiviteit, zou kunnen bijdragen aan het oplossen van de bekostigingsproblemen van Minister Schippers*. Kan Wittkampf dit toelichten? 'Tja, screenen is heel hip! Maar heel veel programma's zijn niet goed onderzocht en toch ingevoerd. In de literatuur staat altijd dat screening moet voldoen aan de criteria van Wilson en Jungner, maar dit is niet overal het geval. Misschien omdat andere belangen meespelen. Misschien ook omdat er roep is vanuit de samenleving, want mensen voelen zich veilig als ze af en toe worden gescreend.'

Effectiviteit van behandeling

Een zeer groot deel van de patiënten bij wie na de screening een depressieve stoornis werd gediagnosticeerd, weigerden dus behandeling. Maar als zij deze behandeling wel ondergingen, was deze dan effectief? Wittkampf: 'Wij berekenden dat zes à tien patiënten moeten worden behandeld om één patiënt te genezen. Tot voor kort dachten we dat behandeling met SSRI's heel effectief was, maar nu weten we dat dit dubieus is. In elk geval is het effect ervan niet beter dan van psychotherapie.'

En weten we al meer over het natuurlijk beloop bij depressieve klachten? 'Dat is heel lastig hard te maken. Je weet niet of iemand opknapt door de psychotherapie of dat het vanzelf ook beter zou zijn gegaan. Volgens onderzoek in de tweede lijn knapt 40 tot 60 procent van de patiënten op door psychotherapie, maar over de populatie in de eerste lijn is niet veel bekend. Wel weten we dat de huisarts goed is in het opsporen van patiënten met een ernstige depressie. De mensen die je extra ontdekt via screening hebben veelal een mildere depressie en daarvan is het beloop gunstiger. Het is dan ook maar de vraag of je deze groep met mildere depressieve klachten wel moet gaan behandelen.'

De eigen aanpak

Wat is de aanpak van Wittkampf zelf bij haar patiënten bij wie ze een psychiatrische stoornis vermoedt? 'Ik richt me in eerste instantie altijd nadrukkelijk op de klacht zelf en doe daar goed onderzoek naar. Dan vraag ik in hoeverre de klacht invloed heeft op het dagelijks leven. Op die manier kan ik me vaak een beeld vormen hoe iemand functioneert. Ik vraag de patiënt terug te komen om te bespreken hoe het met de klachten gaat en kaart dan aan of er misschien ook andere oorzaken kunnen zijn. Zo probeer ik iemand een poosje te volgen. Je hoopt dat bij de patiënt uiteindelijk het kwartje gaat vallen. Sommige patiënten zijn niet erg geneigd om te praten over hun gevoelens, zorgen en angsten en dan geef ik wel eens een Patient Health Questionnaire mee. Daaraan is handig dat ook lichamelijke klachten worden uitgevraagd; patiënten denken dan niet meteen: Oh, ze vindt dat het tussen mijn oren zit.

Samenwerking is eveneens belangrijk. In onze HOED zijn ook psychologen werkzaam en het is goed om met hen van te voren de problematiek van de patiënt door te spreken. Ik heb wel eens meegemaakt dat een patiënt naar mij werd terugverwezen om te kijken of er echt geen lichamelijke oorzaak was voor zijn buikpijn. Het is goed als zo'n psycholoog weet dat je dat heus al helemaal hebt uitgezocht, anders werk je langs elkaar heen.'

Gesprekken en medicatie

Verwijst Wittkampf altijd haar patiënten of doet zij ook zelf de begeleiding van depressieve stoornissen? 'Meestal start ik zelf met de gesprekken, afhankelijk van wat er speelt. Bij ernstige depressieve klachten stuur ik de patiënt wat eerder door naar de psycholoog.'

En schrijft Wittkampf regelmatig antidepressiva voor? 'Nee, dat doe ik niet zo gauw, Ik heb niet de ervaring dat antidepressiva heel goed werken, althans niet bij deze wat mildere klachten. Overigens staat nu ook in alle richtlijnen dat je geen antidepressiva moet voorschrijven bij milde depressie. Zelf zie ik medicatie als derde stap: eerst probeer ik de patiënt zelf te begeleiden, dan komt verwijzing voor cognitief gedragstherapie in beeld en pas daarna komen antidepressiva. Dat ook omdat het zo lastig is de patiënt weer van de pillen af te krijgen. Patiënten met een ernstige depressie hebben mogelijk eerder baat bij medicatie, maar dan komt ook sneller een psychiater in beeld.'

Een echte huisarts worden

Wittkampf heeft een hectische tijd achter de rug. Ze was in december 2011 klaar met de huisartsenopleiding en nam in juni 2012 een praktijk over bij een HOED in Amstelveen. Diezelfde maand vond ook haar promotie plaats. Hoe ziet ze haar toekomst nu het stof een beetje begint neer te dalen? 'Er is in elk geval even geen ruimte voor verder onderzoek, want het blijkt een hele klus om de zorg in de praktijk naar mijn eigen hand te zetten. Gelukkig heb ik heel leuke collega's, die hetzelfde denken over de zorg als ik en bereid zijn kritisch naar de eigen handelwijze te kijken. Maar ik moet eerst zelf maar eens een "echte huisarts" worden. Pas daarna kan ik me een oordeel vormen over wat eventueel zou moeten veranderen en kan ik ideeën opdoen vanuit de praktijk. Ik wil in de toekomst waarschijnlijk wel weer wat meer verdieping, maar ik zou echt nog niet weten wat en hoe. Misschien wil ik wel bij het NHG gaan werken, of weer terug naar de universiteit. Maar ik sluit ook de onderwijskant niet uit, want ook dat vind ik leuk. Dat is allemaal langetermijnplanning; voorlopig ben ik hier nog lang niet uitgewerkt!' ■

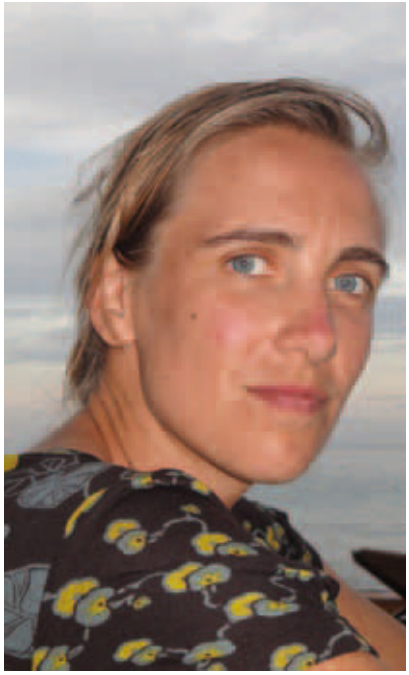
Ans Stalenhoef

COLUMN

Een nieuwe lente

In het jaar 2000 begon ik met de opleiding geneeskunde. Binnenkort, over twee weken om precies te zijn, ben ik niet meer in opleiding. Dat voelt bevrijdend en beangstigend tegelijk. Bevrijdend omdat ik na dertien jaar genoeg ben beoordeeld, voldoende leerdoelen heb geformuleerd en onderhand weleens voor 'vol' wil worden aangezien. Beangstigend omdat ik niet meer kan terugvallen op een opleider, een opleidingsinstituut en al die professionals die zich om mij en mijn opleiding bekommeren. Toch geeft het feit dat ik alle toetsen met goed gevolg heb afgelegd me vertrouwen. En ik ben wat afgetoetst de afgelopen 13 jaar, ook tijdens de opleiding tot huisarts. Van alle toetsen zal vooral de consultvoeringstoets me bijblijven.

Er zijn meerdere toetsingsmomenten om de huisarts-in-opleiding te beoordelen, zoals: landelijke huisartsentoetsen, presentaties op de universiteit, functioneren tijdens de diensten en het beoordelen van consulten die op video zijn opgenomen. Dit laatste noemt men de consultvoeringstoets. Het is een leerzame manier van beoordelen, maar soms ook lastig. Het besef dat de camera draait geeft een mate van zelfbewustzijn die de consultvoering soms in de weg kan zitten. Aan de andere kant heb ik op mijn video's de meest bruikbare kritiek gehad gedurende mijn opleiding.



In oktober moesten de derdejaars huisartsen-in-opleiding hun consultvoeringstoets inleveren bij de docenten van de universiteit. Dit is een van de laatste beoordelingen van de opleiding. De bedoeling is dat het spreekuur een uur lang wordt vastgelegd op film. Het is niet toegestaan om van meerdere dagen een 'the best of' film te maken, omdat er dan geen objectief beeld kan worden gevormd. Tevens moeten er in minstens twee consulten complexe problematiek aan bod komen. Met complexe problematiek worden chronische patiënten, patiënten met psychiatrische comorbiditeit of tegengestelde belangen van arts en patiënt bedoeld. Uiteraard moet van te voren worden gevraagd of de patiënt akkoord gaat met het vastleggen van het consult. Ik kreeg het idee dat naast je consultvoering ook je organisatiecapaciteiten werden getoetst, want het is nog een hele opgave om dit allemaal in een uur spreekuur voor elkaar te krijgen.

