

- 330** **ONDERZOEK**
Ouderenzorg in praktijk gebracht
Anouk Ramackers, Yvonne van Leeuwen, Kirstin Ponse, Leonore Lammerts
- 336** Proactieve benadering van migraine
Antonette Smelt, Jeanet Blom, Frans Dekker, Else van den Akker, Arie Knuistingh Neven, Frans Zitman, Michel Ferrari, Pim Assendelft
- 342** Nazorg huisarts voor volwassen overlevenden van kinderkanker
Ria Blaauwbroek, Hans Barf, Annette Berendsen, Klaas Groenier, Leontien Kremer, Wim Tissing, Aleida Postma
- 341** **COMMENTAAR**
Helpt bijscholing?
Nico van Duijn
- 346** Bloeddruk bij ouderen: mag het iets hoger zijn?
Wouter de Ruijter, Jacobijn Gussekloo
- 348** Dementie, meer dan MMSE en casemanager!
Paul Dautzenberg
- 350** Dementie: werken aan acceptatie en passende zorg
Annet Wind

352

NHG-STANDAARD

Enkelbandletsel (tweede herziening)

Janneke Belo, Pieter Buis, Rogier van Rijn, Evelien Sentrop-Snijders, Sicco Steenhuisen, Clara Wilkens, Roeland Geijer, Masja Loogman

357

ADDENDUM

Addendum bij de NHG-Standaard CVA

Arianne Verburg, namens de werkgroep CVA

- 335** **PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**
Bias en confounding: wat is waar?
Lidewij Broekhuizen, Rolf Groenwold, Theo Verheij
- 359** **HUISARTSENZORG IN CIJFERS**
Gebruik van internet voor gezondheidsinformatie
Anne Brabers, Margreet Reitsma-van Rooijen, Judith de Jong
- 360** **NASCHOLING**
Slik- en passageklachten
Otto Quatero, Maartje Bartelink
- 364** **KLINISCHE LES**
Erythema nodosum
Pascal Raats
- 370** **IMPORT**
Op naar 'lifetime' cardiovasculaire risicobepaling?
Wouter de Ruijter
- 371** Uw dossier online
Victor van der Meer
- 372** **CATS**
Wel of geen adrenaline bij Oberst-anesthesie?
Sophie van Koningsbrugge, Just Eekhof
- 373** **PEARLS**
Dermatocorticosteroiden bij genitale lichen sclerosus
Patrick Dielissen

327

JOURNAAL

358

BOEKBESPREKING

366

INTERVIEW

368

COLUMN

369

KENNISTOETS

374

INGEZONDEN

Oncologische nazorg in de eerste lijn

Het afgelopen decennium hebben huisartsen veel zorg overgenomen van artsen in de tweede lijn. Zo worden patiënten met diabetes of COPD door huisarts en praktijkondersteuner goed en structureel behandeld. Deze ontwikkeling is gepaard gegaan met een stijging van de kosten van de huisartsenzorg, waardoor huisartsen nu helaas financieel worden afgestraft. De tijd lijkt niet erg gunstig om nog meer zorg van de tweede lijn over te nemen. Toch staat het onderzoek op dit gebied niet stil.

Nazorg bij kanker

In 2011 verscheen het KWF-rapport *Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn*, waarover Schellevis in het congresnummer van Huisarts en Wetenschap al een commentaar schreef (november 2011). Kanker komt steeds vaker voor en de behandelingsmogelijkheden worden beter. Het aantal mensen met een maligniteit in de voorgeschiedenis neemt navenant toe. Nu kanker steeds meer het karakter krijgt van een chronische ziekte adviseert de Signaleringscommissie Kanker van het KWF om de nazorg van kankerpatiënten te integreren in de generalistische eerstelijnszorg. Dit advies bouwt voort op het advies van de Gezondheidsraad uit 2007 om de huisarts meer bij de nazorg van oncologische patiënten te betrekken. Maar hoe geef je dat vorm in de praktijk van alledag? Waar moet je op letten? En bovenal: hoe organiseer je het?



Follow-up van kinderkanker

Bij overlevenden van kanker op de kinderleeftijd is al veel onderzoek gedaan naar het organiseren van nazorg en het screenen op late effecten van de behandeling. In verschillende centra zijn poliklinieken waar volwassenen die als kind kanker doormaakten periodiek worden gecontroleerd. In Groningen loopt een interessant onderzoek om huisartsen in de nazorg te betrekken; Blaauwbroek et al. doen daarvan in dit nummer verslag. De onderzoekers schreven bijna honderd oud-patiënten aan die nog niet structureel werden gecontroleerd en benaderden ook hun huisartsen. Zij vroegen patiënt en huisarts de controles in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Hiervoor stelden zij voor elke patiënt een individueel nazorgplan op dat via een website voor de patiënt en de huisarts toegankelijk was. De meerderheid (81%) van de patiënten en hun huisartsen ging hiermee akkoord en bijna alle huisartsen (96%) stuurden de gegevens terug. De meeste oud-patiënten en hun huisartsen waren goed te spreken over deze wijze van nazorg.

In de toekomst meer?

Het onderzoek van Blaauwbroek laat zien dat huisartsen bij een goede overdracht van de tweede lijn prima in staat zijn oncologische nazorg te leveren. Kindertumoren zijn gelukkig zeldzaam en huisartsen zullen maximaal een handvol patiënten in hun praktijk hebben die als kind kanker doormaakten. Nazorg bij deze kleine groep patiënten geeft nauwelijks extra werk. Nazorg bij volwassenen kankerpatiënten is echter heel andere koek. Dit vergt een behoorlijke organisatie en ook inzet van meer mankracht in de huisartsenpraktijk. Het is te hopen dat het politieke tij binnenkort zal keren, zodat innovatie van de zorg niet wordt afgestraft maar financieel mogelijk wordt gemaakt. ■

Linda Bröker

Actief computerspel leidt niet tot meer beweging

Voldoende bewegen is nog best lastig, ook voor kinderen. Te weinig lichamelijke inspanning lijkt een van de oorzaken van het toenemende overgewicht onder kinderen. Bij de nieuwe generatie spelcomputers is lichamelijke activiteit een onderdeel van het spel, en kan men zich behoorlijk in het zweet werken. Maar bewegen kinderen met een 'actieve spelcomputer' nu ook echt meer?

Amerikaanse onderzoekers keken naar het effect van de aanwezigheid van een spelcomputer met 'actieve' dan wel 'inactieve' spelletjes. Achtteneventig gezonde kinderen tussen de 9 en de 12 jaar kregen een Wii® spelcomputer met console en toebehoren. De helft van hen



Foto: Linda Bröker

mocht een 'actief' spel uitkiezen, de andere helft een 'inactief' spelletje. Na zes weken kregen de kinderen bovendien een tweede (actief dan wel inactief) spel. Gedurende drie maanden werd

met behulp van een bewegingsmeter de lichamelijke activiteit van de kinderen gemeten. De kinderen mochten de Wii® na afloop van het onderzoek houden als ze de bewegingsmeter trouw genoeg gedragen hadden. Beide groepen kinderen maakten gebruik van de spelcomputer en speelden regelmatig; de eerste en de zesde week bij het krijgen van een nieuw spel het langst. De kinderen met een 'actief' computerspel hadden echter dezelfde lichamelijke activiteit als kinderen die een 'inactief' spel speelden.

Het lijkt leuk: wiiën in plaats van een wandeling op zondagmiddag, maar het effect op de lichaamsbeweging valt helaas toch tegen. ■

Linda Bröker

Baranowski T, et al. Impact of an active video game on healthy children's physical activity. *Pediatrics* 2012;129:e636.

Bijwerkingen melden

Artsen zien regelmatig bijwerkingen van de geneesmiddelen die ze hun patiënten voorschrijven, maar het melden van deze bijwerkingen bij de landelijke instanties laat te wensen over. Vergelijkend onderzoek laat zien dat een praktijkgeoriënteerde training tijdens de huisartsenopleiding helpt.

De Rotterdamse huisartsenopleiding voerde in 2006 een nieuw onderwijsprogramma in gericht op het melden van bijwerkingen. In het derde jaar van hun opleiding krijgen de airos de opdracht om in hun opleidingspraktijk een aantal (vermoedelijke) bijwerkingen van voorgeschreven geneesmiddelen te melden bij Lareb. In een folder wordt uitgelegd hoe een bijwerking moet worden gemeld en hoe deze in het HIS kan worden genoteerd. Het melden van de eerste twee

gesignaleerde bijwerkingen levert studiepunten op. De opdracht maakt deel uit van een serie opdrachten in het derde jaar, waarbij een bepaald aantal punten moet worden gehaald om de opleiding af te kunnen ronden.

Heeft deze training effect op de hoeveelheid meldingen nadat de opleiding voltooid is? Om deze vraag te beantwoorden vergeleken de onderzoekers een groep van 124 in Rotterdam opgeleide huisartsen met een controlegroep van 135 huisartsen die in Leiden was opgeleid. Daar bestond de scholing rond het melden van bijwerkingen uit een onderwijsmodule tijdens de terugkomdag. In de database van Lareb, het landelijk meldingssysteem, werden de meldingen van beide groepen huisartsen nagezocht tot ruim 3 jaar na voltooiing van de opleiding.

Van de in Rotterdam opgeleide huis-

artsen bleek 19% bijwerkingen te hebben gemeld na afronding van de opleiding, van de Leidse huisartsen was dat 8%. Bovendien rapporteerden de Rotterdamse huisartsen gemiddeld 3 keer zoveel bijwerkingen, en waren hun meldingen beter gedocumenteerd.

Hoewel dit geen gerandomiseerd onderzoek was, is het verschil tussen de groepen zo groot dat aannemelijk is dat het verschil in onderwijs hier een rol heeft gespeeld. Maar zelfs in de groep in Rotterdam opgeleide huisartsen bleef het aantal meldingen beperkt: in 3 jaar 32 meldingen van 124 huisartsen. Je zou denken dat het nog beter kan. ■

Hans van der Wouden

Gerritsen R, et al. Effectiveness of pharmacovigilance training of general practitioners. *Drug Saf* 2011;34:755-62.

De huisarts is kosteneffectief

Veel zelfverwijzers op de spoedeisende eerste hulp (SEH) hebben geen acuut probleem. Zij zorgen voor hogere kosten en langere wachttijden. Een mogelijke oplossing is om een huisarts in de SEH te integreren; het verlaagt de kosten en vergroot de patiënttevredenheid.

De meeste mensen die uit eigen beweging de SEH bezoeken terwijl ze geen levensbedreigend probleem hebben, doen dat omdat ze daar de beste medische zorg verwachten. Hoewel de meeste zelfverwijzingen tijdens kantooruren plaatsvinden blijkt het lastig om deze mensen naar de huisarts te krijgen.

Amsterdamse onderzoekers keken naar het effect van het toevoegen van een huisarts aan de staf van de SEH op de kosten, de doorlooptijd, het aantal correcte diagnoses en de patiënttevredenheid. Zij deden dit door een voor- en nameting op de SEH van het VU Medisch Centrum te Amsterdam. Gedurende 6 maanden werden alle zelfverwijzers die zich overdag presenteerden zonder

spoedeisend probleem uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek en de meerderheid (84%) stemde toe. In de eerste 3 maanden voerde de SEH-arts de zorg als gebruikelijk uit (voormeting) en de 3 maanden daarna werd de patiënt na triage door de SEH-arts of door de huisarts-(in-opleiding) behandeld. In totaal deden 832 zelfverwijzers mee aan de voormeting en 695 aan de nameting van wie er 584 (84%) door de huisarts werden behandeld. Na 4 weken werd bij de eigen huisarts gecontroleerd of de gestelde diagnose op de SEH correct was. In de nameting waren de totale maatschappelijke kosten per patiënt lager (€ 217,- versus € 288,-), de wacht- en behandeltijd was korter (69 versus 93 minuten) en de patiënttevredenheid was hoger (7,7 versus 7,3 op een 10-puntschaal) terwijl het aantal correcte diagnoses niet significant verschillend was. Toevoeging van de huisarts resulteerde in meer kwaliteit voor minder geld en was kosteneffectief.

Deze mooie resultaten zijn niet verbazingwekkend, aangezien huisartsen getraind zijn om doelmatig en met beperkte diagnostische middelen te wer-



Foto: Marc de Haan/Hollandse Hoogte

ken. Of huisartsen op deze manier het probleem van de zelfverwijzers willen oplossen is echter een vraag die zij zelf moeten beantwoorden. ■

Lidewij Broekhuizen

Bosmans JE, et al. Addition of a general practitioner to the accident and emergency department: a cost-effective innovation in emergency care. Emerg Med J 2012;29:192-6.

Langwerkende luchtwegverwijders bij COPD

Toevoeging van een langwerkend bèta-2-sympathicomimeticum (LWBM) aan een langwerkend anticholinergicum heeft een bescheiden gunstig effect op de kwaliteit van leven en de longfunctie. Op ziekenhuisopnames en sterfte lijkt het geen invloed te hebben, volgens een recente Cochrane-review.

Luchtwegverwijding is de basis van de medicamenteuze behandeling van COPD. Eerst met de kortwerkende middelen salbutamol, terbutaline of ipratropiumbromide en bij onvoldoende effect kunnen we vervolgens kiezen tussen langwerkende anticholinergica (tiotropium) en LWBM (formoterol of

salmeterol). Hoe zinvol is een combinatie van langwerkende middelen? Deze vraag werd bestudeerd in een Cochrane-review waarin onderzoekers vijf trials analyseerden met in totaal 3263 patiënten met matige of ernstige COPD. De onderzoeken vergeleken het effect van tiotropium met dat van tiotropium plus een LWBM (formoterol, salmeterol, of indacaterol). De NHG-Standaard COPD beveelt indacaterol overigens niet aan omdat de ervaring hiermee beperkt is.

De combinatiebehandeling resulteerde in een hogere levenskwaliteit (gemiddeld verschil -1,61 (95%-BI -2,93 tot -0,29)) op de SGRQ-score van 0 tot 100, waarbij een lagere score beter is. Dit is een klein effect, want op de SGRQ wordt een verschil van 4 pas klinisch relevant geacht. Er was geen verschil in het aantal ziekenhuisopnames, exacerbaties en

sterfte, maar waarschijnlijk speelt de korte follow-up (3 tot 12 maanden) hierbij een rol. Wel was de FEV₁-toename groter bij de combinatiebehandeling (gemiddeld verschil 0,07 liter; 95%-BI 0,05 tot 0,09).

Kortom: er lijkt geen bezwaar tegen toevoeging van LWBM aan tiotropium, maar het verwachte effect is klein. Wel moeten we in acht nemen dat het bijwerkingprofiel van LWBM wat ongunstiger is bij cardiovasculaire comorbiditeit. Proberen en blijven evalueren dus. ■

Lidewij Broekhuizen

Karner C, et al. Long-acting beta(2)-agonist in addition to tiotropium versus either tiotropium or long-acting beta(2)-agonist alone for COPD. Cochrane Database Syst Rev 2012 Apr 18;4:CD008989.

Jan van Es-prijs naar Linda Kiers

Linda Kiers won tijdens de NHG-Wetenschapsdag op 9 juni 2012 de Jan van Es-prijs voor de beste *Critically Appraised Topic* (CAT). Zij schreef deze over de behandeling van chalazion.

Sinds jaren wordt er tijdens de jaarlijkse NHG-Wetenschapsdag een prijs uitgereikt voor de beste scriptie en sinds 2008 voor de beste geschreven en gepresenteerde CAT door een huisarts-in-opleiding. De prijs is vernoemd naar prof.dr. J.C. van Es, de eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde van Nederland en grondlegger van de specialistische beroepsopleiding voor huisartsen. Ieder jaar kunnen aios een CAT insturen via de

huisartsinstituten. Per instituut worden maximaal twee beste CAT's ingestuurd voor selectie door de jury van de Jan van Es-prijs. De jury selecteert maximaal 4 CAT's voor presentatie tijdens de NHG-Wetenschapsdag. Dit jaar waren dat:

- Botoxbehandeling: van transpiratie naar inspiratie? (A. Geraedts, R. Vermeulen)
- Lymfoedeem na okselklierdissectie: is manuele lymfdrainage (MLD) een effectief onderdeel van compressie-therapie? (S. Leenman)
- Fissura ani: nitraten versus calcium-antagonisten (V. Do)
- Behandeling van chalazion: corticosteroiden of incisie en curettage? (L. Kiers-van den Heuvel)

De jury reikte de Jan van Es-prijs uit aan

Linda Kiers vanwege haar interpretatie van de uitslagen en het goed ingelezen zijn in de achtergronden, gecombineerd met een zeer goede presentatie. Haar conclusie is dat een corticosteroidinjectie een vergelijkbaar behandelresultaat laat zien als incisie en curettage bij de behandeling van een chalazion.

Naast de Jan van Es-prijs bestaat er sinds dit jaar een Publieksprijs voor de beste CAT. Die viel op dezelfde presentatie als de juryprijs, zodat Linda twee prijzen (waaronder de Jan van Es-penning en een cheque van € 1000,-) in ontvangst kon nemen! We hopen dat deze uitreiking een stimulans is voor huisartsen-in-opleiding om het komende jaar weer veel en goede CAT's in te sturen. ■

Femke Hohmann

Urine-incontinentie meestal niet bekend bij huisarts

De meeste vrouwen die last hebben van urine-incontinentie melden zich niet bij hun huisarts. Ze hebben er relatief weinig last van, hebben een manier gevonden om ermee om te gaan, of ze vinden dat het bij de leeftijd hoort.

Groningse onderzoekers ontdekten dat van de vrouwen van 55 jaar en ouder die last hadden van urine-incontinentie 64% geen hulp had gezocht bij hun huisarts. Ze onderzochten allerlei variabelen die daarmee samen konden hangen.

Uit een multivariate analyse bleek dat oudere vrouwen en vrouwen met meer last van de incontinentie iets vaker bij de huisarts kwamen. Toch vonden de onderzoekers opvallend weinig voorspellende variabelen. Gevraagd naar de redenen waarom ze geen hulp zochten gaven slechts weinig vrouwen aan dat ze het uit schaamte niet meldden, of dat ze bang waren dat de huisarts hen niet serieus zou nemen. Een kwart veronderstelde dat er geen goede behandeling zou

zijn. De onderzoekers concluderen dat de resultaten wellicht aanleiding zijn om een screeningsprogramma te starten naar urine-incontinentie bij 55-plussers. Uiteraard moet daar dan eerst de effectiviteit en doelmatigheid van worden aangetoond. ■

Henk Schers

Visser E, et al. Systematic screening for urinary incontinence in older women: who could benefit from it? *Scand J Prim Health Care* 2012;30:21-8.

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).



Foto: Anke Teunissen/Hollandse Hoogte



Ouderenzorg in praktijk gebracht

Samenvatting

Ramackers AMC, Van Leeuwen YD, Ponse KCJAH, Lammerts LHAGM. *Ouderenzorg in praktijk gebracht*. Huisarts Wet 2012;55(8):330-4.

Doel De visie op ouderenzorg door de huisarts is veranderd. Lag voorheen de nadruk op de hulpvraag als uitgangspunt, nu is de algehele functionele toestand leidend – de reactieve benadering heeft plaats gemaakt voor een anticiperende. Deze benadering zouden huisartsen tijdens hun opleiding moeten aanleren. We hebben een onderwijsinterventie in zes opleidingspraktijken gedaan, waarbij huisartsen in opleiding (aios) gedurende een jaar ouderen in kaart hebben gebracht en vervolgd (adoptie). We volgden het proces met kwalitatief onderzoek, en wilden achterhalen wat de aios leren en hoe zij het geleerde relateren aan de onderwijsinterventie.

METHODE We hebben driemaal semigestructureerde interviews afgenomen bij aios en opleiders, die we op audioband hebben opgenomen en woordelijk hebben getranscribeerd. Drie beoordelaars hebben vervolgens de gegevens onafhankelijk van elkaar gecategoriseerd. Twee beoordelaars hebben de uitkomsten geïnterpreteerd.