Ik besloot om op een vrijdagmiddag de toets op te nemen. Een paar patiënten die op de spreekuurlijst stonden kende ik al en ik had er vertrouwen in dat dit een goede toets zou opleveren. Alleen twijfelde ik over de eerste patiënt. Dit was een werkloze man van middelbare leeftijd die matig Nederlands spreekt, depressief is en waarbij het lastig is structuur in het consult te krijgen. Het is een hele opgave om de regie te houden en duidelijk te krijgen wat hij nu precies wil. Hij had me ook al een aantal keer onaangenaam verrast door op het einde van het consult een niet te negeren nieuwe klacht te melden. Zoiets als pijn op de borst of suïcidale gedachten. Kortom, niet het ideale consult om op te worden beoordeeld. Maar met de complexiteit zou het wel goed komen. Ik besloot om het consult op te nemen en duidelijk mijn structuur aan te houden. Dit lukte aanvankelijk aardig totdat de patiënt op het eind wederom een nieuwe derde klacht introduceerde. Er volgde een onvruchtbare discussie over het maken van een nieuwe afspraak voor deze klacht. Uiteindelijk verliet de patiënt mijn spreekkamer nadat we zijn derde klacht ook hadden besproken. Het voelde alsof ik een wedstrijd had verloren.

Ik zou later wel bedenken of ik het consult zou inleveren. Eerst maar verder met mijn spreekuur. De tweede patiënt was een vrolijke puber samen met haar moeder. Ze had een duidelijke klacht en het consult verliep soepel. Ik wilde aanvullend onderzoek voor haar aanvragen maar de formulieren lagen niet meer in mijn la. Nadat ik het consult had afgerond, liep ik samen met moeder en dochter naar de assistente om het formulier mee te geven. Bij het weggaan gaf de moeder mij een stevige hand en zei dat ze me zo'n prettige dokter vond. Ik glimlachte en moest de vraag onderdrukken of ze dat voor de camera wilde herhalen.

De andere consulten waren weer een uitdaging. Eén patiënte bleef ongerust over de steken in haar borst en de laatste barstte midden in het consult in tranen uit. Maar de consulten verliepen uiteindelijk prima. Deze consultvoeringstoets confronteerde me weer met de grote variatie die er in een middagspreekuur kan zitten. Ik leverde met een tevreden gevoel de toets in, met die complexiteit zou het wel goed komen. Na een week kreeg ik mijn beoordeling terug. Ook deze laatste toets was gehaald. Men had er vertrouwen in dat ik over een paar maanden klaar zou zijn voor het echte werk. Dan ga ik het zelf doen zonder toetsen en camera. En ik heb er zin in! ■

Siri Visser

Siri Visser is derdejaars aios en bijna aios af.

KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Boonen, 30 jaar, belt de praktijk. Zij heeft voor de komende week een oproep ontvangen voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Zij is drie maanden geleden bevallen en geeft borstvoeding. Ze vraagt aan de assistente of ze het uitstrijkje nu kan laten maken. Ze heeft geen klachten. De assistente antwoordt dat (1) het geven van borstvoeding geen reden is het uitstrijkje uit te stellen, maar (2) de duur na de bevalling wel.

1. Het advies na (1) is correct.

2. Het advies na (2) is correct.

Na enkele weken komt de uitslag: Pap 1, waarbij er geen endocervicale cellen zijn gezien. De assistente legt uit dat vanwege het ontbreken van deze cellen het uitstrijkje na een jaar herhaald moet worden.

3. Deze termijn is correct.

Moeder komt met haar zes weken oude dochtertje Sofie op het spreekuur. Sofie heeft al drie weken last van afscheiding uit beide ogen, waardoor de oogleden dichtgeplakt raken. Na inspectie stelt de huisarts de diagnose dacryostenose. De huisarts legt uit dat de doorgankelijkheid van de traanbuisjes nog niet goed is. De huisarts raadt aan om (1) de traanzakjes enkele malen per dag te masseren. De huisarts vertelt dat het bij deze aandoening raadzaam is om spontaan herstel af te wachten (2) tot Sofie een jaar oud is.

4. De leeftijd waarop de klachten zijn ontstaan past bij de diagnose dacryostenose.

5. Het advies na (1) is correct.

6. De termijn na (2) is correct.

De heer Ramlal, 49 jaar, komt op het spreekuur omdat hij graag wil weten of hij behandeld moet worden voor zijn hoge bloeddruk. De huisarts inventariseert zijn risicoprofiel. Hij rookt niet en drinkt niet. Hij eet gezond, maar beweegt nauwelijks. De familieanamnese is negatief voor hart- en vaatziekten. Zijn bloeddruk is bij herhaalde metingen 185/85. De totaal cholesterol/HDL-ratio is 6,1; de nuchtere glucose is 5,6 mmol/l. Zijn tienjaarsrisico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten komt met de SCORE-risicofunctie op 4%. De huisarts vertelt hem dat (1) medicatie voor de bloeddruk nu niet nodig is. Wel geeft hij de heer Ramlal bewegingsadviezen. Hij legt uit dat uit onderzoek is gebleken dat het bewegingsadvies volgens de huidige norm (= 5 keer per week, 30 minuten per dag) de tensie verlaagt en (2) het cholesterol verlaagt.

7. De bewering na 1 is correct.

8. De bewering na 2 is correct.

De huisarts legt een visite in het verzorgingshuis af bij de 64-jarige heer Van Marrewijk. Hij hoest sinds vier dagen groen sputum op, heeft een temperatuur van 38,3°C en is kortademig. Zijn medisch dossier vermeldt een matig ernstig COPD (Gold II). Na onderzoek stelt de huisarts de diagnose exacerbatie COPD. Ze overweegt onder andere om hem antibiotica voor te schrijven. Correcte argumenten om hier een antibioticum voor te schrijven zijn:

9. - het ophoesten van groen sputum;

10. - de temperatuur van de heer Van Marrewijk.

De antwoorden staan op pagina 148.

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.

Just Eekhof

SPREEKUUR

Zweten

WAT IS HET PROBLEEM?

De patiënt komt op het spreekuur omdat hij klachten heeft van overmatig zweten of van de reuk. Hij kan last hebben van vochtplekken in de kleren, verkleuring van kleding of huidirritatie. Soms is de patiënt gestuurd door zijn omgeving. Hij kan ook bang zijn dat de omgeving hem ruikt. In ernstige gevallen kan dit leiden tot vermijdingsgedrag of sociaal isolement. Meestal heeft de patiënt al verschillende zelfzorgproducten geprobeerd. Hij wil graag van de klacht af. Voor de huisarts is het soms lastig een goed advies geven, zeker omdat hij weet dat het probleem vaak tijdelijk is en lokale middelen of botuline-injecties maar beperkt effect hebben.

WAT MOET IK WETEN?

Er zijn twee soorten zweetklieren. De eccriene klieren spelen een rol bij de regulatie van de lichaamstemperatuur. Bij een hoge buitentemperatuur of bij koorts wordt door uitscheiding van zweet de oppervlakte van de huid nat waardoor het lichaam makkelijker afkoelt. De apocriene klieren bevinden zich niet over het gehele lichaam, maar in bepaalde regio's van de huid (oksels, anus en areola mammae). Zij verspreiden de bekende zweetgeur. De apocriene klieren ontwikkelen zich in de puberteit onder invloed van geslachtshormonen. Wanneer zweet stankklachten geeft, betreft het meestal hyperhydrose van de apocriene zweetklieren.

Mensen verschillen sterk in de mate waarin ze transpireren bij warmte, inspanning, infectieuze aandoeningen en climacterium. Hetzelfde geldt voor de beleving: wat de een normaal vindt, ervaart de ander als te veel (aan vocht of geur).

De geur van zweet verschilt: zweetvoeten ruiken anders dan 'okselgeur'. Op het moment van afscheiden is zweet geurloos, maar onder invloed van lokale huidbacteriën worden ruikbare aromatische korteketenvetzuren gevormd.

De oorzaak van hyperhydrose is niet goed bekend. Het kan al dan niet in aanvallen voorkomen bij nervositeit, thyreotoxicose, hypoglykemie, shock, tuberculose, maligniteiten (ziekte van Hodgkin), alcoholisme en gebruik van medicijnen (tricyclische antidepressiva, SSRI's).

Wanneer voor medicamenteuze behandeling wordt gekozen, komt lokale behandeling met aluminium(hydroxy)zouten het eerst in aanmerking. In onderzoek was aluminiumchloride effectief bij axillaire en palmaire hyperhidrose. Het middel veroorzaakt een mechanische obstructie in de zweetklierkanaaltjes en atrofie van de secretiecellen. Van de orale behandelingsmethoden is alleen van oxybutynine een gunstig effect aangetoond. Van andere middelen die bij menopauzale *flushes* worden gebruikt (clonidine en anticholinergica), is de werkzaamheid tegen hyperhydrosis niet aangetoond.

Botuline-injecties zijn zeer effectief gebleken bij hyperhydrose, maar het effect is tijdelijk. Botuline blokkeert de afgifte van acetylcholine en verhindert de neuromusculaire prikkeloverdracht van de sympathische zenuwen die de zweetklieren innerveren. Het wordt intradermaal of subcutaan ingebracht, verdeeld over tien tot vijftien injecties. Het anhidrotische effect wordt in twee tot vier dagen bereikt en blijkt in 90% effectief. Het effect is echter na vier tot zes maanden verdwenen, de injectie kan dan eventueel worden herhaald.

Het effect van biofeedbacktraining, hypnotherapie of ontspanningstherapieën is niet goed onderzocht.

WAT MOET IK DOEN?

Vraag de patiënt waar hij de meeste hinder van heeft. Schrijf bij milde klachten (25-90% van de gevallen) aluminiumhydroxychloride voor (FNA, antizweetvloeistof FNA, 20%-oplossing in cetomacrogolcrème). Dit heeft meestal voldoende effect. De patiënt kan het middel naar wens dagelijks tot wekelijks aanbrengen. Vermeld dat huidirritatie kan optreden (branderigheid, roodheid, jeuk). Schrijf bij onvoldoende effect eventueel oxybutynine voor. Dit middel geeft ook een vermindering van de palmaire, axillaire en plantaire zweetproductie. Het middel is overigens niet voor deze indicatie geregistreerd.

Verwijs de patiënt bij onvoldoende effect van deze maatregelen desgewenst naar de huidarts voor botuline-injecties. Overweeg bij ernstige, resistente gevallen van hyperhidrosis axillaris een chirurgische ingreep, zoals thoracale sympatectomie en subcutane excisie van de axillaire zweetklieren.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Adviseer de patiënt zich regelmatig te wassen met zeep waarna zeepresten goed moeten worden afgespoeld. Adviseer ook goed afdrogen, eventueel okselontharing, frequent schone kleding aantrekken, het dragen van katoenen of wollen sokken en het vermijden van synthetische kleding. Dit kan bijdragen aan vermindering van de klachten.

Voor jonge mensen is het zeer geruststellend om te weten dat de aandoening in de loop der jaren vrijwel zeker zal verdwijnen. Vegetatieve disbalans komt in de puberteit ook in andere opzichten voor. Een vergelijking met blozen, dat ook zeer hinderlijk is maar meestal in de adolescentie afneemt, kan verhelderend zijn, ook wat betreft het soms fobische karakter. Uitleg over de fysiologie en de nuttige functie van transpireren kan een deel van de negatieve lading wegnemen: zweten is niet 'vies'. Verwijs voor goed voorlichtingsmateriaal naar www.huidinfo.nl/zweten.html. ■

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

LITERATUUR

1 Zaaijer C, Eekhof JAH. Hyperhydrosis. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. 6e druk. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2012.

Marieke Perry

Geheugenproblemen

WAT IS HET PROBLEEM?

Geheugenproblemen bij patiënten bezorgen huisartsen hoofdbrekens om verschillende redenen. Huisartsen twijfelen vaak of geheugenproblemen normaal zijn voor de leeftijd, of dat er sprake is van dementie. Als er sprake is van dementie, is het moeilijk om dit slechte nieuws aan de patiënt mee te delen. Daarnaast hebben sommige huisartsen het gevoel dat een diagnose dementie niets toevoegt, omdat ze de patiënt niets te bieden hebben. Een belangrijke patiëntfactor die zorgt voor belemmering van diagnostiek is gebrek aan ziekte-inzicht bij patiënten. Om deze redenen is bij thuiswonende patiënten met dementie bij slechts 50% de diagnose gesteld.

WAT MOET IK WETEN?

Geheugenproblemen worden pas dementie genoemd als er sprake is van een negatieve invloed op het sociaal en beroepsmatig functioneren ten opzichte van het vroegere niveau. Dit komt terug in de syndroomdiagnose dementie uit de DSM-IV, die is opgebouwd uit de volgende vier criteria: 1 Geheugenstoornis; 2 Andere cognitieve functiestoornissen (apraxie, afasie, agnosie, planningsproblemen); 3 Negatieve beïnvloeding van het dagelijks functioneren; 4 Afwezigheid van delier. Dementie komt voor bij 6,4% van de 65-plussers en bij 20% van de 80-plussers. Per normpraktijk zijn er ongeveer 20 patiënten met dementie. De belangrijkste vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. Bij patiënten vanaf 75 jaar komen deze ook vaak samen voor. Andere mogelijke oorzaken voor geheugenproblemen zijn depressie of delier, andere psychiatrische aandoeningen, schildklierproblemen, gebruik van anticholinerge medicatie en ruimteinnemende processen.

WAT MOET IK DOEN?

Diagnostiek bij geheugenproblemen heeft twee belangrijke doelen. Ten eerste moet de huisarts vaststellen of er sprake is van dementie. Vraag hiertoe in de (hetero)anamnese naar korte- en langetermijngeheugen, oriëntatie in plaats, tijd en persoon, problemen bij het bedienen van apparaten, vinden van woorden, begrijpen van taal, herkennen van voorwerpen, plannen van activiteiten, beheren van medicatie en financiën. Vraag naar stemming en angst. Kijk of er sprake is van het 'head turning sign' (patiënt kijkt naar partner om antwoord op een vraag te verifiëren), observeer het gedrag van de patiënt. Kijk bij het lichamelijk onderzoek naar aanwijzingen voor apraxie en naar persoonlijke verzorging. Verricht aanvullende tests, zoals de Mini Mental State Examination en de kloktekentest.

Onderzoek verder of er aanwijzingen zijn voor andere oorzaken van geheugenproblemen of bijzondere vormen van dementie. Onderscheid specifieke vormen, zoals frontotemporale dementie of Lewybody dementie, van de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie, omdat ze andere behandeling vereisen en een andere prognose hebben. Vraag hiertoe naar bijzonderheden in gedrag en mobiliteit. Verricht lichamelijk en neurologisch onderzoek. Let hierbij op nieuwe focale uitval en parkinsonisme. Vraag bloedonderzoek aan (ten minste BSE, Hb, Ht, TSH, glucose, kreatinine). Beeldvormend onderzoek is meestal niet noodzakelijk.

Stel de diagnose dementie als de patiënt aan de criteria voldoet. Vertel de diagnose expliciet aan patiënt en mantelzorger in de vorm van een slechtnieuwsgesprek. Breng de zorgbehoefte bij patiënt en mantelzorger in kaart en maak een individueel zorgplan. Spreek vervolgcontroles af.

Als er sprake is van cognitieve stoornissen zonder duidelijke invloed op het dagelijks functioneren, spreek dan af om na een half jaar of een jaar nog eens te evalueren. Behandel aanwezige andere oorzaken van geheugenproblemen.

In plaats van de diagnostiek zelf of samen met uw praktijkondersteuner uit te voeren, kunt u de patiënt ook verwijzen. Verwijs in elk geval als er onduidelijkheid is over het bestaan van dementie, als er aanwijzingen zijn voor een bijzondere vorm van dementie, als de patiënt jonger is dan 65 jaar of als er sprake is van nieuwe focale neurologische uitval of een specialistisch behandelbare oorzaak van de geheugenproblemen.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Vertel de patiënt dat geheugenproblemen soms ook bij reversibele aandoeningen voorkomen en dat onderzoek naar de oorzaak daarom belangrijk is. Als er sprake is van dementie, vertel dan over het progressieve beloop. Leg de mantelzorger uit hoe deze het best met de patiënt kan omgaan. Geef de NHG-Patiëntenbrieven Dementie en Tips voor de mantelzorger mee en verwijs naar www.alzheimer-nederland.nl. Vertel de patiënt dat hij bij lichte dementie een rijtest kan aanvragen bij het CBR en dat autorijden in een gevorderd stadium niet meer is toegestaan. Leg uit dat er medicijnen bestaan die bij de ziekte van Alzheimer bij een kleine groep mensen een zeer bescheiden effect hebben en een aanzienlijk risico op bijwerkingen geven. ■

LITERATUUR

1 Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen M, Boswijk D, Stoffels J, Van Achthoven L, et al. NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:497-20.
2 Boomsma L, De Bont M, Engelsman C, Gussekloo J, Hartman C, Persoon A, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie. Huisarts Wet 2005;48:124-6.
3 Derksen E, Vernooij-Dassen M, Scheltens P, OldeRikkert M. A model for disclosure of the diagnosis of dementia. Dementia 2006;5:462-8.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. M. Perry, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: m.perry@ger.umcn.nl

Patrick Dielissen, Adrie Heijnen, Peter Leusink

CATS

Testosterontherapie bij mannen

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 NHG-Standaard Erectiele disfunctie beperkt zich bij hypogonadisme tot diagnostiek en adviseert bij verdenking hierop patiënten te verwijzen. We onderzochten de effectiviteit van testosterontherapie (TT) voor de behandeling van mannen met een laag testosterongehalte én een seksueel probleem.

Zoekstructuur We zochten in de Cochrane Library en PubMed naar artikelen over de werking en bijwerkingen van testosteronbehandeling voor mannen met een seksueel probleem. De zoekstrategie voor de werking was: ('testosterone therapy' OR 'testosterone replacement' OR 'testosterone suppletion') AND ('sexual dysfunction' OR 'erectile dysfunction' OR 'low libido'). De zoekstrategie voor bijwerkingen was: ('testosterone therapy' OR 'testosterone replacement' OR 'testosterone suppletion') AND ('adverse events'). Limits: last 10 years, humans, male, all adult 19+, meta-analysis, English.