RESULTATEN De aios adopteerden elk drie tot vijf patiënten. Ze verwoordden het toegenomen inzicht duidelijk: ze kregen de ouderen 'in beeld' en meer zicht op de totale problematiek, waardoor ze anticiperend konden werken. De regiefunctie kreeg inhoud. Ze misten input van de opleider en maakten weinig gebruik van consultants.

CONCLUSIE Interventies in praktijkonderwijs zijn lonend als aios volgens nieuwe inzichten willen leren werken. Aan de hand van kwalitatief onderzoek kunnen we dit in beeld brengen. Het is gewenst dat opleiders iets meer sturing bieden dan ze nu doen.

INLEIDING

Ouderenzorg is *hot*. Een toenemend aantal publicaties propageert een nieuwe aanpak, waarbij ze aanraden om onder andere de opleiding van medici aan te passen. In de voorstellen ligt meestal de nadruk op cursorisch onderwijs en korte stageprogramma's, niet op interventies in de opleidingspraktijk, terwijl juist daar veel winst te behalen valt.⁸⁻¹⁴ In dit artikel beschrijven we een onderzoek rond een onderwijsproject binnen de opleidingpraktijk: een nieuwe benadering van ouderenzorg door huisartsen in opleiding (aios).

De afgelopen jaren zijn er verschillende standpunten en artikelen op het gebied van ouderenzorg verschenen.¹⁻⁸ Aparte vermelding verdient de bundel *Gedeelde verantwoordelijkheid* van het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, die alle betrokken opleidingen (!) het volgende aanbeveelt:⁶

- Herzie en vernieuw modules met betrekking tot geriatrie en ouderenzorg: een integrale, anticiperende benadering vormt het uitgangspunt.
- Organiseer een gezamenlijk onderwijsmoment op het gebied van ouderenzorg, zodat de toekomstige hulpverleners kennismaken met multidisciplinaire zorg.

Het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg, huisartsgeneeskunde voor ouderen vormt een leidraad voor de gevraagde veranderingen in de huisartsenpraktijk.¹ Het Standpunt geeft aan dat de zorg voor de oudere patiënt vraagt om een samenhangend zorgnetwerk, waarbij de huisarts de regie heeft. Steeds moet men afwegen of een interventie wel bijdraagt aan de optimalisering van de kwaliteit van leven.

METHODE

Onderwijsproject in de huisartsenopleiding

In de Maastrichtse huisartsenopleiding zijn we in september 2009 gestart met een door kwalitatief onderzoek begeleide onderwijsinterventie op het gebied van ouderenzorg. Doel van de onderwijsinterventie was de aios te laten ervaren hoeveel een grondige probleeminventarisatie en een integraal behandelplan oplevert en hoeveel beter daarmee de regiefunctie in de zorg voor de oudere kan worden vervuld. Ter adstructie reikten we een set van competenties uit. Vanaf februari 2010 hebben we zes aios en hun opleiders gedurende een jaar begeleid en gevolgd. Hierbij zijn we behoedzaam te werk gegaan. Zoals De Vries stelde in zijn proefschrift, *Het leven en de leer*,¹⁵ verstoren interventies vanuit 'de school' vaak de dynamiek van de stageplek of blijken ze onrealistisch.

De onderwijsinterventie hield het volgende in. De aios kregen de opdracht om acht tot tien patiënten uit de opleidingspraktijk te adopteren. 'Oud' en 'frail' waren daarbij de kernwoorden, maar we hielden geen strikte in- en exclusiecriteria aan. We vroegen hen een functionele probleemanalyse en integraal behandelplan op te stellen,¹⁶ en de patiënten te vervolgen. Ter voorbereiding organiseerden we een instructie-

Wat is bekend?

- Het is noodzakelijke om de eerstelijnsouderenzorg anders in te richten.
- De opleiding moet daarop inspelen, wat meestal gebeurt in de vorm van cursorisch onderwijs.

Wat is nieuw?

- Veranderingen in visie en benadering kan men het beste in de praktijk oefenen. Met minimale onderwijsinterventies, vooral intensiveren van patiëntcontacten, is veel te bereiken.
- De kwalitatieve onderzoeksmethode is bij uitstek geschikt om dit in beeld te brengen.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: A.M.C. Ramackers, masterstudent geneeskunde; dr. Y.D. van Leeuwen, hoofddocent vakgroep Huisartsgeneeskunde; K.C.J.A.H. Ponse, destijds student. Eindhoven: L.H.A.G.M. Lammerts, huisarts • Correspondentie: yvonne.vanleeuwen@hag.unimaas.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is mede mogelijk gemaakt door subsidie van de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven en de Brabant Medical School.

bijeenkomst, waarop we het doel en de onderwijsinterventie uiteenzetten. Verder vertoonden we een korte instructiefilm over consulten bij ouderen, waarin we een minder goed en een beter consult lieten zien.¹⁷⁻¹⁹ We maakten gebruik van verschillende hulpmiddelen. Ten eerste een 'rugzakje', waarin de te verwerven competenties, een registratie-instrument voor ouderenconsulten (SF MPC) en een aantal naar eigen inzicht te gebruiken meetinstrumenten zaten, zoals de MMSE-dementieschaal,²¹ de Groninger Frailty Index²² en de Geriatric Depression Scale (GDS).²³ Daarnaast was men vrij in het gebruik van welk ander hulpmiddel dan ook.

Opleiders vroegen we om te helpen bij het vinden van adoptiepatiënten en om deze met enige regelmaat te bespreken tijdens de dagelijkse nabespreking. Ter voorbereiding organiseerden we vijf onderwijssessies van 1 uur over het nieuwe concept ouderenzorg en de praktische implicaties daarvan. Dit programma vormde een onderdeel van het cursusprogramma 2009-2010 voor alle opleiders van de Maastrichtse huisartsenopleiding.

Er waren geen andere hulpverleners rechtstreeks bij de opdracht betrokken; aios kregen de aanbeveling om paramedici en de specialist ouderengeneeskunde te consulteren.

Onderzoek

Doel

Het onderzoek was kwalitatief van aard en opzet. We wilden achterhalen wat aios leren op het gebied van ouderenzorg en of ze het geleerde konden relateren aan de onderwijsinterventie. De geoperationaliseerde vraagstelling luidde: in welke bewoordingen geven de betrokkenen (aios en opleider) aan wat en waarvan ze iets hebben geleerd?

We hebben voor kwalitatief onderzoek gekozen omdat de onderwijsinterventie klein van opzet was en we vooral geïnteresseerd waren in de aard van de ervaring die de aios al doende opdeden.

Populatie en gegevensverzameling

We vroegen zes aios-opleiderkoppels om deel te nemen, die alle toestemden. Voor deelname moest de aios een voorspoedig opleidingsverloop vertonen en deelname op prijs stellen. De opleider moest openstaan voor het onderwijsexperiment. Er was dus sprake van een bewuste positieve selectie van aios en hun opleiders. Gedurende het onderzoeksjaar is één praktijk afgevallen in verband met zwangerschapsverlof van de aios. Van de andere vijf praktijken beschikken we over de complete gegevensverzameling.

De aios en hun opleiders hebben we aan begin, midden en einde van het opleidingsjaar ondervraagd. Dat deden we aan de hand van semigestructureerde interviews, die we in de opleidingspraktijk afnamen, afzonderlijk bij de opleider en de aios. Zowel aios als opleiders waren op de hoogte van het doel van het onderzoek.

In het eerste interview (ongeveer 20 minuten) stond de visie op ouderenzorg centraal: hoe ziet die zorg er volgens de ondervraagden idealiter uit, wat is haalbaar in de praktijk en

hoe zien ze hun eigen rol? In de vervolgesprekken (ongeveer 45 minuten), vroegen we door over het leren (wat en hoe) en het projectverloop (haalbaarheid van de opdrachten, enzovoort). We vroegen rechtstreeks naar leerervaringen, maar ook indirect door naar details over patiëntencasus te informeren.

De interviews zijn steeds door twee personen afgenomen en opgenomen met een digitale voicerecorder. Alle interviews zijn digitaal opgeslagen, net als de letterlijke transcriptie.

We hebben materiaal en codering ingebracht in ENVIVO 2.0, een softwareprogramma om kwalitatieve onderzoeksgegevens te verwerken. De gegevens hebben we geanonimiseerd, waarbij nog wel de koppeling tussen aios (A) en de bijbehorende opleider (B) te maken was. De codering is separaat verricht door drie beoordelaars. We hebben het materiaal volgens de methode van *thematic content analyses*²² gecategoriseerd. Hierbij brengt men tekst onder in zelf gekozen categorieën, die gerelateerd zijn aan de onderzoeksvraag, bijvoorbeeld diverse aspecten van leeropbrengst. We hielden een boekhouding bij van alle keuzen en beslissingen, de zogenaamde *audit trail*.^{22,24}

RESULTATEN

De uitvoerbaarheid van de opdracht

Het was de aios duidelijk wat de bedoeling was: zij maakten een uitgebreide probleeminventarisatie volgens het SF MPC-model (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief functioneren), dat bekend is uit de geriatrie. Vervolgens stelden ze een behandelplan op, met prioriteiten die aansloten bij de wensen van de patiënt. De inclusie van een adoptiepatiënt nam gemiddeld anderhalf uur in beslag. De opleider maakte tegen deze tijdsinvestering geen bezwaar.

Abstract

Ramackers A, Van Leeuwen Y, Ponse K, Lammerts L. Care for the elderly in practice. *Huisarts Wet* 2012;55(8): 330-4.

Background Elderly care in general practice has changed, from focusing on the reason for the appointment to focusing on the patient's overall functional status: reactive care has been replaced by anticipatory care. GP trainees need to learn this approach during specialization. In a pilot study, an educational intervention was tested in six training practices, during which GP trainees adopted and monitored elderly patients for 1 year. The educational intervention was flanked by qualitative research, to establish what the trainees learned and how they related this information to the intervention.

METHOD Semi-structured interviews were administered to GP trainees and their supervisors on three occasions. The interviews were verbally transcribed, and then three assessors independently coded and categorized the interview outcomes. Two assessors interpreted the outcomes.

RESULTS Each GP trainee adopted 3-5 patients. Trainees reported that they got a better picture of their patients and of their problems as a whole, which enabled them to provide anticipatory care. They gained insight into their role in a network of care. They missed input from their supervisors and made limited use of the possibility to consult with specialists.

CONCLUSION Teaching practice interventions are warranted, as GP trainees want to learn on the job, but supervisors should provide more supervision than they currently do.

Het is echter – puur om redenen van tijdgebrek – geen van de aios gelukt om acht tot tien patiënten te adopteren. Het gemiddelde lag op vier. De aios hadden liever één kort en bondig screeningsinstrument gehad dan een heel rugzakje. Zo was het toch veel zoeken. De aios vervolgden de patiënten in een frequentie en duur die ze zinnig achtten – op maat, dus. Gemiddeld ging het om drie vervolgsconsulten. Deze verliepen in essentie niet anders dan bij andere patiënten, zij het dat er meer problemen waren om ‘af te werken’. Tijdens de nabespreking van het spreekuur met de opleider kwamen de ‘adoptieconsulten’ slechts summier aan bod. Ook hebben de aios geen andere hulpverleners geraadpleegd.

Belangrijkste leerpunten

De belangrijkste leerpunten voor de aios zijn door ons geschaard onder de koppen ‘Complexiteit van zorg’ en ‘Mensen in beeld hebben’. Uit de gegevens komt naar voren dat aios inzicht hebben gekregen in de complexiteit van de ouderenzorg; ze zien het belang van breed kijken en verder vragen dan alleen de acute klacht. In [tabel 1] hebben we een aantal citaten ter illustratie van de categorie ‘Complexiteit van zorg’ weergegeven. De citaten van aios A5, A1 en A2 laten zien dat het belangrijk is om meer uit te vragen dan alleen de actuele klacht. Ook de opleiders noemen dit onderwerp vaak. Ze bevestigen de groei in inzicht bij aios. Het citaat van B2 in [tabel 1] is typerend: zijn aios schetst een beter totaalbeeld van de oudere patiënt dan voorheen.

Ook de waarde van ‘Mensen in beeld hebben’ blijkt een belangrijk leerpunt voor de aios. Ze illustreerden dit veelal met casussen. In [tabel 1] zijn de citaten van A3 en A1 typerend: ze hebben goede zorg kunnen leveren omdat ze hun patiënt in beeld hadden, waardoor ze bijvoorbeeld gedragsverandering hebben opgemerkt.

Visie

In alle drie de interviews hebben we aios en opleiders gevraagd naar hun visie op ouderenzorg. Deze vraag heeft niet tot markante antwoorden geleid, noch aan het begin, noch aan het eind. Wel zijn aios in de loop van het jaar meer ‘doorleefde’ formuleringen gaan gebruiken. In [tabel 1] zijn de citaten van A1 en A2 uit de derde interviews typerend.

Regiefunctie en samenwerken

‘Regiefunctie’ en ‘Samenwerken’ werden de koppen voor de volgende categorie, die de centrale rol van de huisarts in het multidisciplinaire zorgnetwerk betrof. Opleiders vonden bij aanvang van de opdracht de regiefunctie een speerpunt (zie voor een illustratie het citaat van B1 in [tabel 2]). Uit de interviews met aios komt naar voren dat zij gegroeid zijn in de regiefunctie – ze illustreerden dit met casussen. Opleiders, bijvoorbeeld B1 en B2, bevestigen dat. Ook kregen de aios naar eigen zeggen meer zicht op het palet aan (para)medische hulpverleners in de nabije omgeving (de sociale kaart). Toch hebben ze weinig verwezen en dan nog hoofdzakelijk naar de fysiotherapeut.

We hebben de aios gevraagd om bij (minimaal) één patiënt een specialist ouderengeneeskunde te consulteren. Slechts één aios heeft dit daadwerkelijk gedaan (A5). De anderen gaven aan dat het er simpelweg niet van is gekomen of dat ze er geen reden toe zagen. Een enkele opmerking getuigt van het onderkennen van mogelijke blinde vlekken (citaat A4).

Rol van de opleider

Zowel uit de interviews met de aios als uit die met hun opleiders komt naar voren dat de rol van de opleider beperkt is geweest. Door aios geadopteerde patiënten werden tijdens de spreekurnabespreking kort of niet besproken [tabel 3], A3. Enkele opleiders geven wel aan dat hun inzichten omtrent ouderenzorg zijn vergroot (B1).

Tabel 1 Complexiteit van zorg/Mensen in beeld hebben

Persoon	Interview	
A5	3	Maar ik denk dat ik in zijn algemeenheid wel veel heb geleerd, en ook meer heb leren vragen naar hoe de situatie is. En dat ik bijvoorbeeld eerder geneigd ben om te vragen: heeft het leven voor u wel zin zo? Hebt u er plezier aan? En zo niet, waar schort het aan, waar zit het hem in? En dat is misschien wel omdat ik wat langer tijd heb besteed aan ouderen in het kader van het project.
A2	3	Wat ik eerst wel deed was proberen in kaart te brengen, maar dan keek ik niet meteen van waar ligt jullie urgentie, hè die van de patiënt. En van waar loopt u tegenaan, dat vraag ik dan wel, maar van waar zou u hulp willen hebben, of wat vindt u nu belangrijk in dit, wat zou u op 1 zetten van wat kunnen we nu verbeteren.
A1	3	I: En als je kijkt naar jezelf toen je begon en nu je klaar bent als hulpverlener, dan met name op het gebied van ouderen, ben je daarin veranderd? A1: Ja vind ik wel. Dat je meer oog hebt voor die multiproblematiek die er speelt en dat je daar dus ook eerder naar vraagt. Dus zoals nu die man met geheugenproblemen en die dochter die zegt ik maak me toch zorgen omdat hij vaak alleen is, dat hij niet valt, en hij moet 's nachts die trap af. En dat zit er eigenlijk dus nog onder, en daar ga ik dan meer op in. Terwijl eerst, dan had ik gezegd: ja geheugenproblemen, een MMSE. Nou valt het allemaal wel mee, een alarm heeft hij wel. Dan ga je er allemaal wat minder op in, nu ga je er wat meer op in en dat je dan denkt van ik ga het wel wat verder uitdiepen van wat er allemaal onder zit.
A1	3	Ik denk dat het gewoon goed is als je één keer iemand heel uitgebreid in kaart brengt, dat je iemand veel beter in beeld hebt, zeg maar. Wat er speelt in zijn algemeenheid. Dus als er dan iets bij komt, dat je dat veel beter kunt plaatsen.
A3	3	I: Of het in kaart brengen zin had, dat weet je niet? A3: Nou, ik denk toch wel, want ik hoefde niet het hele, ik wist gewoon de voorgeschiedenis, ik wist hoe die mevrouw in elkaar stak, en ik wist van nee dit klopt gewoon niet, want zo ken ik haar niet. Dus dat maakt het in dit geval wat makkelijker, dat ik haar een keer uitgebreid gezien had.
B2	2	Maar wat ik goed aan hem vind, en of dat hiermee aangescherpt is, hij kan een mooi totaalbeeld schetsen en hij kan dat prioriteren, kan heel goed organiseren, en heeft dus gericht mensen kunnen helpen.

Tabel 2 Regie nemen/Samenwerken

Persoon	Interview	
B1	1	Ik denk dat het goed is dat er binnen de opleiding hier wel wat mee gedaan wordt. Anders deed ik niet mee. Want ik denk dat het samenwerken, ik merk ook bij mijn aios, dat dat nog veel verbeterd kan worden. Je ziet aios toch vaak op hun eigen kamertje zitten, zonder dat er interactie is met anderen, dat ik denk van kom er eens uit en ga eens overleggen. Er zijn zo veel mogelijkheden, en onderzoek het eens. En ik denk dat dat weinig geleerd wordt, dus wat dat betreft is het goed dat er nou iets gebeurt, dat er toch ook competenties worden opgesteld daarvoor.
B2	3	Maar waar hij in gegroeid is, is dat hij gewoon een veel centraler figuur geworden is. Hij heeft zich geprofileerd als zijnde ik ben het eerste aanspreekpunt. Het waren zijn patiënten.
B1	3	Ik denk dat de aios hier wel leert samen te werken. Dat ze veel beter weten van wanneer ergo, wanneer fysio, wanneer POH, die POH dat, met de assistentes, met de opleider van welke vragen wel, welke niet. Dus het samenwerken is denk ik bij uitstek de competentie wat je hier goed mee kan trainen. Daarom vind ik het ook wel een goed project.
A4	3	Terugkijkend had ik misschien wat meer gebruik kunnen maken van een specialist ouderenzorg. Niet dat ik denk dat ik nu m'n patiënten tekort heb gedaan, maar er waren niet zulke problematische dingen dat ik denk er moet iemand meekijken. Maar misschien zijn er altijd dingen toch die zij zien die ik niet zie.
A1	2	In het eerste jaar, mijn opleider deed dat toen wel [consulteren van de specialist ouderengeneeskunde]. En dat was wel heel nuttig, dat vond ik toen wel nuttig, dus ik weet ook wel dat het kan, zeg maar. Maar mijn [huidige] opleider doet dat helemaal niet.

Al doende leren

Zowel aios als hun opleiders omschreven het accent op praktijkonderwijs als positief, wat niet gold voor cursorisch onderwijs. Voorbeelden zijn de citaten van aios A4 en opleiders B3 en B4 in [tabel 4].

BESCHOUWING

De deelnemende aios hebben het nodige geleerd op het gebied van ouderenzorg. Ze formuleerden hun groei in termen van 'breed hebben leren kijken', 'de complexiteit onderkennen', 'het belang van anticiperen zien' en dergelijke. Ze zien het belang van het 'al doende leren'. In hoeverre de onderwijsinterventie hieraan debet is, is met dit onderzoeksontwerp niet te achterhalen. Het is echter aannemelijk dat er een verband is. Dat praktijkonderwijs als stimulus tot leren en veranderen vele malen krachtiger is dan cursorisch onderwijs, is een breed gedeelde ervaring. Ook onderzoek, zoals de expertisetheorie van Schmidt en Boshuizen,²⁴ sluit hierbij aan. Toch is slechts summier onderzocht hoe de praktijk als instrument in te zetten is om bepaalde leereffecten te bewerkstelligen.