Resultaten Over de werking van testosterontherapie vonden we 9 artikelen waarvan 2 relevante systematische literatuuroverzichten met meta-analyse. Over bijwerkingen van testosterontherapie vonden we 14 artikelen waarvan 2 systematische literatuuroverzichten met meta-analyse. We bespreken de meest recente.

Bespreking Isodori et al. onderzochten in een meta-analyse van 17 RCT's het effect van TT.[1] De indicatie, dosis, wijze van toediening en effectmeting vertoonden grote variaties (heterogeniteit). De mediane onderzoeksduur was 3 maanden (1-36 maanden). Er was een statistisch significant effect van TT op het seksueel verlangen bij een laag testosteron < 7nmol/l (SMD 1,44; 95%-BI 0,11-2,77) en een testosteron tussen 7 en 12 nmol/l (SMD 1,42; 95%-BI 0,07-2,77). Er was ook een significant effect van TT op de erectiele functie bij een laag en een laagnormaal testosteron (SMD 1,28; 95%-BI 0,37-2,19 respectievelijk 1,73; 95%-BI 0,53-2,94). De seksuele tevredenheid nam significant toe (SMD 1,16; 95%-BI 0,04-2,29).

Boloña et al. includeerden 17 RCT's waarvan 5 andere onderzoeken dan Isodori et al.[2] Ook in dit onderzoek was er veel heterogeniteit. Er was een significant effect van TT op de erectiele functie bij jonge mannen met een laag testosteron < 10,4 nmol/l (SMD 1,8; 95%-BI 1,00-2,70). Er was geen statistisch significant effect van TT op de erectiele functie bij oudere mannen met een laag testosteron (SMD 0,8; 95%-BI -0,10-1,60). Er was geen effect van TT op het seksueel verlangen ongeacht de waarde van het testosteron (SMD 0,41; 95%-BI -0,01-0,83). Het effect van TT op de seksuele tevredenheid was ook niet significant bij een laag en laagnormaal testosteron (SMD 1,2; 95%-BI -0,5-2,90 respectievelijk SMD 0,20; 95%-BI -0,02-0,50).

Fernández-Balsells et al. includeerden 51 onderzoeken naar de bijwerkingen van TT. De follow-up varieerde van 3 maanden tot 3 jaar.[3] In 10 onderzoeken was de uitval meer dan 20%. Bij mannen met TT was er een significante stijging van het hemoglobine (WMD 0,80g/dl; 95%-BI 0,45-1,14) en het hematocriet (WMD 3,18%; 95%-BI 1,35-5,01) en er was een significante daling van het HDL-cholesterol (WMD -0,49mg/dl; 95%-BI -0,85 - -0,13). TT veroorzaakte geen significante stijging van cardiologische of urologische comorbiditeit en mortaliteit.

Conclusie Er is bewijs voor de werking van testosteron voor mannen met seksuele problemen en een laag testosteron. TT heeft vooral effect op seksuele opwinding (erectie), met name bij een laag testosteron en op jongere leeftijd. Het effect is beperkt en inconsistent op seksueel verlangen en seksuele tevredenheid. De bijwerkingen van TT op korte termijn zijn een stijging van het hemoglobine en het hematocriet. De bijwerkingen van TT op de langere termijn zijn nog onduidelijk door de korte follow-up.

Betekenis Gezien de grote heterogeniteit van de onderzoeken is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs om mannen met een seksueel probleem en een laag testosteron in de eerste lijn standaard te behandelen met testosteron. Veel seksuele problemen zijn namelijk multifactorieel bepaald. Ook de bijwerkingen op lange termijn zijn onvoldoende bekend, zeker als leeftijdsafhankelijke comorbiditeit in ogenschouw wordt genomen. Een proefbehandeling met testosteron van drie tot zes maanden kan worden overwogen bij een laag testosteron (< 7 nmol/l), seksuele klachten passend bij testosterondeficiëntie, afwezigheid van andere belangrijke oorzaken voor seksuele problemen en afwezigheid van contra-indicaties voor testosteronbehandeling. Verworven en behandelbare oorzaken van een laag testosteron dienen eerst aandacht te krijgen. ■

LITERATUUR

1 Isodori A, Giannetta E, Gianfrilli D, Greco E, Bonifacio V, Aversa A, et al. Effects of testosterone on sexual function in men: results of a meta-analysis. Clin Endocrin 2005;63:381-94.
2 Boloña E, Uraga M, Haddad R, Tracz M, Sideras K, Kennedy C, et al. Testosterone use in men with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Mayo Clin Proc 2007;82:20-8.
3 Fernández-Balsells M, Murad M, Lane M, Lampropulos J, Albuquerque F, Mullan R, et al. Adverse effects of testosterone therapy in adult men: a systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab 2010;95:2560-75.

Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid (seksHAG, www.sekshag.nl), Keizersgracht 392, 1016 GB Amsterdam: dr. P.W. Dielissen, huisarts-onderzoeker; A. Heijnen, huisarts/seksuoloog NVVS; P. Leusink huisarts/seksuoloog NVVS • Correspondentie: P.Dielissen@elg.umcn.nl

Marjolein van de Pol

Oefenen verbetert balans bij ouderen een beetje

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 Een verminderde balans en achteruitgang in het lichamelijke functioneren leiden vaker tot vallen, wat kan resulteren in verminderde zelfredzaamheid. Preventie is dus van groot belang. Een goede balans en mobiliteit kunnen de kans op vallen verminderen.

Klinische vraag Zijn oefeningen bij ouderen effectief voor het verbeteren van hun balans?

Conclusie auteurs Er worden acht typen oefeningen vergeleken: loop-, balans-, coördinatietraining en functionele taken (LBCF); krachttraining (KT); 3D-training (waaronder tai chi, qi gong, dans, yoga); lopen (L); fietsen (F); computerondersteunde balanstraining met visuele feedback (CF); vibratieplatformtraining (VT); combinaties van bovenstaande (CO).

Oefenprogramma's waarbij lopen, balans, coördinatie, functionele taken, kracht, 3D of een combinatie daarvan zijn betrokken, lijken in ieder geval enig significant effect te hebben op de primaire uitkomst 'Timed Up & Go test' (tijd van zitten – 3 meter lopen – weer gaan zitten): LBCF -0,82s, 95%-BI -1,56 tot -0,08; KT -4,30s, 95%-BI -7,60 tot -1,00; 3D -1,30s, 95%-BI -2,40 tot -0,20; CO -1,63s, 95%-BI -2,28 tot -0,98. De onderzoekers concluderen dat er direct na de oefeningen (ook) enig effect is op indirecte maten voor balans. Zij zijn voorzichtig in het trekken van harde conclusies vanwege het gebrek aan primaire uitkomstmaten en de korte follow-up. De review omvat 94 RCT's met in totaal 9917 deelnemers.[1]

Beperkingen De oefenprogramma's waren zeer heterogeen, waardoor ze moeilijk te vergelijken waren. Ook varieerden de kenmerken van de deelnemers en de onderzoeksdesigns in hoge mate. De power van veel onderzoeken was te laag voor eenduidige conclusies en bovendien werden meetwaarden vaak niet gestandaardiseerd uitgevoerd en gerapporteerd. Er was veel uitval. De meeste deelnemers waren gezonde ouderen tussen de 60-75 jaar, in slechts enkele onderzoeken waren ook kwetsbare ouderen opgenomen.

COMMENTAAR

Deze review is een update van een review uit 2007, waarin maar liefst 62 nieuwe onderzoeken werden opgenomen. Er is zwak bewijs dat sommige oefenprogramma's matig effectief zijn voor het verbeteren van de balans.

Het blijkt voor de reviewers lastig om harde conclusies te trekken. Hiervoor is een aantal oorzaken aan te wijzen. Ten eerste waren de onderzoeken zeer heterogeen: de interventies verschilden aanzienlijk in uitvoering, intensiteit en duur. Ten tweede was er sprake van een wisselende kwaliteit van de verschillende onderzoeken, waaronder methodologische zwakte, en ontbrekende data en follow-upgegevens. Daarnaast had een groot deel van de onderzoeken een te lage power om harde uitspraken te kunnen doen. Bovendien was er veel uitval en werden de meetwaarden vaak niet gestandaardiseerd uitgevoerd en gerapporteerd. Negatieve effecten van de oefenprogramma's werden niet apart onderzocht, maar er werden door de deelnemers geen negatieve effecten gerapporteerd.

Ook de generaliseerbaarheid is lastig. De deelnemers aan de onderzoeken waren voor het grootste gedeelte gezonde ouderen tussen de 60-75 jaar, slechts enkele onderzoeken includeerden 75-plussers en kwetsbare ouderen. Maar in de huisartsenpraktijk leveren vooral balansproblemen bij de oudste categorie problemen op, die ouderen vallen het vaakst. Als uitkomstmaat is gekozen voor balans, er werd niet gekeken naar bijvoorbeeld het aantal valincidenten. Maar in de praktijk leveren juist de morbiditeit en mortaliteit door vallen problemen op. Tot slot was de follow-up van de verschillende interventies slechts kort terwijl we hopen dat een interventie lang 'beklijft'.

Om letsel door vallen te verminderen zijn er op dit moment in Nederland veel valpreventieprogramma's. Daarin is veel aandacht voor krachttraining, hindernisparcours en vallen zonder letsel. Volgens deze review heeft krachttraining enig effect op de balans en zou deze het valrisico door balansverbetering kunnen verlagen.

Al met al is deze review beperkt bruikbaar door methodologische beperkingen, omdat deze zich richt op balans en niet op valincidenten, en doordat de categorie ouderen die het grootste gevaar loopt uit zicht blijft. Ik deel de conclusies van de reviewers dat er weinig hard bewijs is voor het nut van oefeningen op balansverbetering. Het blijft een uitdaging om patiënten met valgevaar te identificeren en maatwerk voor preventie te leveren. Het is na deze review zeker niet gezegd dat oefeningen hierin geen plaats hebben. Oefeningen hebben immers weinig bijwerkingen en inspanning is naar mijn mening ook belangrijk voor het onderhoud van de algemene lichamelijke conditie; bovendien waren de duur van de oefenprogramma's en de follow-up beperkt. Dus baat het niet voor de balans dan mogelijk wel voor de conditie en het welbevinden. ■

LITERATUUR

1 Howe TE, Rochester L, Neul F, Skelton DA, Ballinger C. Exercise for improving balance in older people. Cochrane Database Syst Rev 2011; Issue 11. Art. No.: CD004963.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: M.H.J. van de Pol, huisarts, onderzoeker, kaderhuisarts ouderengeneeskunde • Correspondentie: m.vandepol@elg.umcn.nl

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

HANDBOEK CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT

Kooy A. Handboek cardiovasculair risicomanagement. Preventie, diagnostiek en behandelstrategieën volgens nieuwe richtlijnen. Houten: Prelum uitgevers, 2012. 341 pagina's, € 49,75. ISBN 978 90 8562 097 6. www.handboek-cvrm.nl

Doelgroep Medisch studenten, vasculair verpleegkundigen, praktijkondersteuner somatiek (in opleiding), huisartsen (in opleiding), medisch specialisten zoals internisten, cardiologen en neurologen.

Inhoud Het boek is opgebouwd uit 6 delen, samen 23 hoofdstukken met 18-172 referenties per hoofdstuk: 1) Hart- en vaatziekten: epidemiologie, pathofysiologie en risico schatting; 2) Cardiovasculaire risicopatiënten; 3) Cardiovasculaire risicofactoren; 4 CVRM: behandelstrategieën volgens de nieuwe richtlijn; 5) Zorg op maat: bewuste behandelkeuzes en succesfactoren bij CVRM; 6) Toepassing, onder andere een kennistest (inclusief antwoorden) en casuïstiekvragen.

Oordeel Een uitgebreid en mooi boek over nut en noodzaak van CVRM met veel referenties. Zeer toegankelijk geschreven met mooie illustraties, tabellen en een kennistoets plus casuïstiekvragen. Voor iedere huisarts met meer dan normale interesse in CVRM een aanrader en een must voor iedereen die onderwijs over CVRM geeft. Het geeft inzicht op basis van welke onderzoeksuitkomsten het huidige beleid is gevormd. Het besteedt ook aandacht aan de mondiale ontwikkeling op het gebied van hart- en vaatziekten.

Omdat het boek regelmatig een aanzet geeft tot toekomstige ontwikkelingen, kan de lezer over het huidige CVRM-beleid soms in twijfel geraken. Een voorbeeld is het hoofdstuk over de cardiovasculaire risicopatiënt met chronisch inflammatoir darmlijden. Dit onderwerp ontbreekt nog geheel in de huidige richtlijn, maar zal er mogelijk in de toekomst wel in betrokken worden.

Het inspireert om verder te denken over de richting waarin het CVRM zich kan ontwikkelen en waar in de eigen praktijk de aandacht in de toekomst op gericht kan worden. ■

Joke Lanphen

Waardering: ● ● ● ●

WERELDARTS

Suurmond J, Seeleman C, Stronks K, Essink-Bot M-L. Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012. 220 pagina's, € 44,95. ISBN 978 90 313 91462.

Dit boek bespreekt aan de hand van casuïstiek de invloed van etnische en culturele diversiteit op ziekte, ziektebeleving en zorg. Het boek is vooral bedoeld voor onderwijs en refereert aan de specifieke culturele competenties die artsen volgens het raamplan 2009 moeten bezitten. Het doel is artsen bewust te maken van de manier waarop etnische herkomst van de patiënt een rol kan spelen in de zorg en om handvatten aan te reiken voor de afstemming van de zorg op patiënten uit verschillende etnische groepen.

Het boek begint met een uitstekende inleiding over de begrippen etniciteit en cultuur, over culturele competenties en over de verschillende groepen eerste- en tweedegeneratiemigranten in ons land. De sterke toename van mensen uit Afghanistan, Irak, de voormalige Sovjet-Unie en Polen reflecteert de wereldgebeurtenissen van de afgelopen 15 jaar. Wij kunnen ons in Nederland niet onttrekken aan deze mondiale ontwikkelingen en moeten dus echt 'artsen van de wereld' zijn.

De tweeëntwintig casus betreffen mensen uit dertien verschillende landen met verschillende migratieachtergrond en verblijfsstatus (vluchtelingen, ongedocumenteerden) en uiteenlopende somatische aandoeningen (onder andere anemie, hypertensie, vitamine D-gebrek, hiv, vruchtbaarheidsproblemen) of psychische problemen (zoals schizofrenie, depressie, PTSS, somatisatie). In elke casus komen ook contextuele aspecten aanbod, zoals de leef- en werksituatie van de migrant en ervaren discriminatie. Terecht is er veel aandacht voor interculturele communicatie, bijvoorbeeld over taboebeladen onderwerpen. Een open en respectvolle communicatie met empathie zijn immers essentieel om wederzijds begrip te bereiken. Uit onderzoek, zoals van huisarts Hans Harmsen, weten we dat dit doorslaggevend is voor patiënttevredenheid en therapietrouw.

In deze tweede druk zijn twee casus toegevoegd en is veel recente kennis verwerkt op het gebied van etnische gezondheidsverschillen. De casuïstische opzet heeft een nadeel. Informatie over specifieke onderwerpen (bijvoorbeeld over etnische verschillen in farmacotherapie) staat niet bij elkaar en is, begrijpelijkerwijs, niet specifiek op de huisarts toegesneden. Hoewel het boek interessant is voor alle huisartsen, want in elke praktijk zijn tegenwoordig patiënten te vinden met wortels buiten Nederland, is het niet zo handig om iets op te zoeken voor de dagelijkse praktijk, of om diepgaande kennis over de verschillende onderwerpen op te doen. Maar het boek is een aanrader voor het onderwijs en voor een ieder die nieuwsgierig is naar wat er allemaal kan spelen bij patiënten van allochtone herkomst. ■

Maria van den Muijsenbergh

Waardering: ● ● ●

DWARSDOORSNEDE DOOR DE ONCOLOGIE

De Ru VJ, Van Diest PJ, Looijenga LHJ, Van de Velde CJH, Wagener DJTh. Canon van de oncologie. Haarlem: DCHG medische communicatie, 2012. 132 pagina's, € 25,-. ISBN 978 94 90826 21 5.

Doelgroep Geïnteresseerden in de geschiedenis van de oncologie.
Inhoud Dit fraai vormgegeven boek schetst in 53 hoofdstukken de ontwikkeling van de oncologie, van de Egyptische en Romeinse oudheid tot de huidige multidisciplinaire behandeltechnieken. Het staat stil bij grootheden als Van Leeuwenhoek, Virchow en Röntgen die de basis hebben gelegd voor de diagnostiek van kanker. Het geeft een kijkje in de eerste chirurgische behandelingen van kanker, die tot halverwege de 19e eeuw bij gebrek aan anesthetische mogelijkheden nog slechts met het aanbieden van een 'bijtstokje' plaatsvonden. Via Becquerel en Pierre en Marie Curie wordt een brug geslagen naar de ontwikkeling van nucleaire geneeskunde zoals we die nu kennen. Mijlpalen als de ontwikkeling van radiotherapie worden geïllustreerd, evenals de ontdekking en toepassing van het eerste cytostaticum 'stikstofmosterd', met indrukwekkende foto's van de eerste patiënt die hiermee behandeld werd. In de tweede helft van het boek worden modernere technieken als beenmergtransplantatie en brachytherapie toegelicht, en staan de auteurs stil bij de ontwikkeling van immunotherapie. De ontdekking van oncogenen wordt behandeld, met de hierop gebaseerde succesvolle 'targeted therapie' die gericht aangrijpt op aberrante eiwitten die in tumorcellen tot expressie worden gebracht. Tot slot ontbreken de impact van het voltooide genome sequencing en de (toekomst van) genexpressie-arrays niet.