Beperkingen van het onderzoek

Zoals eerder vermeld waren de aios geselecteerd op basis van hun voorspoedige opleidingsverloop en/of op basis van een goede match tussen een enthousiaste aios en een voor onderzoek gemotiveerde opleider. Het betrof dus een bewust positieve selectie. We kozen hiervoor om de winst van de opdracht onder min of meer optimale omstandigheden te kun-

nen onderzoeken. Deze gang van zaken is niet ongebruikelijk bij onderwijsontwikkeling. Dit is echter ook een beperking van het onderzoek: zou deze aanpak ook bij gemiddeld gemotiveerde aios en opleiders een dergelijke leerwinst opleveren?

De opleider is meer buiten beeld gebleven dan bedoeld en verwacht. Dit staat haaks op de bevinding in ander onderzoek, waaruit bleek dat ervaren artsen een belangrijke rol hebben bij het leren van aios in de praktijk.²⁵ Mogelijk hebben deze aios hun opleiders niet als rolmodel gezien op het gebied van ouderenzorg. Zelf zagen de opleiders immers ook ruimte voor verbetering. Is mogelijk de theoretische voorbereiding ontoereikend geweest, wat de veronderstelling voedt dat praktijkleren ook voor opleiders effectiever is? De wens van de aios om op de terugkomdag plaats in te ruimen voor reflectie komt voort uit hun behoefte toch ergens op de leerervaring terug te kijken.

Waarom de aios geen andere hulpverleners hebben geconsulteerd, kunnen we niet geheel verklaren: ze gaven vaak aan dat 'ze het niet nodig vonden'. Vooralsnog houden we het op het fenomeen dat onbekend onbemand maakt.

We hebben de patiënten niet naar hun mening gevraagd. Het zou interessant zijn om na te gaan in hoeverre zij zich dankzij deze aanpak meer gekend voelen in hun noden en wensen, en vervolgens: in welke mate hun kwaliteit van leven hoger wordt ingeschat.

Vervolg

Het is de bedoeling dat de regiefunctie van de aanstaande huisarts uiteindelijk in alle opleidingspraktijken meer aan-

Tabel 3 Rol en leercurve van de opleider

Persoon	Interview	
A3	3	We hebben de laatste tijd het project zelf niet actief op die manier besproken of we zijn daarvoor gaan zitten. Patiënten die passeren bespreken we uiteraard, maar niet speciaal in het kader van dit.
B1	3	Ik heb heel weinig gedaan. En zo nu en dan heeft 'A1' met mij overlegd over de gang van zaken.
B1	2	I: En wat zijn dingen die je zou willen verbeteren, dat je denkt daar kan ik nog winst behalen. B1: Toch nog meer samenwerken. Toch niet alleen aan de praktijkondersteuner denken, maar ook samen met haar denken aan fysiotherapie, ergotherapie, aan een diëtiste bijvoorbeeld, daar denken we ook veel te weinig aan bij van die oude bejaarden. Dus dat op dat gebied. En misschien eens een keer overleggen met een specialist ouderengeneeskunde. Dat doe ik echt zelden, een heel enkele keer. Als dat twee of drie keer is geweest in de afgelopen tien jaar dan houdt het wel op.

Tabel 4 Al doende leren

Persoon	Interview	
A4	2	Hoe heb ik dat geleerd? Eigenlijk gewoon in het diepe springen, gewoon eerst inventariseren wat je precies kan doen en dan uitvinden hoe je er achter komt. Sommige dingen weet je hoe je ze kan benaderen en sommige dingen kom je gaandeweg achter en denk je ik kan beter die bellen of dat kan ik makkelijker zo en zo doen. Al doende leert men, zo kom je er eigenlijk achter.
B3	2	Ja goed, het mes snijdt aan twee kanten. Als zo'n patiënt goed in kaart gebracht wordt en allemaal dingen komen bovendrijven. Voor mij is het leuk, dan denk ik dat hebben we goed gedaan, de aio heeft er wat van geleerd, de patiënt is ermee gediend. Dan als je dat op een heel theoretische manier zou doen. Je moet dat in de praktijk doen, dat spreekt veel meer. Kijk, die derdejaars hebben al met veel disciplines samengewerkt, maar als je het kunt gieten in iets wat je ook aan de patiënt kunt koppelen met alles erop en eraan, wie moet ik allemaal inschakelen, dan wordt het één geheel.
B4	2	Dit is de aanleiding geweest om zoiets op touw te zetten. Want anders zou de aanleiding er, die had er natuurlijk kunnen zijn ten aanzien van bepaalde patiënten, maar hier is hij nadrukkelijker gepresenteerd. Dus de mogelijkheid is gepresenteerd om een patiënt uitvoerig van alle kanten te bekijken, eventueel met anderen, dus multidisciplinair, en dat is ook bij enkelen, bij twee van de vier zeker, gebeurd. En om daar dus beleid te voeren en de regie te nemen. En die mogelijkheid is er eerder, in beginsel wel geweest, maar is niet zo... Ze is niet zo op de proef gesteld eerder.

dacht krijgt. De onderwijsinterventie zal dus ook moeten slagen bij minder gemotiveerde aios en opleiders, en ook zonder de aansporingen van een projectteam. Wellicht moet het onderwerp daarvoor geregeld op de agenda komen voor de nabespreking met de opleider of moeten de opleiders een parallelle praktijkopdracht krijgen. Het aantal door de aios te adopteren patiënten zal worden beperkt (drie tot vijf), omdat ze tijdsgebrek als belangrijkste beperkende factor noemden. We zijn op zoek naar één goed screeningsinstrument, dat echt des huisarts is en bij voorkeur in het HIS is in te bouwen. We hebben een korte film ontwikkeld, aan de hand waarvan aios de expertise van paramedici en de verwijsindicaties kunnen leren kennen.²⁶ Voor het consulteren van de specialist ouderengeneeskunde zullen we een webcamproject starten, waardoor de specialist tijdens het consult virtueel aanwezig kan zijn. We zullen een format ontwikkelen voor nabespreking van adoptiepatiënten op de terugkomdag. Inmiddels hebben we een vervolg gerealiseerd in een volledige groep van (twaalf) aios. We hebben contact gezocht met andere onderzoekers die zich met werkplekleren bezighouden.²⁵ Naar wij hopen leidt dit tot meer praktijkonderwijsmodules. Er zijn immers meer gebieden binnen de huisartsgeneeskunde waar het meer gaat om inzicht, dan om medische kennis of vaardigheid. Deze lenen zich bij uitstek voor al doende leren!

CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat de wijze waarop aios hun leerwinst verwoorden inzicht geeft in de kracht van het praktijkleren. Zowel het onderwijs als het onderzoek verdienen een vervolg en een bredere verspreiding. ■

Met dank aan de deelnemende aios, opleiders en patiënten.

LITERATUUR

- NHG-Standpunt Toekomstvisie huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
- Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.
- Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen. Focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking. Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG, 2010.
- KNMG-standpunt. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: KNMG, 2010.
- CBOG. Gedeelde verantwoordelijkheid en vertrouwen. Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen. Utrecht: CBOG, 2010.
- Wind AW, Gercama AJ. Verantwoordelijk samenwerken in de eerste lijn. Ned Tijdschr Geneesk 2010;154:A1763.
- Gazewood JD, Vanderhoff B, Ackermann R, Cefalu C. Geriatrics in family practice residency education. An unmet challenge. Fam Med 2003;35:30-4.
- Robbins MR. Training family medicine residents for assessment and advocacy of older adults. J Am Osteopath Assoc 2002;102:632-6.
- Goldman LN, Wiecha J, Hoffman M, Levine SA. Teaching geriatric assessment. Use of a hybrid method in a family medicine clerkship. Fam Med 2008;40:721-5.
- Warshaw GA, Murphy JB, Kahn NB, Hejduk GR, Singleton SR. Geriatric medicine curriculum consultations for family practice residency programs. American academy of family physicians residency assistance program/Hartford Geriatrics Initiative. J Am Geriatr Soc 2003;51:858-62.
- Helton MR, Pathman DE. Caring for older patients. Current attitudes and future plans of family medicine residents. Fam Med 2008;40:707-14.
- Mouton CP, Parker RW. Family medicine training in the care of older adults – has the retreat been sounded? Fam Med 2003;35:42-4.
- Warshaw G, Murphy J, Buehler J, Singleton S. Geriatric medicine training for family practice residents in the 21st century. A report from the Residency Assistance Program/Hartford Geriatrics Initiative. Fam Med 2003;35:24-9.
- De Vries B. Het leven en de leer. Een studie naar de verbinding van leren en werken in de stage [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
- Guldemond FI. Handvatten voor ouderengeneeskunde. In: Muris JWM, De Weerd-Spaetgens CMEE, redactie. Ouderengeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
- <http://media02.sv.unimaas.nl/Huisartsgeneeskunde/Ouderenzorg/Consult-en-overpeinzing.1.wmv>.
- <http://media02.sv.unimaas.nl/Huisartsgeneeskunde/Ouderenzorg/Consult-en-overpeinzing.2.wmv>.
- <http://media02.sv.unimaas.nl/Huisartsgeneeskunde/Ouderenzorg/Consult.3.wmv>.
- Schuermans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JJP. Old or frail: what tells us more? J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:962-5.
- Folstein ME, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatry Res 1975;12:189-98.
- Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale-Short Form among inpatients. J Clin Psychol 1994;50:256-60.
- Maso I, Smaling A. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam: Boom, 1998.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005;15:1277-88.
- Lucassen PLBJ, Olde Hartman TC. Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HP. A cognitive perspective on medical expertise. Theory and implication. Acad Med 1990;65:611-21.
- Van de Wiel MW, Van den Bossche P, Janssen S, Jossberger H. Exploring deliberate practice in medicine. How do physicians learn in the workplace? Adv Health Sci Educ Theory Pract 2010;16:81-95.
- <http://media02.sv.unimaas.nl/Huisartsgeneeskunde/Ouderenzorg/Wijs%20verwijzen.wmv>.



Bias en confounding: wat is waar?

PRAKTIJKPROBLEEM

Bij wetenschappelijk onderzoek wordt de relatie onderzocht tussen een bepaalde risicofactor en een bepaalde aandoening of gezondheidsuitkomst. De voor de hand liggende vraag is of de gevonden relatie *waar* is. Als er een systematische fout is gemaakt in het onderzoek spreekt men van 'bias': de resultaten komen niet (helemaal) overeen met de werkelijkheid.

Bias, soms vertaald als 'vertekening', klinkt ominueus en suggereert onbetrouwbare resultaten. Toch kunnen onderzoeksresultaten met bias wel degelijk relevant zijn. Een voorwaarde is wel dat de onderzoekers mogelijke onvolkomenheden bespreken.

ACHTERGROND

De relatie tussen risicofactoren en uitkomsten kunnen oorzakelijk zijn (roken en longkanker), diagnostisch (dubbelzien en hersentumor) of prognostisch (LDL-cholesterol en hartinfarct in de komende tien jaar). Bias is onder te verdelen in selectiebias (als selectie of uitval van patiënten is gerelateerd aan behandeling en uitkomst), informatiebias (als er een systematische fout optreedt in de meting van de risicofactor of aandoening) of confounding (als er naast de onderzochte risicofactor een variabele is die zowel met de risicofactor als met de aandoening samenhangt).¹

UITWERKING

Stel dat we een gerandomiseerd onderzoek doen naar het effect van een bloeddrukverlagend geneesmiddel (versus placebo), waarbij het toeval bepaalt of de deelnemers (mannen en vrouwen met hypertensie) het geneesmiddel krijgen. En stel nu dat dit medicijn de bloeddruk effectief verlaagt maar dat vooral mannen die het geneesmiddel niet kregen het onderzoek voortijdig stoppen. Van deze mannen blijft de uiteindelijke bloeddruk dan onbekend. Omdat mannen gemiddeld een hogere bloeddruk hebben dan vrouwen, leidt deze uitval tot een onderschatting van de gemiddelde bloeddruk in de groep onbehandelde patiënten. De selectieve uitval van onbehandelde mannen (selectiebias) leidt ertoe dat het bloeddrukverlagende effect van het geneesmiddel wordt onderschat.

Een bekende vorm van informatiebias is 'recall bias' (herinneringsbias). Moeders met een kind met een aangeboren aandoening herinneren zich doorgaans veel beter welke medicijnen zij tijdens de zwangerschap hebben gebruikt dan moeders die een gezond kind kregen.

De term confounding komt neer op 'verstoring' van de onderzoeksresultaten. Deze bias is alleen van toepassing op causaal en therapeutisch onderzoek. Een 'confounder' is een factor die is gerelateerd aan de onderzochte risicofactor én aan de gezondheidsuitkomst. Een illustratief voorbeeld is de relatie tussen borstvoeding en de latere intelligentie van kinderen. De intelligentie van de moeder is een confounder voor

deze relatie, omdat moeders die borstvoeding geven gemiddeld hoger zijn opgeleid (en een hogere intelligentie hebben) en dit is uiteraard ook causaal gerelateerd aan de intelligentie van het kind. Het aan de borstvoeding toegeschreven gunstige effect op de intelligentie van het kind blijkt in werkelijkheid volledig te berusten op de intelligentie van de moeder.²

Een andere vorm is 'confounding door indicatie', die vooral belangrijk is bij observationeel (dus niet-experimenteel) geneesmiddelenonderzoek.³ Omdat geneesmiddelen op indicatie of met een klinische reden worden voorgeschreven, zijn de patiënten aan wie het geneesmiddel is voorgeschreven niet vergelijkbaar met hen die het niet kregen. Zo zal in observationeel onderzoek naar de effectiviteit van griepvaccinatie het vaccin vooral zijn toegediend aan oudere patiënten met comorbiditeit. Gevaccineerde en niet-gevaccineerde patiënten verschillen dan niet alleen wat betreft vaccinatiestatus, maar ook wat betreft prognose. Voor gemeten confounders (bijvoorbeeld leeftijd en roken) kan worden gecorrigeerd met statistische technieken zoals multivariabele regressieanalyse. Door toegenomen kennis over confounding wordt de laatste jaren meer waarde toegekend aan observationeel onderzoek.⁴

BETEKENIS

Onderzoekers moeten mogelijke bias in hun onderzoek herkennen en meewegen in hun beoordeling van de resultaten. Lezers moeten kritisch beoordelen of ze het aannemelijk vinden dat onderzoeksresultaten ondanks eventuele bias, dus over- of onderschatting, toch van belang zijn. Daarnaast zal observationeel onderzoek steeds belangrijker worden voor de onderbouwing van ons handelen. Experimentele onderzoeken (gerandomiseerde trials) zijn immers duur en tijdrovend en bovendien kunnen veel risicofactoren, zoals roken en voeding, niet experimenteel worden onderzocht. Het is relevant om je af te vragen of er andere factoren zijn, van gedragsmatige of pathofysiologische aard, die het waargenomen effect kunnen hebben veroorzaakt. Kritisch en klinisch redeneren blijft dus medische noodzaak. ■

LITERATUUR

- 1 Grobbee DE, Hoes AW. Clinical Epidemiology. Principles, methods, and applications for clinical research. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2009.
- 2 Der GF, Batty GD, Deary IJ. Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ* 2006;333:945.
- 3 Johnston SC. Identifying confounding by indication through blinded prospective review. *Am J Epidemiol* 2001;154:276-84.
- 4 Hordijk M. Klinische trial krijgt concurrentie. *Med Contact* 2011;35:2045-7.

UMC Utrecht, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, Postbus 85500, 3508 CA Utrecht: dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en onderzoeker; dr. R.H.H. Groenwold, assistent professor, arts-epidemioloog en onderzoeker; prof.dr. Th.J.M. Verheij, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: b.d.l.broekhuizen@umcutrecht.nl



Proactieve benadering van migraine

Samenvatting

Smelt AFH, Blom JW, Dekker F, Van den Akker ME, Knuistingh Neven A, Zitman FG, Ferrari MD, Assendelft WJJ. Proactieve benadering van migraine. *Huisarts Wet* 2012;55(8):336-40.

DOEL Bepalen of een proactieve benadering van migrainepatiënten leidt tot minder hoofdpijnklasten en kosten.

METHODE Een pragmatisch, clustergerandomiseerd onderzoek in 64 Nederlandse huisartsenpraktijken onder patiënten die minstens twee triptanen per maand voorgeschreven kregen. Onze primaire uitkomstmaat was de score op de Headache Impact Test (HIT-6) na zes maanden (klinisch relevante verbetering van 2,3 punten). Daarnaast maten wij psychische klachten met behulp van de K10-vragenlijst. Interventiehuisartsen kregen nascholing over diagnostiek en behandeling van migraine. Zij nodigden patiënten uit voor een evaluatieconsult om te beoordelen of de migrainebehandeling kon worden verbeterd. Controlehuisartsen continueerden hun gebruikelijke zorg.

RESULTATEN Na zes maanden was de score van de interventiegroep ($n = 233$) op de HIT-6 0,81 punten meer verbeterd dan die van de controlegroep ($n = 258$; $p = 0,07$). In de subgroep van patiënten die geen profylaxe gebruikten en twee of meer aanvallen per maand rapporteerden, was het verschil 1,37 punten ($p = 0,04$). De verbetering was groter bij patiënten met weinig psychische klachten ($-1,51$; $p = 0,008$) dan bij patiënten met veel psychische klachten ($0,16$; $p = 0,494$).

CONCLUSIE Een proactief beleid had bij onze onderzoekspopulatie geen klinisch relevant effect. Toekomstig onderzoek moet zich richten op patiënten die geen profylaxe gebruiken en twee of meer migraineaanvallen per maand rapporteren. De interventie had meer effect bij patiënten met weinig psychische klachten.

INLEIDING

Migraine is een veel voorkomende, invaliderende aandoening met een negatief effect op kwaliteit van leven en productiviteit.¹⁻⁸ Veel migrainepatiënten hebben onnodig klachten omdat zij hun medicatie niet correct gebruiken of onbekend zijn met de mogelijkheid van profylactische behan-

deling. In Nederland gebruikt 10% van de triptaangebruikers twaalf of meer doses per maand om een migraineaanval te couperen; zij veroorzaken bijna de helft van de kosten van triptaangebruik in Nederland.^{9,10} Hoewel meer dan een kwart van de migrainepatiënten twee of meer aanvallen per maand heeft en dus volgens de NHG-Standaard Hoofdpijn in aanmerking komt voor profylactische behandeling, gebruikt slechts 8-12% profylaxe.^{2,3,11-13} Dat betekent dat meer dan de helft van de migrainepatiënten die ervoor in aanmerking komen de mogelijkheid van profylaxe nog nooit heeft besproken met de huisarts.¹³

Het doel van ons onderzoek was te onderzoeken of een proactieve benadering van migrainepatiënten leidt tot een toename in het gebruik van profylactische middelen en afname in dat van triptanen, en daarmee tot minder hoofdpijnklasten en lagere kosten. We kozen voor een proactieve benadering omdat eerdere onderzoeken lieten zien dat een proactieve interventie gericht op overgebruikers bij andere indicaties leidde tot een afname van medicijngebruik.^{14,15} We richtten ons op patiënten met twee of meer aanvallen per maand omdat bij hen de meeste verbetering was te verwachten.

METHODEN

Opzet, inclusie en randomisatie

Het onderzoek vond plaats tussen 2007 en 2009 in 64 huisartsenpraktijken in Leiden en omgeving. We gebruikten een clustergerandomiseerde opzet, met de huisartsenpraktijk als eenheid van randomisatie.¹⁶ De Ethische Commissie van het LUMC keurde het onderzoek goed.

Wij nodigden huisartsen uit om deel te nemen aan een on-

Wat is bekend?

- Veel migrainepatiënten hebben onnodig klachten omdat zij hun medicatie niet correct gebruiken of onbekend zijn met de mogelijkheid van profylactische behandeling.
- Er is sprake van overgebruik van triptanen en ondergebruik van profylactische medicatie bij migraine.

Wat is nieuw?

- Een proactieve benadering van migrainepatiënten door de huisarts leidt wel tot een toename van het aantal recepten voor profylactische medicatie, maar niet tot een klinisch relevante afname van de hoofdpijnklasten.
- Een proactieve benadering is mogelijk zinvol bij migrainepatiënten die minimaal twee aanvallen per maand hebben en nog geen profylactische medicatie gebruiken, maar dit moet nader onderzocht worden.
- Migrainepatiënten met weinig psychische problemen hebben meer baat bij een proactieve benadering dan patiënten met veel psychische problemen.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postzone Vo-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; A.F.H. Smelt, huisarts in opleiding, onderzoeker; dr. J.W. Blom, senior onderzoeker; F. Dekker, huisarts, onderzoeker; dr. A. Knuistingh Neven, huisarts, senior onderzoeker; prof. dr. W.J.J. Assendelft, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Afdeling Medische Besliskunde: dr. M.E. van den Akker, senior onderzoeker. Afdeling Psychiatrie: prof. dr. F.G. Zitman, emeritus hoogleraar Psychiatrie. Afdeling Neurologie: prof. dr. M.D. Ferrari, hoogleraar • Correspondentie: a.f.h.smelt@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek ontving een subsidie van ZonMw (subsidienummer 80-007022-98-07602) en een subsidie van NutsOhra gezondheidszorgsubsidies (projectnummer SNO-T-0601-106). De sponsors hadden geen invloed op de onderzoeksopzet noch op de verzameling, analyse, interpretatie en rapportage van de gegevens.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Smelt AF, Blom JW, Dekker F, Van den Akker ME, Knuistingh Neven A, Zitman FG, Ferrari MD, Assendelft P. A proactive approach to migraine in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *CMAJ* 2012;184(4):E224-31. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever. Current Controlled Studies registratienummer ISRCTN72421511.

Tabel 1 Baselinekenmerken deelnemers (n = 490).

	Interventie (n = 233)		Controle (n = 257)	
	n	gemiddelde (SD) ^a	n	gemiddelde (SD) ^a
Leeftijd, jaren		47,5 (10,7)		47,0 (9,4)
Vrouwen, aantal (%)		195 (83,7)		223 (86,8)
Triptanen per maand gebruikt gedurende het afgelopen jaar		5,2 (4,3)		5,1 (3,8)
Consulten voor migraine in het afgelopen jaar		0,81 (1,2)		0,80 (1,3)
Profylaxe, aantal (%) [†]		76 (32,2)		71 (27,6)
■ bètablokker		54 (23,6)		54 (20,6)
■ natriumvalproaat		8 (4,3)		4 (1,9)
■ andere profylaxe		9 (5,2)		11 (5,4)
Hoofdpijn: HIT-6 score	n = 229	61,6 (5,5)	n = 254	61,9 (5,0)
Psychische distress: K10 score	n = 228	19,6 (6,8)	n = 250	18,4 (5,7)
Kwaliteit van leven: EurQol-score	n = 230	0,80 (0,21)	n = 254	0,83 (0,18)
Migraineaanvallen gedurende de afgelopen maand	n = 219		n = 235	
■ minder dan twee, aantal (%)		81 (34,8)		89 (34,6)
■ twee of meer, aantal (%)		152 (65,2)		168 (65,4)
Werkverzuim (dagen/maand)	n = 205	0,47 (1,12)	n = 224	0,59 (1,28)
Werkverzuim in afgelopen 3 maanden	n = 220	1,29 (3,13)	n = 251	1,48 (2,60)
Aantal triptanen gebruikt in de afgelopen maand	n = 198	5,11 (4,37)	n = 212	4,88 (3,61)

HIT-6 = Headache Impact Test. K10 = Kessler Psychological Distress Scale. SD = standaarddeviatie.

^a Tenzij anders aangegeven.

[†] Data ontbreken voor 5 patiënten in de interventiegroep en 4 patiënten in de controlegroep.

derzoek gericht op verbetering van de behandeling van migraine. Om het gedrag van de huisartsen in de controlegroep niet te beïnvloeden, gaven we geen inhoudelijke informatie over de interventie. We selecteerden patiënten op basis van het elektronisch patiëntendossier. Ze kwamen in aanmerking voor het onderzoek als ze 18 jaar of ouder waren en ze per maand twee of meer doses triptanen voorgeschreven kregen. Exclusiecriteria waren clusterhoofdpijn, cognitieve stoornis, ernstige psychiatrische aandoening, terminale ziekte of onvoldoende kennis van het Nederlands. De deelnemende huisartsen stuurden de patiënten een uitnodiging met informatie over het onderzoek, een toestemmingsformulier en een baselinevragenlijst. De deelnemers stuurden het toestemmingsformulier en de vragenlijst ingevuld terug naar de onderzoekers.

Na de inclusie van deelnemers werden de praktijken gerandomiseerd door een onafhankelijke statisticus.

Interventie

Huisartsen in de interventiegroep kregen een training van zes uur over de diagnose en behandeling van migraine, gebaseerd op de NHG-Standaard Hoofdpijn.¹⁷ (het trainingsprotocol is te raadplegen op <http://www.cmaj.ca/content/184/4/E224/suppl/DC1, appendix 1>). Na de training nodigden de huisartsen de deelnemende patiënten uit voor een evaluatieconsult. Dit consult had een stapsgewijze structuur: eerst stelde de huisarts vast of er daadwerkelijk sprake was van migraine, daarna kreeg de patiënt advies over het correcte gebruik van aanvalsmedicatie. Met patiënten die twee of meer migraineaanvallen per maand hadden, bespraken de huisartsen de mogelijkheid van profylaxe volgens de aanbeveling in de NHG-Standaard:

starten met een bètablokker en als deze geen effect heeft, overgaan op natriumvalproaat. Patiënten met medicijnafhankelijke hoofdpijn kregen het advies drie maanden te stoppen met alle pijnmedicatie.⁹

De huisartsen in de controlegroep vroegen wij hun gebruikelijke zorg te continueren.¹⁶ Zij kregen geen verdere training en werden ook niet geïnformeerd welke patiënten hadden ingestemd met deelname aan het onderzoek.

Uitkomstmaten en follow-up

De primaire uitkomstmaat was de score op de Headache Impact Test (HIT-6), een vragenlijst met zes items die de ernst en impact van hoofdpijn op het leven van de patiënt meet over de afgelopen vier weken, op een schaal van 36 (geen hoofdpijn) tot 78 (zeer ernstige hoofdpijn).^{18,19} Het minimale klinisch relevante verschil op de HIT-6 is een afname van 2,3 punten.²⁰

Om te kunnen bepalen of psychische problemen invloed hadden op de effectiviteit van de interventie, namen we de Kessler Psychological Distress Scale (K10) af, een vragenlijst die symptomen van angst en depressiviteit meet op een schaal van 10 (geen distress) tot 50 (ernstige distress).²¹

De deelnemers hielden gedurende vier weken een hoofdpijndagboek bij waarin zij de frequentie, ernst en duur van hun migraineaanvallen, hun medicijngebruik en hun werkverzuim door migraine bijhielden. We maten kwaliteit van leven door middel van de EurQol-vragenlijst.

De deelnemers vulden de vragenlijsten in op baseline en na drie, zes en twaalf maanden. Op baseline en na twaalf maanden verzamelden wij de gegevens over medicatie en consulten uit het elektronisch patiëntendossier.

Tabel 2 Medicatie gebruikt door deelnemers gedurende het onderzoek

	Interventie (n = 226 ^a) aantal (%) [†]	Controle (n = 247 ^a) aantal (%) [†]	p
Profylaxe op baseline	74 (32,7)	71 (28,7)	
■ gestopt tijdens onderzoek	18 (24,3)	15 (21,1)	0,40 [‡]
Geen profylaxe op baseline	152 (67,3)	176 (71,3)	
■ gestart tijdens onderzoek	43 (28,3)	25 (14,2) [‡]	0,001 [‡]
Triptanen, gemiddeld aantal doses per maand (standaardfout)	4,80 (0,32)	5,30 (0,29)	0,72 [‡]

^a † Data niet beschikbaar voor 7 patiënten in de interventiegroep en 10 patiënten in de controlegroep.

[†] Tenzij anders aangegeven.

[‡] chikwadraattest.

§ t-toets.

Steekproefgrootte en statistische analyse

We gingen ervan uit dat 50% van de patiënten zou deelnemen en dat het verlies in de follow-up 10% zou zijn.²² Om een verandering van 2,3 punten op de HIT-6 te detecteren met een power van 80%, bij 5% significantie en een intracustercoëfficiënt van 0,01-0,02, moest ons onderzoek zestig huisartsenpraktijken omvatten met 900 potentiële patiënten.²³

De statistische analyse werd uitgevoerd volgens het intention-to-treatprincipe en de resultaten werden gerapporteerd op het niveau van de individuele patiënt. We gebruikten de generalized estimating equations-methode met correctie voor leeftijd, geslacht, baselinescores en de clustering van patiënten per huisartsenpraktijk.²⁴

We planden twee subgroepanalyses: deelnemers die op baseline wel of geen profylaxe gebruikten, en deelnemers die wel of niet twee of meer aanvallen per maand hadden.

Tevens voerden we een kosteneffectiviteitsanalyse uit (te raadplegen op <http://www.cmaj.ca/content/184/4/E224/suppl/DC1>, appendix 2), waarbij de kosten van de interventie (train-

ing voor de huisarts, uitnodigen van patiënten) werden afgewogen tegen de opbrengsten in termen van medicatie, werkverzuim en kwaliteit van leven.

RESULTATEN

Deelnemers

We benaderden 205 huisartsenpraktijken waarvan er 64 (31,2%) meededen. Van de 1072 patiënten die in aanmerking kwamen, namen er 490 (45,7%) deel. De baselinenkenmerken in de controle- en interventiegroep waren vergelijkbaar [tabel 1].

Triptaangebruik

Het evaluatieconsult werd bezocht door 192 van de 233 patiënten (82,4%) in de interventiegroep. Van de patiënten die voorafgaand aan het onderzoek geen profylaxe gebruikte, kreeg in de interventiegroep 28,3% (43/152) een recept voor een profylactisch middel gedurende het onderzoek, versus 14,2% (25/176) in de controlegroep [tabel 2]. Het aantal voorschriften voor triptanen was vergelijkbaar in beide groepen [tabel 2]. Bij zeven patiënten werd medicatieafhankelijke hoofdpijn gediagnosticeerd. Vijf van hen verminderden hun gebruik van pijnmedicatie, maar geen van deze patiënten stopte volledig.

Hoofdpijnklaften

Op zes maanden vulde 80,2% (393/490) van de deelnemers de HIT-6-vragenlijst correct in. De verandering in HIT-6-scores verschilde niet tussen de interventie- en de controlegroep [tabel 3]. Subgroepanalyses lieten significante, maar geen klinisch relevante verschillen zien.²⁰

Op twaalf maanden vulde 78,2% (383/490) van de deelnemers de HIT-6-vragenlijst in. Dit keer was de verbetering van de score in de interventiegroep groter dan in de controlegroep (-4,01 versus -2,97; p = 0,05). Dit significante verschil trad ook op in de subgroepen [tabel 3].

Tabel 3 Verandering in de HIT-6-scores, gecorrigeerd voor clustering, leeftijd, geslacht en score op baseline

Follow-up	Interventiegroep		Controlegroep		Vershil ^a	p
	n	gemiddelde (SE)	n	gemiddelde (SF)	HIT-6-score (95%-BI)	
Hele groep						
3 maanden	181	-2,64 (0,44)	205	-2,11 (0,39)	-0,72 (-1,80 tot 0,36)	0,191
6 maanden	181	-3,12 (0,40)	212	-2,55 (0,36)	-0,81 (-1,68 tot 0,06)	0,068
12 maanden	181	-4,01 (0,47)	202	-2,97 (0,41)	-1,23 (-2,45 tot -0,00)	0,050
Geen profylaxe op baseline						
3 maanden	115	-2,83 (0,55)	135	-2,24 (0,46)	-1,22 (-2,15 tot -0,29)	0,010
6 maanden	118	-3,51 (0,48)	142	-2,69 (0,44)	-1,18 (-2,14 tot -0,21)	0,017
12 maanden	120	-4,14 (0,54)	137	-2,81 (0,48)	-1,59 (-2,85 tot -0,32)	0,014
Twee of meer aanvallen per maand op baseline						
3 maanden	130	-3,14 (0,51)	139	-2,13 (0,46)	-1,01 (-2,40 tot 0,39)	0,157
6 maanden	128	-3,48 (0,45)	140	-2,35 (0,44)	-1,26 (-2,28 tot -0,24)	0,016
12 maanden	124	-4,33 (0,56)	137	-2,37 (0,48)	-2,02 (-3,35 tot -0,70)	0,003
Geen profylaxe en twee of meer aanvallen per maand op baseline						
3 maanden	82	-3,05 (0,66)	88	-1,92 (0,51)	-1,31 (-2,83 tot 0,20)	0,089
6 maanden	82	-3,82 (0,52)	90	-2,61 (0,54)	-1,37 (-2,64 tot -0,20)	0,035
12 maanden	81	-4,15 (0,61)	91	-2,15 (0,57)	-2,16 (-3,72 tot -0,60)	0,007

BI = betrouwbaarheidsinterval, SF = Standaardfout.

^a Aangepaste tussengroepsverschillen.

Voor patiënten in de interventiegroep met een laag niveau van psychische distress (K10-score ≤ 20 op baseline) was de HIT-6-score na zes maanden gedaald met $-1,51$ ($p = 0,008$). Bij patiënten met meer psychische distress trad geen verandering op: de verschillscore was $0,16$ ($p = 0,494$).²¹ Dit suggereert dat de aanwezigheid van psychische klachten invloed heeft op het effect van de interventie.

Wij vonden geen significante verschillen tussen de interventie- en controlegroep ten aanzien van frequentie, ernst of duur van de aanvallen, het aantal dagen per maand waarop men hoofdpijn had en werkverzuim.¹⁶

De interventie bleek niet kosteneffectief.

BESCHOUWING

In dit onderzoek onder patiënten die minimaal twee triptanen per maand gebruikten om een migraineaanval te couperen, hebben we niet kunnen aantonen dat een proactieve aanpak door de huisarts een klinisch relevant effect heeft op de hoofdpijnklaften. Wel zagen we een significant verschil in de deelpopulatie die aanvankelijk geen profylaxe gebruikte en twee of meer aanvallen per maand rapporteerde, maar dit verschil was niet klinisch relevant. Verder lijken patiënten met weinig psychische klachten meer profijt te hebben van de interventie, maar ook dit effect was niet klinisch relevant.

Er is een aantal mogelijke verklaringen. Wellicht is de drempel van minstens twee doses triptanen per maand te laag om patiënten te vinden die daadwerkelijk twee of meer migraineaanvallen per maand hebben. Daarnaast gebruikten veel patiënten al profylaxe en was de verbetering bij deze patiënten kleiner dan verwacht. Wellicht ook vonden veel patiënten en huisartsen de drempel van twee migraineaanvallen per maand te laag om met profylaxe te beginnen. Per slot van rekening zijn de op dit moment beschikbare profylactische middelen niet bijzonder effectief: minder dan de helft van de patiënten heeft er baat bij.^{25,26}

Beperkingen

Een beperking van ons onderzoek is dat huisartsen en deelnemers niet geblindeerd konden worden. Deze attentiebias heeft mogelijk geleid tot een onderschatting van het effect van de interventie.¹⁶ Een andere beperking is dat we geen toezicht hebben gehouden op de behandeling door de huisartsen, waardoor patiënten mogelijk een suboptimale behandeling hebben gekregen.

Conclusie

Wij hebben niet kunnen aantonen dat een proactieve benadering van migrainepatiënten leidt tot een toename in het gebruik van profylactische middelen en een afname in dat van triptanen, en daarmee tot minder hoofdpijnklaften en lagere kosten. Een proactieve opstelling van de huisarts tegenover de migrainepatiënten in zijn praktijk leidt wel tot een toename van het aantal recepten voor profylactische medicatie, maar niet tot een klinisch relevante afname van de hoofdpijnklaften na zes maanden.



Foto: Flip Franssen/HH

Er zijn aanwijzingen dat de in ons onderzoek toegepaste interventie wel een verbetering betekent voor een aantal patiënten, namelijk degenen die geen profylaxe gebruiken en minstens twee migraineaanvallen per maand hebben. Toekomstig onderzoek naar een proactieve benadering van migrainepatiënten in de huisartsenpraktijk zou zich in de toekomst vooral op deze groep patiënten moeten richten. Daarbij zal men er rekening mee moeten houden dat dit proactieve beleid waarschijnlijk minder effectief is bij patiënten die relatief veel psychische klachten hebben.

DANKWOORD

De auteurs bedanken alle patiënten en huisartsen die hebben meegedaan aan dit onderzoek, prof.dr. R. Brand voor het uitvoeren van de randomisatieprocedure en prof.dr. T. Stijnen voor zijn hulp bij de analyses. ■

LITERATUUR

- 1 Brown JS, Neumann PJ, Papadopoulos G, Ruoff G, Diamond M, Menzin J. Migraine frequency and health utilities: findings from a multisite survey. *Value Health* 2008;11:315-21.
- 2 Lipton RB, Bigal ME. The epidemiology of migraine. *Am J Med* 2005;118(Suppl 1):3S-10S.
- 3 Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF; AMPP Advisory Group. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007;68:343-9.
- 4 Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. *Neurology* 2000;55:624-9.
- 5 Stewart WF, Wood GC, Razzaghi H, Reed ML, Lipton RB. Work impact of migraine headaches. *J Occup Environ Med* 2008;50:736-45.
- 6 Freitag FC. The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. *Clin Ther* 2007;29:939-49.
- 7 Burton WN, Landy SH, Downs KE, Runken MC. The impact of migraine and the effect of migraine treatment on workplace productivity in the United States and suggestions for future research. *Mayo Clin Proc* 2009;84:436-45.
- 8 Brandes JL. The migraine cycle: Patient burden of migraine during and between migraine attacks. *Headache* 2008;48:430-41.
- 9 Wiendels NJ, Knuistingh Neven A, Rosendaal FR, Spinhoven P, Zitman FG, Assendelft WJ, et al. Chronic frequent headache in the general population: prevalence and associated factors. *Cephalalgia* 2006;26:1434-42.
- 10 Dekker F, Wiendels NJ, De Valk V, Van der Vliet C, Knuistingh Neven A, Assendelft WJ, et al. Triptan overuse in the Dutch general population: a nationwide pharmaco-epidemiology database analysis in 6.7 million people. *Cephalalgia* 2011;31:943-52.

- 11 Diamond S, Bigal ME, Silberstein S, Loder E, Reed M, Lipton RB. Patterns of diagnosis and acute and preventive treatment for migraine in the United States: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study. *Headache* 2007;47:355-63.
- 12 Launer LJ, Terwindt GM, Ferrari MD. The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort: the GEM study. *Neurology* 1999;53:537-42.
- 13 Kol CM, Dekker F, Neven AK, Assendelft WJ, Blom JW. Acceptance or rejection of prophylactic medicine in patients with migraine: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2008;58:98-101.
- 14 Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, Van de Lisdonk EH, Van Balkom AJ, Van den Hoogen HJ, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. *Drug Alcohol Depend* 2005;78:49-56.
- 15 Krol N, Wensing M, Haaijer-Ruskamp F, Muris JW, Numans ME, Schattenberg G, et al. Patient-directed strategy to reduce prescribing for patients with dyspepsia in general practice: a randomized study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:917-22.
- 16 Smelt AF, Van der Weele GM, Blom JW, Gussekloo J, Assendelft WJ. How usual is usual care in pragmatic intervention studies in primary care? An overview of recent studies. *Br J Gen Pract* 2010;60:e305-18.
- 17 Knuisting Neven A, Bartelink MEL, De Jongh TOH, Ongerling JEP, Oosterhuis WW, Van der Weerd PCM, et al. NHG-standaard Hoofdpijn. *Huisarts Wet* 2004;46:411-22.
- 18 Linde K, Rossnagel K. Propranolol for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD003225.
- 19 Mulleners WM, Chronicle EP. Anticonvulsants in migraine prophylaxis: a Cochrane review. *Cephalalgia* 2008;28:585-97.
- 20 Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res* 2003;12:963-74.
- 21 Gandek B, Alacoque J, Uzun V, Andrew-Hobbs M, Davis K. Translating the short-form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries: methodological and conceptual issues. *Qual Life Res* 2003;12:975-9.
- 22 Coeytaux RR, Kaufman JS, Chao R, Mann JD, Devellis RF. Four methods of estimating the minimal important difference score were compared to establish a clinically significant change in Headache Impact Test. *J Clin Epidemiol* 2006;59:374-80.
- 23 Donker T, Comijs H, Cuijpers P, Terluin B, Nolen W, Zitman F, et al. The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2010;176:45-50.
- 24 Van der Wouden JC, Blankenstein AH, Huibers MJ, Van der Windt DA, Stalman WA, Verhagen AP. Survey among 78 studies showed that Lasagna's law holds in Dutch primary care research. *J Clin Epidemiol* 2007;60:819-24.
- 25 Killip S, Mahfoud Z, Pearce K. What is an intraclass correlation coefficient? Crucial concepts for primary care researchers. *Ann Fam Med* 2004;2:204-8.
- 26 Hubbard AE, Ahern J, Fleischer NL, Van der Laan M, Lippman SA, Jewell N, et al. To GEE or not to GEE: comparing population average and mixed models for estimating the associations between neighborhood risk factors and health. *Epidemiology* 2010;21:467-74.