Oordeel Dit boek illustreert de imposante ontwikkeling die de behandeling van kanker heeft doorgemaakt. Het is prettig leesbaar, al wordt in sommige hoofdstukken vrij veel gebruikgemaakt van jargon. Niet alles kan in 53 hoofdstukken besproken worden: de auteurs beperken zich tot de solide tumoren en de hemato-oncologie blijft onbelicht; nieuwe behandeltechnieken die hun nut nog niet onomstotelijk bewezen hebben, bespreken ze niet. De keuze die de redactie heeft gemaakt, geeft echter een breed beeld. De auteurs wagen zich er niet aan, maar het is verleidelijk de lijn door te trekken en te speculeren over de inhoud van de volgende canon. ■

Linda Bröker

Waardering: ●●●●

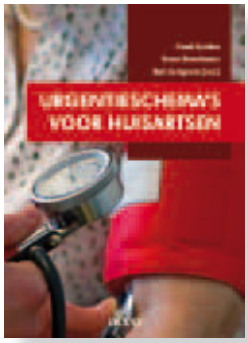
SPOED IN VLAANDEREN

Buntinx F, Bemelmans B, Aertgeerts B, redactie. Urgentieschema's voor huisartsen. Den Haag: Acco Nederland, 2012. 179 pagina's, € 22,50. ISBN 978 90 334 8483 4.

Doelgroep Huisartsen.
Inhoud Dit Vlaamse zakboek voor de huisarts beschrijft in 23 hoofdstukken beknopt het beleid bij spoedeisende indicaties en symptomen. Na een hoofdstuk over algemene richtlijnen bij spoedgevallen volgen onder andere hoofdstukken met cardiale indicaties, respiratoire indicaties bij volwassenen en kinderen, psychische beelden in crisissituaties, pijnbeelden (van top tot teen, variërend van migraine tot anale pijn), traumata, verbranding, verdrinking en intoxicaties. In aparte hoofdstukken komen onder andere acute complicaties bij chronische aandoeningen (zoals diabetes en heroïneverslaafden), zieke kinderen en bevallingen aan bod. Het boekje wordt gecompleteerd met hoofdstukken over de inhoud van het spoedgeneesmiddelenetui en illustraties over de basisreanimatie bij volwassenen en kinderen en het gebruik van de AED.

De auteurs beogen met dit zakboek een hulpmiddel te bieden om snel iets op te zoeken en om de eigen aanpak 'te preciseren, te vergelijken en aan te vullen'. Om de richtlijnen beter wetenschappelijk te onderbouwen zijn in tegenstelling tot vorige uitgaven de op consensus gebaseerde richtlijnen tot stand gekomen na een uitgebreid literatuuronderzoek.

Oordeel Het verrassende van het boekje is dat het ondanks de beknoptheid een breed scala van onderwerpen bespreekt. Dit geldt ook voor de adviezen die uiteenlopen van 'zet een boterham op het nachttafeltje' bij bejaarden met nachtelijke onrust tot technische informatie over het gebruik van een 'heartscan' (apparaatje dat één ecg-afleiding weergeeft). Hoewel de beknoptheid valt te prijzen maakt de opbouw van het boekje een rommelige indruk. Door op de rechterpagina steeds richtlijnen weer te geven en op de linkerpagina toelichtende opmerkingen of achtergrondinformatie is het lezen van teksten die meerdere bladzijden beslaan wat verwarrend. Daarnaast heb ik geen duidelijke systematiek in de volgorde van de onderwerpen kunnen ontdekken. Het onderwerp anafylactische reacties staat bijvoorbeeld in een apart hoofdstuk achterin het boekje, terwijl dit onderwerp meer thuishoort bij de cardiale en respiratoire indicaties. De belangrijkste beperking voor het gebruik van het boekje door de Nederlandse huisarts zijn echter de verschillen met de adviezen en richtlijnen in bijvoorbeeld de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom en de NHG-Standaard Hartfalen.



Willem Drayer

Waardering: ●●

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Juist / 3. Onjuist

Zwangerschap of de eerste zes maanden na de bevalling zijn redenen om het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker uit te stellen. Het geven van borstvoeding is geen reden om het laten maken van een uitstrijkje uit te stellen. Wel moet op het aanvraagformulier worden vermeld dat dit nu of in de afgelopen drie maanden het geval is (geweest), omdat dit het microscopisch celbeeld beïnvloedt. Wanneer de portio à vue en lege artis is uitgestreken en er in de uitstrijk geen endocervicale cellen worden aangetroffen, behoeft het uitstrijkje niet herhaald te worden en kan de vrouw de volgende oproep voor het bevolkingsonderzoek afwachten. Wanneer bij het maken van het uitstrijkje de portio (mogelijk) niet à vue geweest is, en er in het preparaat geen endocervicale cellen aangetroffen worden, luidt het advies het uitstrijkje op korte termijn te herhalen.

Boomsma LJ, Buis PAJ, Collette C, Janssen PGH. NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (tweede herziening). www.nhg.org.

4. Juist / 5. Juist / 6. Juist

Bij zuigelingen met een tranend oogje of een pusoogje zonder roodheid van de conjunctiva of onder de ooghoek is meestal sprake van dacryostenose. Dit komt voor bij 20% van de zuigelingen. De klachten ontstaan vaak rond de tweede tot derde levensweek. Spontane genezing treedt op bij 96% van de kinderen gedurende het eerste levensjaar. Blijft genezing na twaalf maanden uit, dan verwijst de huisarts het kind naar de oogarts voor sonderen van de ductus lacrimalis. Adviseer de ouders massage van de traanzak vanuit de traanpunt naar de neus toe, intensief reinigen van het oog wordt ontraden.

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

Stilma JS, Voorn ThB, redactie. Oogheelkunde. Praktische huisartsgeneeskunde. Tweede druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

7. Onjuist / 8. Juist

Bij patiënten met een tienjaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ < 10% adviseert de huisarts leefstijlmaatregelen als hiertoe aanleiding is. Medicamenteuze behandeling is in het algemeen niet geïndiceerd. Maar patiënten met een SBD > 180 mmHg of een TC/HDL-ratio > 8 komen in aanmerking voor medicatie, ongeacht het risico op HVZ. Regelmatige lichamelijke activiteit beïnvloedt het risico op HVZ niet alleen rechtstreeks, maar ook door bloeddrukdaling, cholesterolverlaging en een verhoging van het HDL-gehalte.

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). www.nhg.org.

9. Onjuist / 10. Juist

Bij de behandeling van de meeste COPD-exacerbaties kan de huisarts volstaan met het (opnieuw) starten met bronchusverwijders, het tijdelijk verdubbelen van de dosis, of het combineren van twee soorten bronchusverwijders. Bij onvoldoende effect hiervan wordt dit beleid aangevuld met een kuur prednisolon 1 dd 30 mg gedurende zeven tot veertien dagen. Antimicrobiële middelen zoals amoxicilline of doxycycline gedurende zeven tot tien dagen worden alleen geadviseerd bij klinische infectieverschijnselen (temperatuur > 38 °C, algemeen ziekzijn) in combinatie met een bekende zeer slechte FEV_1 (< 30% van de voorspelde waarde) of onvoldoende verbetering na vier dagen.

Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (tweede herziening). www.nhg.org.

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: € 182,00, studenten ontvangen 50% korting op de reguliere prijs.
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

Mijn HIS is het best!

We hebben in Nederland bijna twintig huisarts-, keten-, en huisartsenpostinformatiesystemen. In het begin noteerden we de medische gegevens nog vooral als in een 'kladblok' in een algemeen journaal, maar de laatste jaren doen we dat veel beter in problemen en episodes met bijbehorende ICPC-codering. *So far so good.*

De per patiënt verzamelde hoeveelheid informatie is echter niet voldoende om overzicht te houden over diens problematiek en de gemaakte afspraken, en dat is met toegenomen multimorbiditeit en individualisering van de zorg wel nodig.

En hoe zit het met uw HIS? Kan de patiënt zelf afspraken maken in uw agenda en heeft hij toegang tot (deel van) zijn gegevens? Heeft u een kloppend actueel medicatieoverzicht inclusief specialistenrecepten? Kunt u gemakkelijk rapportages uitdraaien zodat u inzicht krijgt in uw eigen handelen en daarmee kwaliteitsverbetering kunt inzetten? Werken de verhuisberichten? En weet u hoe dat alles bij andere systemen zit?

Waar alle softwareleveranciers bezig zijn zelf het wiel uit te vinden met het argument onderscheidend te willen zijn, lijkt het veel handiger om de krachten te bundelen. De ontwikkelingskosten komen immers uit úw abonnementsgeld! Patiëntenportalen, rapportagesystemen en het Individueel Zorgplan zijn innovaties die beter gezamenlijk kunnen worden ontwikkeld. Uniformiteit is efficiënter en maakt bijvoorbeeld het maken van een kwaliteitsjaarverslag of gegevensvergelijking met andere praktijken in uw hagro beter mogelijk.

Veel huisartsen denken dat hun HIS het best is, zoals elke moeder vindt dat ze de mooiste baby van de wereld heeft... Tijd voor regionale afstemming!