Nico van Duijn

Sport en pijn

Ambitieuze sporters lijden pijn als ze tot aan de grenzen van hun kunnen gaan. De hardloper die nog harder wil lopen, de fietser die een nog steilere berg op wil. Het blijkt dat competitieve sporters geen hogere pijndrempel hebben, maar wel een hogere pijntolerantie. Ander onderzoek laat zien dat het sportieve doel (harder lopen, steilere bergen opfietzen) belangrijker wordt als het pijn doet. Waarschijnlijk speelt nog iets mee: weten waarom het pijn doet maakt dat sportpijn beter te verdragen is. Dit geldt helemaal als een gewaardeerde sportfysiotherapeut de pijn omstandig verklaart, met

tendinitis, overtrainen en hamstrings. Dit is de pastorale kant van dat vak, de fysiotherapeut als priester.

Heel anders is het gesteld met chronisch pijnpatiënten. De pijn dient geen doel. Er is alleen maar nadeel. Er is geen oorzaak voor hun pijn, hoogstens een auto-ongeval jaren terug. Dat de pijn is gebleven, dat is een raadsel. Daarom hebben ze een lagere pijntolerantie dan de atleet. Pijnpatiënten hebben ook een lagere pijndrempel. Pijn zonder overbelasting, sommigen hebben zelfs pijn zonder iets te doen. Toch zeggen chronisch pijnpatiënten dat ze een hoge pijndrempel hebben. Ze bedoelen te zeggen dat ze veel pijn hebben. Dat is ook zo. Een lage

pijndrempel erkennen is moeilijk, want dat suggereert in onze cultuur dat ze niet flink zijn, dat ze de pijn zelf veroorzaken. Dat is niet zo. Maar ze kunnen de pijn wel beïnvloeden. De kunst is dus de pijn een doel te geven door iets pijnlijks te doen. Daarom is sport zo goed voor chronisch pijnpatiënten, en een ambitie in het leven, iets graag willen. Welke sport en welk doel, dat is de kunst. Wie die kunst leert, die ervaart dat de pijn op den duur minder wordt. Hun pijndrempel wordt hoger, normaler, de pijntolerantie neemt toe. Pijnpatiënten worden sporters met ambitie, en pijn. ■



Helpt bijscholing?

S melt en collegae bestuderen in dit nummer van H&W of een gerichte training van huisartsen in migrainebehandeling effectief is.¹ Dit is een belangrijke onderzoeksvraag, want maar al te vaak heeft de stortvloed aan medische literatuur bar weinig effect op het praktisch handelen. Feiten spreken blijkbaar de verkeerde taal. Dokters verhogen dan slechts hun eigen dosering door nog meer bijscholing te gaan volgen. Het is maar de vraag of dit helpt.

Dit onderzoek gaat over beïnvloeding van dokters, om meer profylactica voor te schrijven bij frequente migraine en grootgebruik van triptanen te beperken. De dokters in de interventiegroep kregen een training van twee keer drie uur bijscholing, aan de hand van de NHG-Standaard Hoofdpijn, terwijl de controlegroep geen training kreeg.

METHODOLOGIE EN UITKOMSTEN

De auteurs kozen een slimme methode om de randomisatie van praktijken te stratificeren, namelijk door te selecteren op het percentage regelmatige gebruikers van triptanen. Het aantal triptaangebruikers in een praktijk zegt namelijk iets over de gewoontes van dokters. Of dat nu juist goede gewoontes zijn – meer patiënten met effectieve aanvalsbehandeling – of minder goede gewoontes – meer overgebruikers en minder voorschriften van profylactica – is niet te zeggen. Maar bij de randomisatie van praktijken is dat precies waar de vertekening kan zitten. Bovendien is de vraagstelling van het onderzoek of gerichte gedragsverandering van huisartsen effect heeft op de kwaliteit van de migrainebehandeling. De onderzoekers stratificeerden dus dicht bij de uitkomstmaat.

Het gebruik van profylactica bij de start was met 30% van de patiënten hoog te noemen, en veel hoger dan verwacht. Dit beperkt het mogelijk te bereiken effect. De patiënten waren geselecteerd op eerder triptaangebruik van twee of meer triptanen per maand. Het gemiddelde triptaangebruik was 5 per maand, maar volgens de prospectieve dagboekregistratie had eenderde minder dan twee aanvallen per maand, het afkappunt voor zinvol profylacticumgebruik. Ook dit verdunt indirect het verwachte effect.

In de interventiegroep startte 28% van de patiënten met profylaxe tegenover 14% in de controlegroep. Er was geen verschil in het triptaangebruik. Enige verschillen in de ernst, de duur en de frequentie van de migraineaanvallen vertoonden zich pas na een jaar. Wel was er een verschil tussen de interventie- en de controlegroep in de zogenaamde Headache Impact Test, vooral bij mensen die nog geen profylactica gebruikten, twee of meer aanvallen per maand hadden en niet gebukt gingen onder ongezonde stress. De zeven patiënten met ongepast triptaangebruik (meer dan helft van de dagen triptaangebruik) werden geadviseerd om hiermee geheel te stoppen. Echter, geen van hen deed dat.

Bijscholing van huisartsen om overgebruik van tripta-

nen terug te dringen en profylacticagebruik te bevorderen bij een hoge frequentie van migraineaanvallen blijkt in dit onderzoek kleine en soms niet-relevante effecten te hebben. Misschien is het werkelijke effect groter door de genoemde methodologische redenen, zoals het plafondeffect: een aantal patiënten gebruikte al profylactica. Ook lijken er achteraf te veel patiënten ingesloten zonder indicatie voor profylactica. Maar dan nog kan het effect niet erg groot zijn.

IN DE ROOS GOOIEN

De auteurs bespreken tevens de literatuur over de werkzaamheid van profylactica bij migraine. Volgens twee Cochrane-reviews valt de werkzaamheid daarvan tegen. Daarom vinden de auteurs het logisch dat hun bijscholingsinterventie niet effectief is. Echter, ik denk dat dit een drogbeeld is. Ik lees die reviews als steun voor het effect van propranolol en valproaat. Andere bètablokkers, ACE-remmers en amitriptyline werken ook, maar daar is minder steun voor te vinden in de literatuur. Logisch, ze zijn uit patent. Trials gaan over de werkzaamheid per medicijn, vaak in een gestandaardiseerde dosering. Ze meten niet de doeltreffendheid in de dagelijkse praktijk. Daar probeer je meerdere medicijnen uit in verschillende doseringen. Met één dartpijlje gooit de kampioen zelden in bulls eye. Met een handvol pijltjes, één voor één natuurlijk, lukt hem dat vaak genoeg. Dit is het verschil tussen werkzaamheid van een medicijn en de doeltreffendheid van medisch handelen, met een arsenaal aan medicijnen en doktersvaardigheden.

Ik denk dat profylactische behandeling van migraine voldoende effectief is. Daarentegen lijkt traditionele bijscholing me zelden effectief. Kale informatie vormt het denken, maar verandert niet het gedrag. Eigenlijk zouden dokters dat moeten weten. Folders en voorlichting maken patiënten niet gezonder. Gedragsverandering doe je mijns inziens met betekenisgeving en normering, met beloning en afkeuring, met terugkoppeling van resultaten, met herhaling, individuele motivatie en groepsbeïnvloeding. Dit geldt voor patiënten, dit geldt voor dokters. Zo'n soort training in goed dokteren zou wel eens beter kunnen werken dan bijscholingsinformatie over ziekte en medicijnen. Dat weet de dartskampioen ook. Die volgt geen bijscholing in powerpoint. Die traint en wint en is trots op zijn beloning. Misschien kunnen onze onderwijsmensen wat van sportcoaches leren. ■

LITERATUUR

- 1 Smelt AFH, Blom JW, Dekker F, Van den Akker ME, Knuistingh Neven A, Zitman FG, et al. Proactieve benadering van migraine. Huisarts Wet 2012;55(8):336-40.

Zorggroep Almere Gezondheidscentrum De Haak, Schoolstraat 32, 1354 HP Almere: dr. N.P. van Duijn, huisarts en hoofdpijndokter • Correspondentie: nvanduijn@zorggroep-almere.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de ateur ontvangt onkostenvergoeding voor deelname aan congressen over hoofdpijn.



Nazorg huisarts voor volwassen overlevenden van kinderkanker

Samenvatting

Blaauwbroek R, Barf HA, Berendsen AJ, Groenier KH, Kremer, Tissing WJE, Postma A. Nazorg huisarts voor volwassen overlevenden van kinderkanker. *Huisarts Wet* 2012;55(8):342-5.

DOEL Bij een eerder onderzoek bleken huisartsen in samenwerking met kinderoncologen uitstekend in staat nazorg voor volwassen overlevenden van kinderkanker te leveren. Bij een vervolgonderzoek hebben we onderzocht of deze nazorg geheel kon worden overgedragen aan de huisarts, waarbij deze ondersteuning krijgt in de vorm van een persoonlijk (online)nazorgplan.

METHODE We includeerden patiënten van achttien jaar of ouder, die langer dan vijf jaar geleden waren behandeld in het UMCG en niet deelnamen aan langetermijncontrole. Met de Nederlandse richtlijn 'Follow-up na kinderkanker' als uitgangspunt stelden we een individueel nazorgplan samen voor patiënt en huisarts, dat beschikbaar was via een website en op schrift. Het plan bestond uit een overzicht van ziekte, behandeling, potentiële late effecten en relevante nazorg. Met behulp van vragenlijsten evalueerden we of deze vorm van nazorg voldeed en of de huisartsen de aanbevolen richtlijn hadden gevolgd.

RESULTATEN Honderdacht patiënten voldeden aan de inclusiecriteria. Drie huisartsen en 15 patiënten weigerden, 10 patiënten konden niet worden opgespoord. Van de overgebleven 80 bezochten 73 hun huisarts. Negenenzestig (96%) huisartsen stuurden de gegevens terug, van wie 60 (83%) de richtlijn volgden. De meerderheid van patiënten en huisartsen was tevreden over het nazorgplan.

CONCLUSIE Langdurige nazorg van volwassen overlevenden van kinderkanker kan plaatsvinden bij de eigen huisarts, aan de hand van een individueel nazorgplan. Zo'n plan blijkt een effectieve manier van informatievoorziening en -uitwisseling tussen patiënt, huisarts en het oorspronkelijke behandelcentrum.

INLEIDING

Behandeling voor kanker op de kinderleeftijd resulteert vaak in meer of minder ernstige gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd. Daarom beveelt men aan om de nazorg voor overlevenden van kinderkanker langdurig, misschien wel levenslang, voort te zetten.^{1,3}

In Noord-Amerika, Groot-Brittannië en recentelijk ook in

Nederland (werkgroep LATER van de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION); www.skion.nl) heeft men richtlijnen opgesteld voor deze nazorg. Op een gegeven moment zal deze nazorg van de kinderoncoloog worden overgedragen naar de volwassen zorg. Omdat de potentiële late effecten zeer divers van aard zijn, zowel somatisch als psychosociaal, kunnen huisartsen hierbij een sleutelrol vervullen.

Bij een eerder onderzoek is gebleken dat huisartsen in samenwerking met kinderoncologen uitstekend in staat waren een deel van deze zorg op zich te nemen.⁴ In het kader van een vervolgonderzoek hebben we bekeken of de nazorg geheel aan de eigen huisarts kon worden overgedragen. Ten behoeve hiervan maakten we voor elke deelnemende patiënt een persoonlijk (online) nazorgplan. Na een jaar evalueerden we met behulp van vragenlijsten of deze vorm van nazorg voldeed en beoordeelden we of de aanbevolen richtlijn voor nazorg was opgevolgd.

METHODE

We selecteerden patiënten van achttien jaar en ouder, die langer dan vijf jaar geleden een behandeling hadden gekregen in het UMCG en nog niet werden gecontroleerd op late effecten. We deelden de deelnemende patiënten in volgens het model van Wallace et al.⁵ in drie verwachte risiconiveaus, waarbij de potentiële toxiciteit van de vroegere behandeling het uitgangspunt vormde: een laag risico (niveau 1), een gemiddeld risico (niveau 2) en een hoog risico (niveau 3) op late effecten.⁵

De deelnemende patiënten kregen een brief met informatie over potentiële late effecten na behandeling voor kinderkanker, de wenselijkheid van nacontrole en de mogelijkheid om hiervoor naar de huisarts te gaan. Na twee weken vroegen we hen telefonisch om medewerking. Na een positieve reactie nodigden

Wat is bekend?

- Overlevenden van kinderkanker hebben een grote kans op latere gezondheidsproblemen als gevolg van (de ziekte en) de behandeling.
- Deze gezondheidsproblemen vertonen een grote diversiteit.
- Men beveelt aan om de nazorg voor deze patiënten zeer langdurig voort te zetten.

Wat is nieuw?

- Met ondersteuning van een individueel nazorgplan zijn huisartsen goed in staat de benodigde nazorg te verrichten.
- Betrokkenheid bij de nazorg heeft een leereffect voor de huisarts. Deze is zich meer bewust van het risico op late effecten van kankerbehandeling en daardoor beter in staat deze te herkennen indien zich nieuwe klachten voordoen.
- Een online nazorgplan is patiënt- en doktervriendelijk omdat men het overal kan inzien waar internet beschikbaar is en het eenvoudig actueel kan houden.

UMCG, afdeling Kinderoncologie, Postbus 30001, 9700 RB Groningen; dr. R. Blaauwbroek, huisarts; dr. A. Postma, kinderoncoloog; dr. W.J.E. Tissing, kinderoncoloog. ARGO Rijksuniversiteit Groningen; dr. H.A. Barf, senior onderzoeker, Afdeling Huisartsgeneeskunde; dr. A.J. Berendsen, huisarts; dr. K.H. Groenier, methodoloog. AMC Amsterdam, Emma Kinderziekenhuis, afdeling Kinderoncologie; dr. L.C. Kremer, kinderarts • Correspondentie: h.kruyt@filternet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is gefinancierd door het innovatiefonds van het UMCG en het NutsOhra fonds. De website is gefinancierd door de Friesland Zorgverzekeraar.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Blaauwbroek R, Barf HA, Groenier KH, Kremer LC, Van der Meer K, Tissing WJ, et al. Family doctor-driven follow-up for adult childhood cancer survivors supported by a web-based survivor care plan. *J Cancer Surviv* 2012;2:163-71. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

we de huisarts uit om de nacontroles te verrichten. Vervolgens stelden we een nazorgplan op, dat bestond uit een gedetailleerd overzicht van ziekte en behandeling, potentiële late effecten en de voor de betreffende patiënt relevante nazorg volgens de Nederlandse richtlijn. Dit nazorgplan was via een website [figuur 1 en 2] toegankelijk voor de patiënt en de huisarts, die het ook nog eens in schriftelijke vorm kregen. We vroegen de deelnemende huisartsen om de controles volgens de aanbevolen richtlijn te verrichten en de bevindingen terug te rapporteren aan de huisarts/coördinator in het UMCG, online dan wel schriftelijk met behulp van de meegestuurde antwoordsenvelop.

We maakten een onderverdeling van de door de huisarts gerapporteerde late effecten op grond van de Common Terminology Criteria for Adverse Events (versie 4.0).⁶ Late effecten graad 1 zijn licht en vaak asymptomatisch van aard; graad 2: mild, zonder invloed op de dagelijkse activiteiten; graad 3: ernstig, medische interventie nodig; graad 4: potentieel levensbedreigend.

We evalueerden de toegankelijkheid en het gebruiksgemak van de website, de inhoud en de kwaliteit van het nazorgplan aan de hand van vragenlijsten voor de huisartsen (14 items) en voor de patiënten (18 items). Voor de antwoorden konden huisartsen gebruikmaken van een vierpuntsschaal, die liep van 'helemaal mee eens', 'eens', 'oneens' tot 'helemaal oneens'. Voor de analyse hebben we de antwoorden gedichotomiseerd naar eens of oneens. We vroegen de deelnemers tevens of de deelname negatieve herinneringen had opgeroepen en of ze bereid waren om de controles op deze wijze voort te zetten.

RESULTATEN

Tachtig van de 108 geïncludeerde ex-kinderkankerpatiënten en 79 huisartsen (er was 1 huisarts die 2 patiënten had) deden mee [tabel 1]. Tien patiënten konden we niet traceren en 15 weigerden deelname, vaak omdat ze niet wilden terugkijken op die periode. Drie huisartsen weigerden deelname. Vijf patiënten met een bottumor die bij diagnose ouder waren dan 18 jaar includeerden we toch, omdat zij destijds door de kinderoncoloog waren behandeld. In het eerste jaar van het onderzoek hadden 73 van de 80 patiënten hun huisarts bezocht. Zeven patiënten zagen om diverse redenen van bezoek af, zoals verhuizing naar het buitenland ($n = 1$), ziekte ($n = 4$) en onbekend ($n = 2$).

Van de betrokken huisartsen stuurden 69 van de 72 (96%) de gegevens over de uitkomsten van screening terug. Elf huisartsen (15%) gebruikten daarvoor het onlineformulier en 61 (85%) gebruikten de retourenvelop. Zestig (83%) huisartsen deden de screening zoals aanbevolen door de Nederlandse richtlijn, inclusief laboratoriumonderzoek, longfunctietests en echocardiografie. Negen huisartsen voerden niet alle geadviseerde onderzoeken uit. Volgens de richtlijn moesten de huisartsen bij 62 patiënten labonderzoek regelen, bij 33 een echocardiogram, bij 16 een longfunctietest en bij 3 een mammografie. Ontbrekende gegevens waren 4/33 hartecho's, 4/62 labonderzoeken, 1/3 mammografieën en 1/16 longfunctieonderzoeken.

Volgens de geretourneerde gegevens hadden 13 van de 80 door de huisartsen gescreende patiënten (16%) geen late effecten en hadden 48 (60%) 2 of meer late effecten. Vierendertig patiënten (43%) hadden een ernstig graad 3 of 4 laat effect. De meest voorkomende late effecten waren psychosociale problemen

Figuur 1 Schermafbeelding van het onlinenazorgplan; aanvullend onderzoek

umcg | **Leven na kinderkanker**

Home Over deze site Veelgestelde vragen Interessante websites Inloggen

Aanvullend onderzoek

Patiëntinformatie

- Persoonsgegevens
- Kort overzicht
- Diagnose
- Chemotherapie
- Belangrijke complicaties
- Late Effecten
- Aanvullend onderzoek**
- Richtlijnen
- Screeningsformulier
- Uitloggen

Aanvullend onderzoek

Aan de hand van uw gegevens wordt in de onderstaande tabel aangegeven welke onderzoeken, met welke regelmaat worden aanbevolen.

ECG: eenmalig	8-5-2007
Echocardiografie: 1 x per 2-3 jaar	3-12-2010
Echocardiografie: 1 x per 2-3 jaar	8-6-2007
Leverfuncties: éénmalig	

Opmerkingen:

08-05-2007: Normale systolische linker- en rechter ventrielfunctie. Tevens normale diastolische linker ventrielfunctie. Normale dimensies, geen klepdysfuncties.

03-12-2010: Hartecho normaal.

2007: ASAT 23 ALAT 20

Figuur 2 Schermafbeelding van het onlinenazorgplan; richtlijnen



(28/80, 35%), vruchtbaarheidsproblemen (19/80, 24%), endocriene problemen (16/80, 20%), cardiale problemen (13/80, 16%) en neurologische problemen (13/80, 16%). Acht patiënten (10%) ontwikkelden een tweede maligniteit.

Huisartsen en patiënten meldden het bestaan van een laat effect, maar niet de datum waarop dit late effect was ontstaan. Hierdoor konden we niet vaststellen welke late effecten eerder aanwezig waren en welke tijdens de screening aan het licht waren gekomen.

Tabel 1 Gegevens van de deelnemende patiënten (n = 80)

		%
Leeftijd in jaren (mediaan, spreiding)		
■ tijdens onderzoek	38 (19-56)	
■ tijdens diagnose	9 (0-27)	
■ tijd (in jaren) sinds diagnose	29 (11-44)	
Soort kanker	Aantal	
■ leukemie	31	39
■ maligne lymfoom	8	10
■ botumor	13	16
■ wekedelensarcoom	3	4
■ wilmstumor	7	9
■ langerhanscelhistiocytose	7	9
■ overig	11	14
Behandeling		
■ radiotherapie	42	52
■ waarvan schedelbestraling	20	25
■ chemotherapie	76	95
■ beenmergtransplantatie	5	6
Risiconiveau (volgens Wallace ⁵)		
■ niveau 1	17	21
■ niveau 2	19	24
■ niveau 3	44	55
Twee of meer late effecten	48	60

Evaluatie van het (online)nazorgplan

Tweeënzeventig van de 73 deelnemende patiënten (99%) vulden de patiëntvragenlijst in [tabel 2]. De meerderheid (96%) had de website bezocht en vond het nazorgplan gebruiksvriendelijk. Ze gaven geen verschil aan tussen de online- of de toegestuurde schriftelijke versie van het nazorgplan. Ongeveer driekwart (73%) vond dat hun kennis over late effecten was verbeterd dankzij het gebruik van het nazorgplan en bijna iedereen (97%) was zich meer bewust geworden van het nut van follow-up.

Een minderheid (11%) vond de informatie uit het nazorgplan onvoldoende. Opmerkingen waren: 'Ik mis informatie over psychosociale late effecten', 'Ik had meer informatie verwacht' en 'De taal die gebruikt wordt in het nazorgplan is te medisch'.

Het merendeel van de patiënten (82%) had vertrouwen in de competentie van de huisarts. Twee patiënten hadden 'het gevoel dat de huisarts hen niet serieus nam' en één gaf de voorkeur aan follow-upcontroles afwisselend bij de huisarts en in het ziekenhuis. Veel patiënten (77%) werden door hun deelname aan het onderzoek opnieuw aan de periode van ziek zijn herinnerd. Twintig procent had negatieve herinneringen

en 34% meldde dat de verstrekte informatie hen ongerust had gemaakt.

Van de deelnemende huisartsen vulden 53 van de 72 (74%) de huisartsvragenlijst in [tabel 2]. De meeste huisartsen (85%) hadden toegang tot de website, maar 15% had moeilijkheden bij het inloggen, merendeels omdat zij hun wachtwoord waren vergeten.

De meerderheid van de huisartsen (97%) vond het nazorgplan gebruiksvriendelijk, 83% vond dat hun kennis over late effecten was verbeterd en 95% was zich meer bewust geworden van het nut van follow-up. Opmerkelijk was dat 93% zich capabel voelde om deze screening ook in de toekomst te doen, mits er een nazorgplan voorhanden zou zijn.

Een van de commentaren luidde: 'Het helpt je om het contact te herstellen met je patiënt die genezen is van kanker.'

BESCHOUWING

Dit onderzoek laat zien dat de beschikbaarheid van een (online) nazorgplan de samenwerking van huisartsen en kinderoncologen in een shared-care follow-upmodel ondersteunt. Tevens konden huisartsen en patiënten het nazorgplan zeer waarderen. Er was geen verschil in waardering van het schriftelijke nazorgplan en de onlineversie. De laatste heeft echter belangrijke voordelen. Zo is deze overal beschikbaar waar een internetverbinding is, is ze bij verandering van huisarts voor de nieuwe huisarts eenvoudig toegankelijk, is ze gemakkelijk actueel te houden en gaat ze minder gemakkelijk verloren dan een schriftelijke versie.

Verscheidende auteurs hebben het gebruik van een nazorgplan aanbevolen⁷⁻¹³ en ook overlevenden van kanker hebben aangegeven erg geïnteresseerd te zijn in een individueel nazorgplan.^{7,8} Er zijn diverse informatieve websites beschikbaar, zoals <http://later.skion.nl> of www.oncolink.org/oncolife, die overlevenden van kanker kunnen gebruiken om zelf hun nazorgplan op te stellen. Daartoe moeten ze wel over gedetailleerde gegevens van de eigen ziekte en behandeling beschikken. Uit onderzoeken onder overlevenden van kinderkanker is echter gebleken dat ze vaak niet over deze kennis beschikken.^{14,15}

Bijna alle huisartsen achtten zich competent genoeg om deze vorm van nazorg uit te voeren, mits er een nazorgplan beschikbaar is. Deze bevinding krijgt steun van de uitkomsten van dit onderzoek, waaruit blijkt dat 83% van de huisartsen de screening volgens de richtlijn heeft verricht. Dit is opmerkelijk, want 55% van de patiënten die voor de screening kwamen, waren gecategoriseerd als niveau 3-patiënten met een hoog risico op late effecten. Volgens Wallace et al. zouden deze niveau 3-patiënten beter gescreend kunnen worden op een gespecialiseerde polikliniek voor late effecten.⁵

De meeste huisartsen gaven aan dat ze zich bewuster waren geworden van het voorkomen van late effecten en het nut van langdurige follow-up. Dit is een belangrijke uitkomst, omdat huisartsen dan alerter zullen zijn op mogelijke late effecten als een overlevende van kanker zich met klachten op het spreekuur presenteert.

Tabel 2 Resultaten van vragenlijsten over website en nazorgplan

	Patiënten 72/73 (99%) %	Huisartsen 53/72 (74%) %
Nazorgplan		
■ Toegang tot de website	96	85
■ Website is gebruiksvriendelijk	95	97
■ Schriftelijk nazorgplan is gebruiksvriendelijk	97	100
■ Verstrekte informatie is voldoende	89	100
■ Verstrekte informatie is wat ik verwachtte	90	98
Effect van deelname		
■ Meer bewust geworden van nut van follow-up	97	95
■ Kennis over late effecten is toegenomen	73	83
■ Huisarts is competent genoeg om te screenen	82	93
■ Patiënt had negatieve herbelevingen	20	20

CONCLUSIE

Langdurige nazorg van volwassen overlevenden van kinderkanker kan plaatsvinden bij de eigen huisarts. Een (online)nazorgplan is daarbij essentieel en dient als een effectieve manier van informatievoorziening en -uitwisseling tussen patiënt, huisarts en de polikliniek late effecten. ■

LITERATUUR

- Oeffinger KC, Mertens AC, Sklar CA, Kawashima T, Hudson MM, Meadows AT et al. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *N Engl J Med* 2006;12:1572-82.
- Blaauwbroek R, Groenier KH, Kamps WA, Meyboom-de Jong B, Postma A. Late effects in adult survivors of childhood cancer: the need for life-long follow-up. *Ann Oncol* 2007;18:1898-902.
- Geenen MM, Cardous-Ubbink MC, Kremer LC, Van den Bos C, Van der Pal HJ, Heinen RC, et al. Medical assessment of adverse health outcomes in long-term survivors of childhood cancer. *JAMA* 2007;27:2705-15.
- Blaauwbroek R, Tuinier W, Meyboom-de Jong B, Kamps WA, Postma A. Shared care by paediatric oncologists and family doctors for long-term follow-up of adult childhood cancer survivors: a pilot study. *Lancet Oncol* 2008;9:232-8.
- Wallace WH, Blacklay A, Eiser C, Davies H, Hawkins M, Levitt GA, et al. Developing strategies for long term follow up of survivors of childhood cancer. *BMJ* 2001;4:271-4.
- Trotti A, Colevas AD, Setser A, Rusch V, Jacques D, Budach V, et al. CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. *Semin Radiat Oncol* 2003;13:176-81.
- Burg MA, Lopez ED, Dailey A, Keller ME, Prendergast B. The potential of survivorship care plans in primary care follow-up of minority breast cancer patients. *J Gen Intern Med* 2009;24 Suppl 2:S467-71.
- Hewitt ME, Bamundo A, Day R, Harvey C. Perspectives on post-treatment cancer care: qualitative research with survivors, nurses, and physicians. *J Clin Oncol* 2007;1:2270-3.
- Houlihan NG. Transitioning to cancer survivorship: plans of care. *Oncology (Williston Park)* 2009;23:42-8.
- Earle CC. Failing to plan is planning to fail: improving the quality of care with survivorship care plans. *J Clin Oncol* 2006;10:5112-6.
- Ganz PA, Casillas J, Hahn EE. Ensuring quality care for cancer survivors: implementing the survivorship care plan. *Semin Oncol Nurs* 2008;24:208-17.
- Oeffinger KC, Hudson MM, Mertens AC. Increasing rates of breast cancer and cardiac surveillance among high-risk survivors of childhood Hodgkin lymphoma following a mailed, one-page survivorship care plan. *Pediatr Blood Cancer* 2010;56:818-24.
- Gilbert SM, Miller DC, Hollenbeck BK, Montie JE, Wei JT. Cancer survivorship: challenges and changing paradigms. *J Urol* 2008;179:431-8.
- Bashore L. Childhood and adolescent cancer survivors' knowledge of their disease and effects of treatment. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004;21:98-102.
- Kadan-Lottick NS, Robison LL, Gurney JC, Neglia JP, Yasui Y, Hayashi R, et al. Childhood cancer survivors' knowledge about their past diagnosis and treatment: Childhood Cancer Survivor Study. *JAMA* 2002;10:1832-9.

Bloeddruk bij ouderen: mag het iets hoger zijn?

In 2007 werd de Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET) na een gemiddelde onderzoeksduur van 2,1 jaar voortijdig beëindigd, omdat de totale sterfte in de interventiegroep 21% ($p = 0,02$) lager was dan in de controlegroep.¹ Met veel trompetgeschal werden deze resultaten van HYVET als 'breaking news' gepresenteerd op diverse congressen en in de media: alle twijfels en vragen over hypertensiebehandeling bij 80-plussers leken na HYVET als sneeuw voor de zon verdwenen. In dit tijdschrift verscheen begin 2010 een genuanceerd commentaar op HYVET met aandacht voor (het gebrek aan) generaliseerbaarheid naar de Nederlandse algemene populatie.² De aanvankelijke jubelstemming werd vervolgens verder verstoord met het verschijnen van een Cochrane-review over hypertensiebehandeling bij ouderen, onlangs in dit tijdschrift besproken.^{3,4} Hierin was het effect van hypertensiebehandeling op totale sterfte voor de alleroudsten niet meer aantoonbaar.

ACHTERGRONDEN

Wat was HYVET voor onderzoek? In totaal 3845 (ruim 1900 in elke onderzoeksgroep) 80-plussers met hypertensie (> 160 mmHg) werden dubbelblind gerandomiseerd naar het gebruik van een diureticum, zo nodig aangevuld met een ACE-remmer, of placebo. De streefwaarde voor de systolische bloeddruk was < 150 mmHg. De primaire uitkomstmaat was fataal of niet-fataal CVA, met daarnaast diverse secundaire uitkomstmaten zoals totale en cardiovasculaire sterfte en hartfalen. Gedurende de loopperiode daalde de systolische bloeddruk in de interventiegroep gemiddeld 15 mmHg méér dan in de placebogroep, maar de streefwaarde van 150 mmHg werd slechts bij 48% van de mensen in de interventiegroep bereikt, tegen 19,9% in de placebogroep ($p < 0,001$). De effecten van de hypertensiebehandeling waren evident, alhoewel door de vroegtijdige stopzetting niet allemaal statistisch significant: 30% reductie van fataal en niet-fataal CVA ($p = 0,06$), een totale sterftereductie van 21% ($p = 0,02$) en 23% reductie van cardiovasculaire sterfte ($p = 0,06$). De incidentie van hartfalen tijdens het onderzoek was sterk verlaagd (afname met 64%, $p < 0,001$). De auteurs concluderen dan ook dat hypertensiebehandeling bij ouderen > 80 jaar de totale sterfte, sterfte aan CVA's en incidentie van hartfalen significant verlaagt en derhalve nuttig is.

In hetzelfde jaar 2008 rapporteerde de onderzoeksgroep in de *Lancet* dat er in HYVET géén verschil was in de incidentie van dementie (gedefinieerd als MMSE verlaging tot < 24 , of > 2 punten daling in één jaar), hetgeen gedeeltelijk aan de

korte follow-upduur werd toegeschreven.⁵ En ten slotte publiceerde de onderzoeksgroep in 2011 in de *BMJ* de resultaten van de zogenaamde open-label (dus niet-geblindeerde) verlenging van HYVET, waarbij alle deelnemers uit de oorspronkelijke interventie- en placebogroep direct na het afsluiten van het hoofdonderzoek mochten doorgaan met de actieve behandeling.⁶ Op deze wijze konden de vroege en late effecten van bloeddrukbehandeling met elkaar worden vergeleken. Al na een half jaar verschilden de bloeddrukken in beide groepen niet meer. Bij afsluiting van deze verlenging na 1 jaar was het vóórkomen van CVA's, hartfalen en andere cardiovasculaire incidenten in beide groepen gelijk: een snel 'inhaaleffect' dus door behandeling in de oorspronkelijke placebogroep. Wat betreft totale en cardiovasculaire sterfte bleef er echter een verschil bestaan ten gunste van de langst behandelde groep, wijzend op een laat effect (minstens een jaar) van behandeling op deze uitkomstmaten. In tegenstelling tot wat er in de Journaalrubriek van dit tijdschrift daarover werd gezegd, leidde behandeling van hoge bloeddruk bij oudste ouderen in HYVET op korte termijn dus wel tot minder CVA's, maar niet tot verminderde sterfte.⁷

HOGERE PERFUSIEDRUK NODIG

Is na deze HYVET-resultaten alles bekend over hypertensiebehandeling bij ouderen van 80 jaar en ouder? Wat ons betreft niet, en daarvoor hebben wij een aantal argumenten.

Allereerst de eerder genoemde generaliseerbaarheid (externe validiteit) van HYVET. De onderzoekspopulatie van HYVET betrof slechts 2% West-Europeanen, en daarnaast 56% Oost-Europeanen en 40% Chinezen. Slechts eenderde van de deelnemers had geïsoleerde systolische hypertensie, in onze westerse populatie is dat normaliter $> 90\%$. Met nog geen 7% diabetes en 12% cardiovasculaire aandoeningen, alsmede een BMI van gemiddeld 24,7, waren de deelnemers zeer gezond. Dit uitte zich ook in de sterfte: die was in de placebogroep nog geen 6% per jaar, slechts de helft van de sterfte in de algemene populatie van die leeftijd in Nederland. Kortom: de deelnemers aan HYVET waren gemiddeld niet de oudere mensen die huisartsen in de spreekkamer zien, en het is dus de vraag of de resultaten ook mogen gelden voor de kwetsbare 80-plusser met de nodige comorbiditeit en medicatie.

Daarnaast is er in de afgelopen jaren een groot aantal publicaties verschenen uit observationeel onderzoek in de algemene huisartsenpopulatie dat er op wijst dat de oudste ouderen met de hogere bloeddrukken juist beter af zijn dan diegenen met lagere bloeddrukken. En dan gaat het niet alleen over sterfte,^{8,9} maar ook over eindpunten die voor ouderen vaak veel relevanter zijn: spierkracht, nierfunctie en cognitieve.¹⁰⁻¹² Het sleutelwoord hierbij lijkt 'perfusie' te zijn: ouderen hebben een hogere perfusiedruk nodig om het functioneren van hun organen op peil te houden. Dat betekent dat wat voor

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde (V-o-P), Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. W. de Ruijter, huisarts en epidemioloog; prof.dr. J. Gussekloo, huisarts en hoogleraar eerstelijns geneeskunde • Correspondentie: w.de_ruijter@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Foto: Marco Okhuizen/HH

mensen van middelbare leeftijd een normale bloeddruk is, voor ouderen boven de 80 jaar simpelweg te laag is. Ook het risico op een CVA is op zeer hoge leeftijd niet meer geassocieerd met een hoge bloeddruk, en eerder zelfs omgekeerd: een hoger risico voor ouderen met lagere bloeddrukken. En hoe kwetsbaarder en minder ADL-zelfstandig de oudere, hoe meer deze vlieger opgaat: en dat is dus voor het merendeel van onze eerstelijnspatiënten.¹³

HOGERE STREEFWAARDEN GEWENST

Gelukkig besteedt de herziene NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (2011) explicieter aandacht aan de groeiende groep ouderen in onze samenleving. En alhoewel er over de (nagenoeg) 'volledig rode' groep 70-plussers in de risicotabel veel valt te zeggen, heeft men in elk geval gemeend bij 80-plussers de streefwaarde van bloeddrukbehandeling naar 150 mmHg op te schroeven. Wij zouden echter verder willen gaan en beweren dat het voor de kwetsbare 80-plusser met de nodige comorbiditeit, waaronder cognitieve stoornissen, nog maar de vraag is of de hoge bloeddruk sowieso wel (door)behandeld moet worden. De tijd is rijp om ons serieus af te vragen of het voor bepaalde (oudste) ouderen niet veel beter is wanneer zij minder antihypertensiva gaan slikken, en daarmee dus een hogere bloeddruk en orgaanperfusie krijgen. Oudste ouderen zijn nu eenmaal niet gelijk te stellen aan 'doorsnee volwassenen met een wat slechtere nierfunctie'. Fysiologie, normaalwaarden, therapie en prognose van diverse bloeddrukmodaliteiten zitten op de zeer hoge leeftijd gewoonweg anders in elkaar. Een eerste 'stop trial' heeft het levenslicht inmiddels gezien: de DANTE-studie, waarin 75-plussers met milde cognitieve stoornissen worden gerandomiseerd naar verminderen/staken van hun antihypertensiva versus

gewoon daarmee doorgaan (uitkomstmaat: neuropsychologisch functioneren).