Rob Dijkstra

Jouw onderzoek en de LOVAH Prof. Huygenprijs

De LOVAH Prof. Huygenprijs is bedoeld om aiossen en aiotho's te motiveren tot het doen van nieuw huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek. Je kunt voor de prijs in aanmerking komen als je je onderzoeksvoorstel inclusief begroting **vóór 19 april 2013** indient via huygenprijs@lovah.nl.

Ook aiossen die nog geen onderzoekservaring hebben en 'pilotonderzoeken' komen in aanmerking voor de prijs.

Meer informatie kun je vinden op www.lovah.nl > wetenschap.

Dus stuur je voorstel in en wie weet ontvang jij dan tijdens het LOVAH-Congres op 7 juni 2013 deze prachtige prijs van 2500 euro!

Actualisering NHG-TriageWijzer

Medio maart ontvangen alle abonnees op de NHG-TriageWijzer een nieuwe actualisering. Ditmaal zijn veranderingen doorgevoerd in vijftien onderwerpen. Als abonnee ontvangt u bij de nieuwe pagina's natuurlijk een toelichting op de tekstuele en inhoudelijke wijzigingen. Ook is een cd-rom met de aanpassingen toegevoegd.

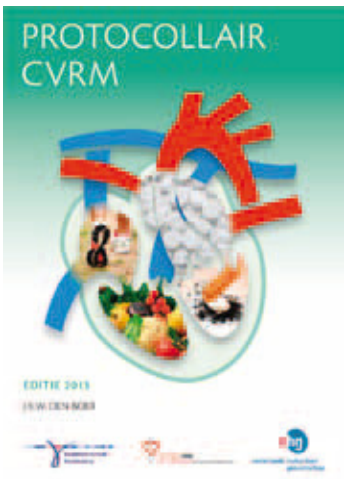
Dit betreft de derde actualisering van de TriageWijzer sinds de introductie in 2011.

Het nieuwe boek *Protocollair CVRM*

Huisartsen en praktijkondersteuners vinden in dit boek alles wat zij moeten weten als zij het CVRM-spreekuur binnen hun praktijk willen opzetten of verbeteren. Het boek bestaat uit vijf delen en beschrijft de organisatie, het zorgproces en de interventies, en omvat de bijbehorende protocollen en bijlagen. Bij enkele hoofdstukken geeft een stroomdiagram het beschreven proces schematisch weer, hetgeen u snel overzicht verschaft. De kaart *Het CVRM-consult in acht stappen* kunt u gebruiken bij de uitvoering van het vervolgconsult. Achter in het boek vindt u een lijst van nuttige hulpmiddelen, adressen en websites.

Voor de lezers van het boek is een speciale webpagina ingericht (www.protocollaircvrm.nl). Alle protocollen en bijlagen (risicotests, voorbeeldbrieven et cetera) zijn hier te raadplegen en te downloaden, zodat u deze desgewenst aan uw eigen praktijksituatie kunt aanpassen. Eventuele wijzigingen in protocollen of bijlagen worden op deze website bekendgemaakt en de nieuwe versies kunt u in dat geval hier downloaden. Ook vindt u hier links naar andere websites die u van pas kunnen komen bij het opzetten of uitvoeren van een CVRM-spreekuur.

U kunt het boek bestellen via de webwinkel van het NHG (op www.nhg.org). De kosten voor NHG-leden bedragen € 24,50; niet-leden betalen € 35,-.



&NHG

Zorgbezoek aan Turkije

Als kersverse NHG-bestuursvoorzitter nam Rob Dijkstra in januari deel aan de *Zorg Innovatie Reis*. Tijdens deze jaarlijkse reis gaat een groep bestuurders uit de curatieve zorg en van patiëntenorganisaties langs bij zorginstellingen in het bezochte land. Bovendien maken ze van de gelegenheid gebruik om met elkaar buiten hun gebruikelijke kaders om te discussiëren over de toekomst van de Nederlandse zorg. Voor Dijkstra een uitgelezen kans om kennis te maken met de topmensen en beslissers binnen het Nederlandse zorgbeleid.

De deelnemers aan de Zorg Innovatie Reis zijn afkomstig uit de gelederen van zorgverzekeraars, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen. Onder leiding van Leon van Halder, directeur-generaal van VWS, en Roger van Boxtel, bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar Menzis, bezocht een groep van zo'n zestig mensen verschillende bedrijven en instellingen in de Turkse gezondheidszorg.

Situatie in Turkije...

Dit jaar ging de Zorg Innovatie Reis naar Istanbul. De huisartsgeneeskunde komt in Turkije steeds meer 'op de kaart', maar de professionalisering stagneert er wel enigszins doordat de opleiding niet optimaal is en een goed verwijssysteem ontbreekt. In een zeer geanimeerde bijeenkomst met Turkse huisartsen is gesproken over verbetering van de opleiding en de poortwachterfunctie van de huisartsen in Turkije en in Nederland.

... en ontwikkelingen in Nederland

Uit de discussies over de ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg kwam duidelijk naar voren dat een belangrijker rol voor de eerste lijn is vereist. Daarbij is versterking van de poortwachterfunctie van de huisarts essentieel. Bovendien wordt daadwerkelijke substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn gezien als een onmisbare ontwikkeling.
Een van de geopperde adviezen luidt dat het verlenen van overbodige zorg moet worden voorkomen, te beginnen met – voor de hand liggend – de bewezen niet-effectieve zorg. Aan de orde komen verder de verwijzingen ter geruststelling van de patiënt, ongerichte diagnostiek in de tweede lijn (pretpoli's) en het maar doorgaan met behandelen als dat geen zin meer heeft.

Prikkels en kosten

Behalve over de poortwachterfunctie, substitutie van zorg, het verlenen van overbodige zorg en verspilling is onder meer gediscussieerd over thema's als het wegnemen van prikkels die leiden tot volumegroei en het vergroten van het kostenbewustzijn bij zowel burgers als zorgprofessionals. Na uitwerking van deze thema's zullen de resultaten hiervan worden gepresenteerd tijdens een bijeenkomst op 29 mei in Utrecht.

Het NHG zal mede het thema 'versterken van de poortwachterfunctie' nader uitwerken.

NHG-Standpunt over oncologische zorg

Als uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 ontwikkelt het NHG momenteel een Standpunt over de rol van de huisarts in de oncologische zorg. Hierin komen vragen aan de orde als:

- Waaruit bestaat goede oncologische zorg vanuit huisartsgeneeskundig perspectief? Aansluitend bij de Zorgstandaard Kanker, die dit voorjaar verschijnt, wordt hierbij ingegaan op de verschillende fasen van het zorgcontinuüm.
- Welke competenties hebben huisartsen en praktijkmedewerkers nodig om deze zorg te bieden?
- Wat zijn de uitgangspunten voor oncologische nazorg in de huisartsenpraktijk? Voor welke vormen van kanker is het vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid zinvol om de nazorg van de tweede lijn over te nemen?

Het NHG wil graag in een vroeg stadium de inbreng van de leden bij de ontwikkeling van dit Standpunt. Hiertoe wordt voorafgaand aan de Algemene Ledenvergadering op 6 juni een inhoudelijke ledenbijeenkomst gehouden in de Domus Medica te Utrecht.

NHG-AGENDA 2013 data

- **Symposium kaderhuisartsen en expertgroepleden** 14 maart
- **CWO-weekend *Van evidence naar richtlijn*** 22/23 maart
- **Triagecongres** 11 april
- **NHG-Voorjaarscongres over palliatieve zorg** 23 mei
- **Symposium over oncologische nazorg (voorafgaand aan ALV)** 6 juni
- **Algemene Ledenvergadering** 6 juni
- **NHG-Wetenschapsdag *Resultaten bekend. En dan...?*** 14 juni
- ***NHG-Congres Help! Een spoedgeval*** 22 november

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

Komende (NHG-)congressen en -symposia

De komende maanden staan weer enkele congressen en symposia op de agenda van uw wetenschappelijke vereniging. We zetten ze – in volgorde van datum – voor u op een rijtje.

NHG-Symposium voor kaderhuisartsen en expertgroepleden: *Geïnspireerd werken binnen en buiten kaders*
Tijdens deze dag kunnen kaderhuisartsen (in opleiding) zich laten inspireren door de manier waarop collega's hun activiteiten ontplooien rond het initiëren en geven van nascholing, het opbouwen van regionale netwerken en het meewerken aan projecten. U kunt uit vier workshops kiezen:

- Op zoek naar de niches: marketing en netwerken als expert.
- Onafhankelijke nascholing: missie of must?
- Presentatievaardigheden: opbouw van de boodschap en de kracht van het non-verbale.
- Populatiemanagement: hoe is zorg 'dicht bij huis' te vertalen in een populatiegerichte aanpak?

Het symposium vindt plaats op **14 maart van 15.30 tot 20.15 uur** in Conferentiecentrum Groot Kievitsdal te Baarn. De kosten bedragen € 140,- inclusief broodmaaltijd.
Meer informatie en inschrijving: via www.nhgscholing.nl > huisarts.