Terug naar de titel van dit commentaar: mag de bloeddruk bij ouderen iets hoger zijn? Het antwoord laat zich wat ons betreft raden: jazeke, dat is zelfs wenselijk. ■

LITERATUUR

- 1 Beckett N, Peters R, Fletcher A, Staessen J, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.
- 2 Koopman H. Commentaar: opsporing en behandeling van hypertensie bij 80-plussers. *Huisarts Wet* 2010;53:74-5.
- 3 Musini V, Tejani A, Bassett K, Wright J. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 doi: 10.1002/14651858.CD000028.pub2.
- 4 Vlug P, De Ruijter W. CAT. Antihypertensiva voor de alleroudsten? *Huisarts Wet* 2012;55:322.
- 5 Peters R, Beckett N, Forette F, Tuomilehto J, Clarke R, Ritchie C, et al. Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a double-blind, placebo controlled trial. *Lancet* 2008;7:683-89.
- 6 Beckett N, Peters R, Tuomilehto J, Swift C, Sever P, Potter J, et al. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomized controlled trial. *BMJ* 2011;344:d7541.
- 7 Eekhof J. Journaal. Hypertensie bij de alleroudsten. *Huisarts Wet* 2012;55:145.
- 8 Blom J, De Ruijter W, Witteman J, Assendelft W, Breteler M, Hofman A, et al. Changing prediction of mortality by systolic blood pressure with increasing age: the Rotterdam Study. *ACE* 2011 doi: 10.1007/s11357-011-9349-7.
- 9 Molander L, Lovheim H, Norman T, Nordström P, Gustafson Y. Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 and older. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1853-9.
- 10 Taekema D, Maier A, Westendorp R, De Craen A. Higher blood pressure is associated with higher handgrip strength in the oldest old. *Am J of Hypert* 2010; doi 10.1038/ajh.2010.185.
- 11 Van Bommel T, Woittiez K, Blauw G, Van der Sman-de Beer F, Dekker F, Westendorp R, et al. Prospective study on the effect of blood pressure on renal function in old age: the Leiden 85-plus Study. *J Am Soc Nephrol* 2006;17:2561-6.
- 12 Euser S, Van Bommel T, Schram M, Gussekloo J, Hofman A, Westendorp R, et al. The effect of age on the association between blood pressure and cognitive function later in life. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1232-7.
- 13 Sabayan B, Van Vliet P, De Ruijter W, Gussekloo J, De Craen A, Westendorp R. High blood pressure, disability, and risk of stroke in the oldest old: The Leiden 85-plus Study (submitted).

Dementie, meer dan MMSE en casemanager!

De diagnostiek van geheugenstoornissen en behandeling van dementie is een van de uitdagendste vraagstukken van de ouderenzorg. Voor de medicamenteuze behandeling van diverse vormen van dementie bestaan sedert ruim tien jaar trialdata, die nog altijd worden aangevuld¹. In Nederland wordt de patiënt met dementie behandeld conform de CBO-Richtlijn uit 2005.² Echter, in relatie met deze richtlijn werd in de herziene NHG-Standaard Dementie een controversie zichtbaar over wat de huidige beste diagnostiek en behandeling is voor een patiënt met geheugenstoornissen en dementie.³

DIAGNOSTIEK

De diagnostiek van geheugenstoornissen en dementie is lastig en tijdrovend; beeldvormend onderzoek van de hersenen is daarbij frequent noodzakelijk. Het uitvoeren van eenvoudige bedside screeningsinstrumenten, zoals een Mini Mental State Examination (MMSE) en het tekenen van een klok, is daarbij onvoldoende. Zelfs het uitbreiden van dit onderzoek met een batterij aan neuropsychologische tests die 1 à 2 uur duren, levert niet altijd een juiste diagnose op.⁴ Mede doordat bij de interpretatie van deze tests groepsnormen worden gehanteerd, blijkt na obductie de klinisch gestelde diagnose ziekte van Alzheimer in 1:3 gevallen niet door onderzoek te worden bevestigd.⁴ Beeldvormend onderzoek van het brein op een geheugenpolikliniek laat bij vrijwel alle patiënten afwijkingen zien, waarbij deze MRI bij 26% van de patiënten bijdraagt tot een nieuwe of andere oorzaak voor dementie.⁵

Mede onder invloed van gerichte publiekscampagnes wenssen steeds minder ouderen geheugenstoornissen als een fysiologisch aspect van de ouderdom te accepteren. Patiënten met geheugenklachten zoeken eerder medische diagnostiek en eventueel behandeling. Door deze afname van het zogenaamde patiëntendelay verschuift het moment waarop diagnostiek naar geheugenstoornissen wordt ingezet steeds verder naar voren. Longitudinaal bevolkingsonderzoek laat zien dat 80 maanden voordat de diagnose dementie wordt gesteld, de te objectiveren achteruitgang van het geheugen start.⁶ Als de diagnose dementie nog niet kan worden gesteld, zullen deze patiënten met zogenaamd Mild Cognitive Impairment (MCI) moeten worden gevolgd. Het herhaald gebruikmaken van MMSE en het tekenen van een klok bij MCI-patiënten zal resulteren in leereffecten, hetgeen het onderzoek nog verder onbetrouwbaar maakt. Interpretatie van deze tests en het bepalen van noodzakelijk vervolg vraagt veel ervaring, te meer daar niet alle patiënten met MCI dement worden.⁷

BEHANDELING

De afgelopen jaren zijn verschillende medicamenteuze behandelingen voor de ziekte van Alzheimer in diverse fases van klinisch onderzoek niet effectief gebleken.^{8,9} Er zijn geen negatieve trials gepubliceerd van de in Nederland geregistreerde medicamenten voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer, Lewy-Body-dementie of Parkinson-dementie. Wel is voor rivastigmine een nieuwe transdermale toepassing geregistreerd. Een overzicht van de medicamenteuze behandeling van dementie is recent elders gepubliceerd.¹⁰

BEGELEIDING

Een van de gevolgen van dementie kan ontkenning van de ziekte zijn, waardoor een gebrek aan besef en inzicht ontstaat. Goedbedoelde adviezen van mantelzorgers en professionals worden mede hierdoor niet door de patiënt opgevolgd. Het inzetten van casemanagers alleen is hiervoor geen oplossing. Voor het doorvoeren van, volgens de patiënt, ongewenst beleid is verwijzing naar een specialistisch centrum onontbeerlijk volgens huisartsen en mantelzorgers.¹¹ Een dergelijke verwijzing dient in een vroeg stadium van dementie te gebeuren, omdat hierdoor met bepaalde aanpassingen behoud van functie mogelijk is in plaats van een verbod, bijvoorbeeld met autorijden.¹²

TOEKOMST

De diagnose dementie wordt gesteld op dat moment dat geobjectiveerde tekorten een negatief effect hebben op het dagelijks functioneren van een patiënt. De onderliggende pathologie die deze tekorten veroorzaakt, is op het moment van de diagnose dementie bij de ziekte van Alzheimer dan al zo'n 10 jaar actief. Met liquor- en PET-onderzoek zijn in dit voorstadium al afwijkingen aantoonbaar. Dit gegeven heeft er recent toe geleid dat bij een aantal van deze patiënten de diagnose ziekte van Alzheimer is gesteld zonder dat er sprake is van dementie dankzij het introduceren van de term prodromale Alzheimer.¹³ Door nieuwe geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer in een eerder stadium van de ziekte toe te dienen, hopen onderzoekers de therapeutische kracht te verbeteren. Volgens dit principe worden momenteel al fase II-onderzoeken uitgevoerd. Tevens onderscheiden onderzoekers momenteel subtypen van de ziekte van Alzheimer,¹⁴ hetgeen mogelijk kan bijdragen aan een selectievere inzet van medicamenteuze behandelingen.

NHG-STANDAARD DEMENTIE

Het is goed dat de NHG-Standaard Dementie is herzien. De standaard negeert echter het continuüm van MCI naar dementie en presenteert de diagnostiek naar dementie als een alles-of-nietskwestie. Patiënten met geobjectiveerde geheugenklachten, maar zonder dementie, bestaan hier niet. Dit

Jeroen Bosch Ziekenhuis, afdeling Geriatrie, Henri Dunantstraat 1, 5223 GZ 's-Hertogenbosch; dr. P.L.J. Dautzenberg, geriater • Correspondentie: p.dautzenberg@jbz.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is als adviseur opgetreden bij de firma's Novartis, Janssen-cilag en Lundbeck, en betrokken bij fase III-onderzoek van de firma Pfizer.

is voor de dagelijkse praktijk een misser, te meer daar de wet deze groep patiënten wel erkent. In tegenstelling tot wat de standaard meldt, dienen niet alleen patiënten met dementie maar ook patiënten met geheugenstoornissen (MCI) bij CBR hun rijvaardigheid hernieuwd aan te tonen.¹⁵ Ook voor de mantelzorger kan samenleven met een patiënt met MCI een belasting betekenen, zeker als voor veranderd gedrag bij de patiënt geen (medische) verklaring wordt gegeven.

De diagnostiek naar dementie wordt in de standaard beperkt tot MMSE en het tekenen van een klok. Beide zijn alleen maar screeningsinstrumenten en nooit bedoeld om als diagnosticum te dienen. Ze kunnen wel aantonen dat er iets aan de hand is, maar niet wat. Ook zijn er factoren bekend die de score van de MMSE negatief beïnvloeden zonder dat er sprake is van dementie en bestaan er twijfels over de cut-off van 24/30.^{16,17} De standaard brengt beeldvormend onderzoek alleen in relatie met een zoektocht naar behandelbare aandoeningen, hetgeen de diagnostische waarde naar de oorzaak van dementie ten onrechte negeert.⁵

De stelling in de standaard dat 'de huisarts de diagnostiek van dementie meestal zelf kan uitvoeren' is op grond van al het voorgaande niet te handhaven. De huisarts kan bij een gevorderde dementie de syndroomdiagnose dementie stellen, maar niet de onderliggende oorzaak vaststellen. De huisarts kan diagnostiek naar dementie bij een minderheid van de patiënten uitvoeren onder strikte voorwaarden:

- Als er sprake is van al jaren bestaande, duidelijke, cognitieve stoornissen met een duidelijk negatief effect op het dagelijks functioneren.
- Als hij een breder palet aan neuropsychologische tests hanteert.
- Als hij neurologisch onderzoek adequaat bij iedere patiënt uitvoert (en niet alleen bij verdenking CVA, ziekte van Parkinson of normal pressure hydrocephalus).
- Als de mogelijkheid bestaat tot beeldvorming via een samenwerkingsverband met een geheugenpolikliniek of neuroloog.

De standaard suggereert een samenwerkingsverband met specialisten in de ouderengeneeskunde maar meldt alleen een samenwerking tussen huisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde die over het algemeen geen toegang hebben tot deze beeldvormende diagnostiek en meestal alleen zijn betrokken bij het laatste stadium van dementie en niet bij de diagnostiek.

De samenstellers van de standaard staan nationaal en internationaal geïsoleerd in hun mening dat '(...) voor anti-dementiemedicatie geldt dat de balans tussen effectiviteit en veiligheid dusdanig is dat er geen overwegend voordeel te verwachten is'. De internationaal meest kritische organisatie NICE stelt dat antidementiemiddelen een onderdeel vormen van de behandeling van milde en matige vorm van de ziekte van Alzheimer.¹⁸ De standaard stelt dat bij een wens tot be-

handeling de patiënt moet worden doorverwezen naar een specialist, terwijl onderzoek nog nooit heeft aangetoond dat een huisarts, mits hij de goede diagnose stelt en in staat is de behandeling adequaat te evalueren, deze behandeling niet zelf zou kunnen initiëren.¹⁹ De standaard adviseert het inschakelen van een casemanager bij de begeleiding van een demente patiënt. Dit is een terecht advies, echter dit inschakelen kan niet de totale behandeling zijn. Ook goed geïnformeerde patiënten met dementie wensen een behandeling.²⁰

Samengevat simplificeert de standaard de diagnostiek en de behandeling van de patiënt met dementie naar 'MMSE + klok = casemanager'. Hierdoor leidt navolging van de standaard tot een verdeelde zorg en laat de standaard mijns inziens de patiënt en de mantelzorger in de kou staan omdat een deel van de hulpvraag van deze mensen nu niet meer goed kan worden ingevuld. ■

LITERATUUR

- 1 Howard R, McShane R, Lindesay J, Ritchie C, Baldwin A, Barber R, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2012;366:893-903.
- 2 Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht: CBO, 2005.
- 3 Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJF, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning-Koster MN. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:306-17.
- 4 Storandt M, Morris JC. Ascertainment bias in the clinical diagnosis of Alzheimer Disease. *Arch Neurol* 2010;67:1364-9.
- 5 Borghesani PR, DeMers SM, Manchanda V, Pruthi S, Lewis DH, Borson S. Neuroimaging in the clinical diagnosis of dementia: observations from a memory disorders clinic. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1453-8.
- 6 Wilson RS, Leurgans SE, Boyle PA, Bennett DA. Cognitive decline in prodromal Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2011;68:351-6.
- 7 Ganguli M, Snitz BE, Saxton JA, Chang CC, Lee CW, Vander Bilt, et al. Outcomes of mild cognitive impairment by definition: a population study. *Arch Neurol* 2011;68:761-7.
- 8 Sabbagh MN. Drug development for Alzheimer's disease: where are we now and where are we headed? *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7:167-85.
- 9 Bezprozvanny I. The rise and fall of Dimebon. *Drug News Perspect* 2010;23:518-23.
- 10 Dautzenberg PJ. Medicatie bij dementie. *MFM* 2011;1:32-7.
- 11 Livingston G, Leavey G, Manela M, Livingston D, Rait G, Sampson E, et al. Making decisions for people with dementia who lack capacity: a qualitative study of family carers in UK. *BMJ* 2010;341:c4184.
- 12 Ball K, Edwards JD, Ross LA, McGwin G. Cognitive training decreases motor vehicle collision involvement in older drivers. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:2107-13.
- 13 Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Cummings JL, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol* 2010;9:1118-27.
- 14 Murray ME, Graff-Radford NR, Ross OA, Petersen RC, Durara R, Dickson DW. Neuropathologically defined subtypes of Alzheimer's disease with distinct clinical characteristics: a retrospective study. *Lancet Neurol* 2011;10:785-96.
- 15 Wegenverkeerswet; regeling maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid. 27 juli 2011.
- 16 Monsch AU, Foldi NS, Emini-Fünfschilling DE, Berres M, Taylor KI, Seifritz E, et al. Improving the diagnostic accuracy of the Mini-Mental State Examination. *Acta Neurol Scand* 1995;92:145-50.
- 17 O'Bryen SE, Humphreys JD, Smith GE, Ivnik RJ, Graf-Radford NR, Petersen RC, et al. Detecting dementia with the mini-mental state examination in highly educated individuals. *Arch Neurol* 2008;65:963-7.
- 18 CG42 Dementia: NICE guideline. www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/303179.pdf.
- 19 Meeuwse EJ, Melis RJ, Van der Aa GC, Golücke-Willems GAM, De Leest BJM, Van Raak FHJM, et al. Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2012 May 15;344:e3086. doi: 10.1136/bmj.e3086.CG42 Dementia: NICE guideline, 23 March 2011. www.guidancenice.org.uk.
- 20 www.alzheimer-nederland/informatie/verloop-ziekte/behandeling.

Dementie: werken aan acceptatie en passende zorg

Vorige maand is de herziene NHG-Standaard Dementie verschenen. Ook dit keer klinkt er van diverse zijden kritiek op de inhoud, zie ook de reactie van Paul Dautzenberg. In dit commentaar wil ik graag beargumenteren dat de inhoud van de standaard de wetenschappelijke stand van zaken goed weergeeft en past in ons concept van continue integrale zorg, waarbij de huisarts samen met de patiënt en familie de regie heeft over het (medisch) beleid en dit beleid samen met anderen, waaronder casemanagers dementie, uitvoert.

Het gaat om optimale zorg voor al onze dementerende patiënten. Niets meer en niets minder. Dat kan verantwoord en kosteneffectief in de eerste lijn, dicht bij de patiënt. De herziene standaard Dementie biedt daarvoor houvast aan huisartsen en praktijkondersteuners. Als huisartsenpraktijken en instanties voor diagnostiek en begeleiding bij dementie goed samenwerken, kunnen al onze dementerende patiënten en hun mantelzorgers de begeleiding krijgen die nodig is om zo lang en zo gelukkig mogelijk samen thuis te blijven. Er is nog een hele weg te gaan, maar de routeplanner is gereed.

We weten inmiddels van ervaringen met CVRM, DM, astma/copd dat huisartsen eerstelijns- en transmurale zorgtrajecten prima kunnen opzetten. Er is geen reden om aan te nemen dat dit met dementie niet het geval zou zijn. Tevens blijkt keer op keer dat burgers het allerliefst begeleiding in de eerste lijn door vertrouwde hulpverleners willen.

ACTIEF INGAAN OP SIGNALLEN

In de huisartsenpraktijk kan dementie eerder en beter worden geconstateerd dan nu het geval is. De herziene NHG-Standaard Dementie geeft in heldere en concrete stappen weer hoe we in de eerste lijn de signalering, diagnostiek en begeleiding bij dementie vorm moeten geven. Hierbij gaat de standaard terecht uit van de contextuele kennis van huisartsen, zowel in de tijd (kennis van de voorgeschiedenis en het functioneren) als in relatie tot naasten, familie en burens. Het valt op als iemand rommelt met de medicatie, afspraken minder stipt nakomt of minder snel van begrip is. Door actief in te gaan op deze signalen, na te gaan wat er speelt en of er symptomen van dementie zijn (of van een andere aandoening, met name delier of depressie), komen problemen eerder aan het licht. Hierbij gaat het om het vaststellen van veranderingen ten opzichte van het vroeger functioneren van de patiënt, door de anamnese, heteroanamnese, observaties en het testen van de cognitie. Het afnemen van de MMSE en de kloktekentest leveren slechts aanvullende informatie, te interpreteren in

het gehele klinische beeld. Huisartsen zullen nagaan of er te beïnvloeden factoren aanwezig zijn over het psychisch functioneren (stemming, angst), somatische problemen (zintuigen, comorbiditeit) en medicatie. Patiëntveiligheid is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

VERWIJZING EN BEGELEIDING

De standaard beschrijft dat een verwijzing voor nadere diagnostiek wordt overwogen als er discrepanties zijn tussen het klinisch beeld en de scores op de tests. Als de patiënt niet voldoet aan de criteria voor dementie en er wel lichte geheugenklachten zijn (of klachten van andere cognitieve functies), hangt het van de hulpvraag af welk vervolgbeleid de huisarts inzet. MCI is maar in een beperkt deel van de gevallen een voorbode van dementie (zie noot 15 van de standaard). Huisartsen kunnen bij een groot deel van de patiënten zelf de diagnostiek doen, als zij dit maar zorgvuldig doen. Verwijzingen voor nadere diagnostiek kunnen de diagnose ondersteunen en leveren zelden een andere uitkomst op.^{1,2} Dat deze situatie in het buitenland anders is, is inherent aan de andere organisatie van zorg en het ontbreken van een sterke, op de context gerichte eerste lijn. Huisartsen selecteren, in overleg met de oudere en de familie, de beste optie voor verwijzing en maken hierbij een inschatting van de kans op het vinden van specifieke en/of behandelbare oorzaken. De populatie mensen met dementie in Alzheimercentra en op de polikliniek bij klinisch geriateren is een andere dan de populatie die huisartsen niet verwijzen of die ze naar op zorgverlening gerichte instanties verwijzen.

De standaard legt tevens accenten op begeleiding. Dat begint met het duidelijk benoemen van de diagnose. Het blijkt dat patiënten en familie hier behoefte aan hebben en het vormt het startpunt van het acceptatieproces. Dit proces is essentieel om te kunnen komen tot begrip en goede omgang met de patiënt. De laatste decennia heeft er, mede onder invloed van Alzheimer Nederland, een emancipatieproces van de dementiepatiënt plaatsgevonden. Hierdoor praten we minder over, en meer met de demente oudere. We weten dat omgevingsfactoren grote invloed hebben op het welbevinden en dat we naarmate de cognitieve functies afnemen meer gebruik moeten maken van communicatie via andere mogelijkheden dan de verbaal rationele.

ZORGPROBLEMATIEK

Vanuit de huisartsenpraktijk kunnen we eerder en beter aandacht besteden aan zorgproblemen. De inventarisatie hiervan en het tijdig ondersteunen en interveniëren kan de praktijkondersteuner doen, al dan niet in samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners. Dit hele proces van werken aan acceptatie, begrip en de juiste omgang heeft het bevorderen van de kwaliteit van leven tot doel, zowel van de oudere met

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. A.W. Wind, huisarts en coördinator NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde • Correspondentie: A.W.Wind@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is coördinator van de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde van het LUMC. Deze opleiding is niet gesubsidieerd of gesponsord.

dementie als van diens naasten. De belasting voor mantelzorgers is fors en overbelasting ligt op de loer, met alle consequenties vandien (waaronder ouderen mishandeling). Alle aandacht dus voor voorlichting, ondersteuning en directe ontlasting door dagbehandeling en respijtzorg.