CWO-weekend 2013: *Van evidence naar richtlijn*
Ditmaal staat het jaarlijkse weekend van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek in het teken van richtlijnontwikkeling. Hoe worden de resultaten van wetenschappelijk onderzoek vertaald in aanbevelingen voor de praktijk? De bewezen klinische effecten spelen daarbij een rol, evenals de kracht van het bewijs, kosteneffectiviteit en acceptatie door de patiënt. Al deze aspecten passeren de revue, met speciale aandacht voor de analyse van kosteneffectiviteit en de weging van verschillende factoren om tot een aanbeveling te komen (GRADE).
Het programma richt zich op huisartsen, onderzoekers, richtlijnmakers en andere belangstellenden.
Het CWO-weekend vindt plaats **van 22 maart 12.00 uur tot 23 maart 14.00 uur** in kasteel Oud-Poelgeest te Oegstgeest. De kosten bedragen € 290,- inclusief verblijf en cursusmateriaal.
Meer informatie en inschrijving: via www.nhg.org > agenda.

Het tweede Nederlands Triage Congres
Na het succes van het congres van vorig jaar wordt opnieuw een platform geboden aan triagisten, spoedartsen en leidinggevenden in de acute zorg op meldkamer, huisartsenpost en afdeling SEH. Na de plenaire openingsvoordrachten (deels interactief) zijn er drie workshoprondes waarin alle aspecten van de triage aan bod komen, toegespitst op de doelgroepen: artsen, triagisten en managers.
Het congres vindt plaats op **11 april van 09.00 tot 17.00 uur** in het AMC te Amsterdam. De kosten bedragen € 180,- inclusief lunch.
Meer informatie en inschrijving: via www.de-nts.nl.

NHG-Voorjaarscongres: *Palliatieve Zorg: de ultieme huisartsenzorg!*
De expertgroep Palliatieve zorg en Coaches voor medici praten u in één dag helemaal bij over de actuele ontwikkelingen, communicatie, klinisch redeneren, sedatiemogelijkheden, taboes en valkuilen voor de huisarts op het gebied van de palliatieve zorg. De openingslezingen en de interactieve workshops zijn allemaal plenair.
Het congres vindt plaats op **23 mei van 09.30 tot 17.00 uur** in Boerderij Mereveld te Utrecht. De kosten bedragen € 225,- inclusief lunch.
Meer informatie en inschrijving: via www.nhg.org > agenda.

Symposium over oncologische nazorg en Algemene Ledenvergadering
Deze inhoudelijke bijeenkomst is bedoeld om de NHG-leden actief te betrekken bij de ontwikkeling van het NHG-Standpunt over oncologische zorg in de huisartsenpraktijk (zie pag. NHG-10). Het programma gaat in op de Zorgstandaard Kanker en de nazorg in de eerste lijn.
Het symposium vindt plaats op **6 juni van 13.30 tot 17.30 uur** in de Domus Medica te Utrecht. Aan deelname zijn geen kosten verbonden. Aansluitend op het symposium vindt de Algemene Ledenvergadering plaats. Voor broodjes wordt gezorgd.
Meer informatie en inschrijving: via www.nhg.org > agenda.

NHG-Wetenschapsdag: *Resultaten bekend. En dan...?*
Tijdens de jaarlijkse Wetenschapsdag worden de jongste resultaten van huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek gepresenteerd. Ditmaal ligt daarbij de focus op de vraag of er – behalve publicatie – misschien meer kan worden gedaan met onderzoeksresultaten. Kunnen deze wellicht ook worden vertaald naar richtlijnen voor de praktijk of relevant vervolgonderzoek?
De NHG-Wetenschapsdag vindt plaats op **14 juni van 10.00 tot 17.30 uur** in het Leids Universitair Medisch Centrum. De kosten bedragen € 154,- (voor aiossen en aiotho's € 77,- en voor studenten geneeskunde € 46,-) inclusief lunch.
Meer informatie en inschrijving: via www.nhg.org > agenda.

foto: Shutterstock

Interview met Monique Verduijn

Een 'parel' voor de richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen*

Monique Verduijn is apotheker en senior wetenschappelijk medewerker Richtlijnontwikkeling en Wetenschap bij het NHG. De laatste jaren was ze – samen met Annemarie de Vries-Moeselaar – nauw betrokken bij de ontwikkeling van de Multidisciplinaire Richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen*, waaraan onlangs een 'Parel' is toegekend door ZonMw. In een interview vertelt zij over de bijzondere aanpak en het belang van dit project.

Wat maakte dit project bijzonder?
'Het project is opgezet voor de eerste én de tweede lijn en bestrijkt een breed thema. De richtlijn wordt "getrokken" door het NHG en de Vereniging voor Klinische Geriatrie, maar in de kerngroep hadden ook diverse andere verenigingen zitting, en vooral ook de KNMP en het IVM. Bijzonder was bovendien dat van meet af aan het patiëntenperspectief is meegenomen. De oudste patiënte met wie we spraken was dik in de negentig; een pittig dametje dat goed duidelijk kon maken wat ze verwachtte van de samenwerking tussen huisarts en apotheker.'

Hoe zijn jullie te werk gegaan?
'Terwijl patiënten met multimorbiditeit de meeste medicijnen gebruiken, zijn juist zij meestal uitgesloten van onderzoek naar de effectiviteit ervan. Wij keken dus naar andere manieren om voor hen de veiligheid te waarborgen. Daartoe zochten we naar criteria die de arts kan gebruiken bij de afweging om al dan niet voor te schrijven. De in Ierland ontwikkelde start- en stopcriteria bleken het best overeen te komen met de Nederlandse situatie en die hebben we dan ook zo "vertaald" dat ze bij ons bruikbaar zijn. Ook onderzochten we welke patiënten extra kwetsbaar zijn en dus aandacht behoeven. Risicofactoren waren: niet zelfstandig wonen, verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico en recente opname in het ziekenhuis. Verder bekeken we maatregelen om de therapietrouw te bevorderen. Je kunt dan niet grijpen naar standaard oplossingen, maar moet steeds kijken naar de individuele patiënt en diens situatie om tot een juiste keuze te kunnen komen.'

Waaruit bestaat de kern van de richtlijn?
'Bij oudere patiënten die meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken zou je eens per jaar het medicijngebruik onder de loep moeten nemen. Daartoe hebben we een stappenplan medicatiebeoordeling ontwikkeld. Als eerste is er een gesprek met de patiënt over diens medicijngebruik. Is hij tevreden over de werking en toedieningsvorm? Zijn er bijwerkingen? Gebruikt hij ook zelfzorgmiddelen? Vaak voert de apotheker dit eerste gesprek, omdat die meer focus heeft op de medicatie op zich en eventuele bijwerkingen. De apotheker maakt een analyse op basis van deze medicatieanamnese en de meetwaarden van de patiënt. Zijn het de juiste medicijnen? Is de indicatie nog relevant? Daarna overleggen apotheker en huisarts over deze analyse en geneesmiddelgerelateerde problematiek. Kan er bij deze patiënt iets af? Moet er juist iets bij? Kan de toedieningsvorm veranderen? En tot slot nemen huisarts en patiënt het behandelingsplan door. Het is belangrijk dat de huisarts zelf dit laatste gesprek voert, omdat die de patiënt en diens situatie het best kent en bovendien eindverantwoordelijk is voor de keuzes op medicatiegebied. Ook is dat goed omdat de patiënt dan weet waarom de huisarts bepaalde middelen belangrijk vindt.'

De richtlijn is voor zowel huisartsen als medisch specialisten bedoeld?
'Ja, maar ik denk wel dat er meer kans van slagen is in de eerste lijn. In het ziekenhuis werken bijna geen generalistische artsen; er zijn te weinig geriaters om alle ouderen met polyfarmacie te kunnen behappen. En de resultaten blijken vooral tegen te vallen als de arts of apotheker de patiënt niet goed kennen.'

Wat zijn succesbevorderende factoren?
'In elk geval is een open sfeer in het gesprek belangrijk, zodat de patiënt bijvoorbeeld durft toe te geven dat hij een bepaald medicijn helemaal niet inneemt. Dan kan zo'n gesprek veel verrassends opleveren. Zo herinner ik me een tachtigjarige man die elke dag de wekker zette omdat hij dacht dat hij al zijn medicijnen twee uur voor het ontbijt moest innemen!'

Is het handig voor je NHG-werk dat je partner huisarts is?
'Ja, die heeft een apotheekhoudende praktijk waarin ik ook werk, dus ik kan van dichtbij de aanpak van huisartsen bekijken. Die zijn bijvoorbeeld gewend om met onzekerheid om te gaan; apothekers kunnen dat niet zo goed. Andersom zeggen NHG-collega's vaak dat ze van hun eigen apothekers geen antwoorden krijgen waar ze iets mee kunnen, maar van mij wel, omdat ik hun situatie ken.'

Hoe gaat het nu verder met de richtlijn?
'Bij de "Parel" van ZonMw hoorde een geldbedrag, bedoeld voor de implementatie. De richtlijn wordt nu in samenwerking met IVM in drie fto-groepen getest. Die doorlopen het stappenplan en kijken of het zo goed is, of dat het beter kan of efficiënter kan worden aangepakt. Want het hele proces kost natuurlijk wel erg veel tijd en ook zijn er nog enkele randvoorwaarden om op te lossen!' (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.