Gedragsproblemen bij dementie, zowel thuis als in het verzorgingshuis, blijven een heel lastig gebied. Medicamenteuze behandeling is zeer beperkt effectief en snel schadelijk. Beïnvloeding van de omgeving levert meer op. Deze multicomponent psychosociale interventies lijken aantoonbaar effectief om patiënten langer thuis te laten blijven en later te laten opnemen. Dat is een patiëntenbelang en een maatschappelijk belang dat alleszins de moeite waard is.

Maar hoe dan en door wie? Veelal zijn er geen psychologen meer in verzorgingshuizen die het team kunnen coachen. De directies van verzorgingshuizen, specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen staan samen met de instanties die zorg verlenen aan ouderen met dementie voor de taak hieraan invulling te geven. Daarom is het goed dat de standaard uitgebreid ingaat op ondersteuning van de mantelzorgers, het opstellen van een ondersteuningsplan en de plaats en taken van een casemanager dementie. Voor die laatste hulpverlener geldt: graag korte lijnen met het team in de huisartsenpraktijk. Ook eigen praktijkondersteuners zouden deze rol kunnen vervullen, mits zij hiertoe voldoende geëquipeerd zijn en voldoende tijd en begeleiding krijgen.

Ook het belang van veiligheid, inclusief de aanmelding bij CBR, komt aan de orde, net als het anticiperen op juridische zaken in het licht van afnemende wilsbekwaamheid. In noot 73 gaat de standaard uitgebreid in op de verschillende rechtsvormen die hierbij van toepassing kunnen zijn.

In noot 74 gaat de standaard in op de mogelijkheid en de moeilijkheden van euthanasie bij dementie. Er is een verschil in de beleving van patiënten en die van artsen bij het 'inleveren' van een wilsverklaring over de betekenis ervan. Naar mijn mening had men hier in de hoofdttekst uitgebreider bij stil kunnen staan. Steeds vaker geven relatief jonge mensen aan dat ze niet in een situatie met dementie terecht willen komen. Hiervoor heeft de NVVE (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde) al jarenlang een standaardformulier dat men kan ondertekenen, eventueel na het toevoegen van eigen wensen. Maar wat betekent dat dan? Waar ligt voor elk individu de grens? Verschuift die? Wat doen we als de grens bereikt is? De moeilijkheden van euthanasie bij dementie maken de impact van het behandelverbod groter. Het is voor huisartsen een uitdaging om hier bij iedereen die een formulier 'inlevert' de juiste stappen te zetten: de wensen helder te krijgen, de grenzen te exploreren, de consequenties en mogelijkheden te bespreken, inclusief het eigen standpunt hierin.

MEDICATIE

De standaard beveelt cholinesteraseremmers (nog steeds) niet aan. Voor het opstellen van de nieuwe NHG-Standaard is uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. De resultaten van onderzoek naar effectiviteit en bijwerkingen zijn het afgelopen decennium niet essentieel veranderd. Onderzoeken naar antidementiemiddelen zijn doorgaans methodologisch van matige kwaliteit, te kort van duur en bijna zonder uitzondering (in) direct gesponsord door de industrie. Maar bovenal: het effect op de aandoening is onduidelijk, minimaal en onvoorspelbaar, terwijl er wel behoorlijke bijwerkingen kunnen optreden. Het is dus verstandig, voor ons allemaal, om daar bescheiden en terughoudend mee om te gaan. Dat de hernieuwde standaard in dit opzicht afwijkt van internationale standaarden is een feit. Maar ook een non-argument, aangezien dat voor veel aspecten van de huisartsgeneeskunde geldt, zoals voor ons prescriptiebeleid bij antibiotica en ons euthanasiebeleid.

Ook het standpunt van het kennisinstituut NICE was aanvankelijk afhoudend, maar na veel protesten van onder andere de patiëntenlobby heeft men het standpunt herzien.³ In de discussie over het doelmatig inzetten van middelen past een terughoudend beleid over cholinesteraseremmers en kunnen we patiënten en familie effectiever helpen door de nadruk te leggen op acceptatie, begrip, omgang en kwaliteit van leven.

TOT SLOT

De eerste lijn zal alle zeilen moeten bijzetten om optimale zorg voor al onze dementerende patiënten te bereiken. Daarbij is ondersteuning onontbeerlijk, zoals bij alle vormen van ketenzorg. Er is dus ook een belangrijke rol weggelegd voor de geheugenpoli's, zolang deze maar functioneel en ondersteunend aan de eerste lijn zijn.⁴ De huisartsen nemen met deze standaard hun verantwoordelijkheid en hun rol, geheel in lijn met het KNMG-Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Het wachten is nu op een herziene CBO-Richtlijn en steun van de klinisch geriater, neurologen en specialisten ouderengeneeskunde. Alleen dan laten wij, in gezamenlijkheid, onze patiënten met dementie niet in de kou staan. ■

LITERATUUR

- 1 Perry M. Development and Evaluation of a Dementia Training Programme for Primary Care [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2011.
- 2 Van Hout HPJ, Vernooij-Dassen MJF, Hoefnagels WHL, Kuin Y, Stalman WAB, Moons KGM, et al. Dementia: predictors of diagnostic accuracy and the contribution of diagnostic recommendations. *J Fam Pract* 2002;51:693-9.
- 3 Wind AW. Antidementiemiddelen alleen voor matig ernstige Alzheimer? *Huisarts Wet* 2006;49:180.
- 4 Meeuwse EJ, Melis RJE, Van Der Aa GCHM, Golüke-Willems GAM, De Leest BJM, Van Raak FHJM, et al. Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e3086. Doi:10.1136/bmj.e3086.

Belangrijkste wijzigingen

- De richtlijn is in essentie ongewijzigd.
- Bij de functionele behandeling van een laterale enkelbandruptuur wordt tapebandage óf een enkelbrace aanbevolen.

Kernboodschappen

- Pas de Ottawa Ankle Rules toe om een fractuur uit te sluiten.
- Geef bij een distorsie adviezen, desgewenst aangevuld met pijnstilling.
- Geef bij een ruptuur adviezen aangevuld met een tape óf een enkelbrace.
- Overweeg het adviseren van huiswerk oefeningen of verwijzing voor oefentherapie bij ernstig enkelbandletsel en bij sporters ter preventie van een recidief.
- Adviseer bij sport met een hoog risico op inversietraumata of bij enkelbelastend werk een enkelbrace of tapebandage ter preventie van recidieven.

INLEIDING

De NHG-Standaard Enkelbandletsel geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van acute laterale enkelbandletsels die het gevolg zijn van een inversietrauma. Afhankelijk van de inwerkende kracht treedt een letsel op dat varieert van een distorsie tot een ruptuur van een of meerdere delen van de enkelband of een fractuur van een van de aangrenzende botstukken. De standaard geeft aan bij welke verschijnselen de huisarts een fractuur dient te overwegen en een röntgenfoto moet aanvragen. Voorts is de diagnostiek gericht op het maken van een onderscheid tussen een distorsie en een ruptuur. Dit onderscheid is van belang omdat bij een distorsie een specifieke behandeling niet noodzakelijk is, terwijl bij een ruptuur een zogenaamde functionele behandeling met een tapebandage of brace de voorkeur verdient. De huisarts is door toepassing van de richtlijnen in deze

standaard in staat het overgrote deel van de patiënten met acuut lateraal enkelbandletsel zelfstandig te behandelen.

Deze standaard geeft daarnaast beperkt richtlijnen voor de preventie van en verwijzing bij chronische klachten van de enkel ontstaan na een inversietrauma.

De aanbevelingen van de NHG-Standaard komen overeen met die van de multidisciplinaire richtlijn Acuut lateraal enkelbandletsel 2011. Deze multidisciplinaire richtlijn is samengesteld door diverse disciplines, met inbegrip van het NHG [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2011].

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner (POH-GGZ) of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

ACHTERGRONDEN

De incidentie van enkeldistorsies in de huisartsenpraktijk bedraagt 8 per 1000 patiënten per jaar, waarbij de hoogste incidentie wordt gezien in de leeftijdscategorie 15 tot 24 jaar. De incidentie is hoger bij mannen dan bij vrouwen.¹ Het overgrote deel van de patiënten met enkelblessures meldt zich bij de huisarts. Bij de patiënten met een enkeldistorsie varieert het percentage patiënten met een fractuur van ongeveer 5% in de huisartsenpraktijk tot 20% op de eerstehulpafdeling van een ziekenhuis. Het betreft meestal een fractuur van de malleolus lateralis of de basis van het os metatarsale V en soms van de malleolus medialis of het os naviculare.²

De incidentie van rupturen van de enkelband in de huisartsenpraktijk is niet precies bekend. De incidentie op Nederlandse eerstehulpafdelingen ligt tussen 10 en 20% van alle enkeldistorsies. Bij een ruptuur is vrijwel altijd het ligamentum talofibulare anterieus aangedaan, soms in combinatie met een ruptuur van een van de andere ligamenten.

Er zijn aanwijzingen dat, voornamelijk bij sporters, de volgende onafhankelijke risicofactoren een rol spelen bij het oplopen van een acuut lateraal enkelbandletsel: een verminderde balans, een enkeldistorsie in de voorgeschiedenis en fysiek contact met een medespeler zoals bij volleybal of voetbal.³

De duur van het herstel is afhankelijk van de aard en de ernst van het letsel. De pijnklachten nemen in de eerste 2 weken veelal snel af. Een gedeelte van de patiënten houdt langdurig (langer dan een jaar) pijnklachten of last van instabiliteit. Het percentage recidieven varieert per onderzoek van 3 tot 34%.⁴

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

In het eerste consult na het trauma beoordeelt de huisarts, aan de hand van de Ottawa Ankle Rules, of er een indicatie bestaat voor het aanvragen van een röntgenfoto (zie gecursiveerde item bij anamnese en [tabel 1]). De Ottawa Ankle Rules zijn vooral geschikt om fracturen uit te sluiten. De toepassing ervan is het meest betrouwbaar binnen 48 uur na het trauma.⁵

Belo JN, Buis PAJ, Van Rijn R, Sentrop-Snijders EM, Steenhuisen S, Wilkens C, Geijer RMM, Loogman MCM. NHG-Standaard Enkelbandletsel (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; 55(8):352-6.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (Huisarts Wet 2000;43(1):32-7).

Als een fractuur niet waarschijnlijk dan wel uitgesloten is, maakt de huisarts met aanvullend lichamelijk onderzoek een onderscheid tussen een distorsie en een ruptuur. Bij veel pijn en zwelling is het onderscheid tussen een distorsie of een ruptuur in het eerste consult niet goed te maken. Maak in dat geval een nieuwe afspraak voor 4 tot 7 dagen later. Een eventuele hematoomverkleuring zal doorgaans ook pas na deze periode zichtbaar worden.

Geef voor de periode tot het volgende consult het advies om bewegingen die de pijn duidelijk verergeren te vermijden. Desgewenst kan de patiënt elleboogkrukken gebruiken.

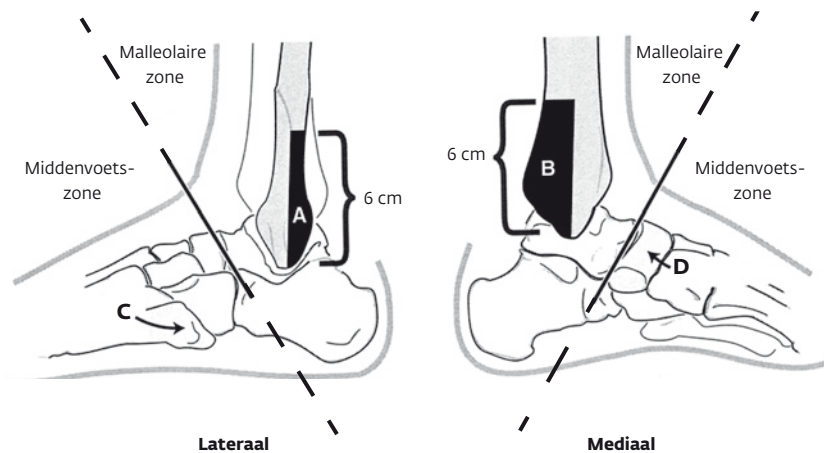
Anamnese en lichamelijk onderzoek

- Vraag naar:
 - tijdstip en aard van het trauma (verzwikking, val, geweld van buitenaf);
 - belastbaarheid direct na het trauma (*onvermogen van de patiënt om direct na het trauma de enkel te belasten door het maken van vier stappen zonder hulp*);
 - pijn (ernst, lokalisatie, verloop na het trauma);
 - eerdere enkelklachten of -traumata en het beloop en de behandeling daarvan.
- Inspecteer de stand van de voet ten opzichte van het onderbeen.
- Pas de Ottawa Ankle Rules toe ter uitsluiting van een fractuur [tabel 1] en [figuur].
- Beoordeel (in het eerste of in het vervolgsconsult na 4 tot 7 dagen) of er sprake is van een distorsie of een enkelbandruptuur. Vergelijk altijd met de andere zijde.
- Inspecteer zwelling (plaats en omvang)

Tabel 1 Ottawa Ankle Rules

- onvermogen van de patiënt om direct na het trauma én in de onderzoekkamer de enkel te belasten door het maken van 4 stappen zonder hulp, óf
- **A** pijn bij palpatie van de achterzijde van de onderste 6 cm van de laterale malleolus, óf
- **B** pijn bij palpatie van de achterzijde van de onderste 6 cm van de mediale malleolus, óf
- **C** pijn bij palpatie van de basis van het os metatarsale V, óf
- **D** pijn bij palpatie van het os naviculare.

Figuur Ottawa Ankle Rules (Bachmann, 2003)



A-D: zie [tabel 1]

en hematoomverkleuring (meestal pas na enkele dagen zichtbaar).⁶

- Palpeer en beoordeel de drukpijnlijkheid van de voorzijde van de laterale malleolus (de insertie van het ligamentum talofibulare anterius).
- Voer de voorsteschuifadetest uit. Plaats de patiënt in rugligging of zittend met bovenbeen op de onderzoeksbank en onderbeen afhangend. Omvat de hiel en ondersteun de voet-zool met de onderarm. Plaats de enkel in 15 graden plantairflexie. Omvat met

de andere arm de voorzijde van het onderbeen ongeveer 10 cm boven de enkel. Vraag de patiënt te ontspannen en beweeg de voet naar ventraal bij een gefixeerd onderbeen. De test is positief indien de voet ten opzichte van het onderbeen circa 1 cm of meer naar ventraal beweegt in vergelijking met de gezonde zijde.

Aanvullend onderzoek

Indien minimaal één van de Ottawa Ankle Rules positief is, is het risico op

Abstract

Belo JN, Buis PAJ, Van Rijn R, Sentrop-Snijders EM, Steenhuisen S, Wilkens C, Geijer RMM, Loogman MCM. NHG Guideline Ankle sprains (second revision). Huisarts Wet 2012;55(8):352-6.

The NHG Guideline Ankle Sprains was recently reviewed for the second time, but remains essentially unchanged.

Ottawa Ankle Rules (OAR) When first seeing a patient with suspected sprained ankle, the general practitioner should use the Ottawa Ankle Rules to determine whether X-ray of the ankle is indicated. These rules are especially useful for excluding fractures and are most reliable when applied within 48 hours of the trauma. If one or more of the rules are positive, an ankle X-ray should be requested.

Delayed physical examination If the Ottawa Ankle Rules are negative and if additional physical examination (anterior drawer test) does not enable a distinction to be made between a sprained ankle and a torn ankle ligament, the patient should be re-examined after 4 to 7 days. Torn ankle ligament is the most likely diagnosis if pain is elicited by palpation of the anterior of the lateral malleolus and if there is a visible haematoma or a positive anterior drawer test.

Treatment Patients with a sprained ankle should be given information about the sprain and, if necessary, prescribed a local or oral analgesic. Patients with a suspected torn ankle ligament should be treated with an ankle brace or tape bandage for 6 weeks and monitored every 2 weeks. To prevent recurrence, patients who participate in sports carrying a high risk of inversion injuries or who perform strenuous physical work should be advised to use an ankle brace or tape bandage during these activities and/or be referred for exercise therapy or given exercises to do at home.

een fractuur verhoogd. Vraag dan een röntgenfoto aan en vermeld bij de aanvraag de relevante bevindingen van het lichamelijk onderzoek. Het absolute risico van een fractuur in de eerste lijn blijft echter klein.²

Andere aanvullende diagnostiek (echo, MRI of artrografie) is niet zinvol bij acuut lateraal enkelbandletsel.⁷⁻⁹

Evaluatie

- Stel na het uitsluiten van een fractuur (afwezigheid van een positieve Ottawa Ankle Rule of een niet-afwijkende röntgenfoto) in het eerste consult de diagnose *distorsie* bij patiënten met geringe verschijnselen. Dit betekent dat er sprake is van een redelijk goede belastbaarheid (lopen), geringe zwelling en pijn, afwezigheid van hematoomverkleuring en een negatieve voorsteschuifladetest. Bij de patiënten met ernstiger klachten of symptomen is er mogelijk een enkelbandruptuur. Zij worden na vier tot zeven dagen voor herbeoordeling teruggezien.
- Stel bij patiënten die na vier tot zeven dagen voor herbeoordeling terug worden gezien de diagnose *ruptuur* bij pijn bij palpatie van de *voorzijde* van de laterale malleolus in combinatie met hematoomverkleuring of een positieve voorsteschuifladetest. Bij afwezigheid van pijn aan de *voorzijde* van de laterale malleolus of bij pijn zonder hematoom en zonder positieve schuifladetest is er sprake van een *distorsie*.

RICHTLIJNEN BELEID

De onderstaande richtlijnen zijn van toepassing nadat een fractuur is uitgesloten en de huisarts in het eerste of vervolgsconsult de diagnose *distorsie* of *ruptuur* heeft gesteld.

Voorlichting en adviezen

- Leg bij een *distorsie* uit dat de enkelband is uitgerekt. Het hervatten van de normale activiteiten is in de regel binnen een tot twee weken mogelijk. De patiënt mag de enkel op geleide van de pijn belasten. Als de patiënt dat prettig vindt, kan voor enkele dagen een steunende elastische zwachtel worden aangelegd. Een tapebandage is niet nodig.
- Geef bij een *ruptuur* de volgende voorlichting:
 - de enkelband is zodanig uitgerekt dat deze (gedeeltelijk) is gescheurd;
 - het herstel zal in de regel enkele weken (werkhervatting) tot maanden (sporten) in beslag nemen, maar de prognose ten aanzien van het hervatten van de gebruikelijke activiteiten is goed. In deze fase kan de enkel (bijvoorbeeld na inspanning) nog klachten geven (pijn, zwelling en een onzeker gevoel), maar hoeft de enkel niet te worden ontzien; een functionele behandeling met een tapebandage [tabel 2] of enkelbrace ondersteunt het herstel.
- Geef bij een *ruptuur* voorts de volgende instructies:
 - beweeg tijdens zitten of liggen regel-

matig de enkel door het uitvoeren van plantair- en dorsaalflexie;

- oefen het lopen dagelijks; zet daarbij de voet recht naar voren en wikkel deze zo normaal mogelijk af;
- gebruik bij veel pijn desgewenst enkele dagen elleboogskrukken;
- neemt de pijn ten gevolge van het lopen toe, stop dan het oefenen met lopen een dag en begin de volgende dag opnieuw;
- voer de belasting geleidelijk op door de paslengte en de duur van het lopen te verlengen.

In aansluiting op de gegeven mondelinge adviezen kan de huisarts de patiënt de NHG-Patiëntenbrief Enkelbandletsel meegeven of verwijzen naar www.thuisarts.nl/enkelbandletsel, waar ook huiswerk oefeningen te vinden zijn.

Niet-medicamenteuze behandeling

Voor zowel *distorsies* als *rupturen* geldt dat het gebruikelijk is om in de acute fase de zogenaamde RICE-regel toe te passen. RICE staat voor *Rest* (rust), *Ice* (cryotherapie), *Compression* (drukverband) en *Elevation* (hoogleggen van het been). Bewijs dat deze maatregelen leiden tot een snellere revalidatie ontbreekt echter. Daarom kunnen deze worden geadviseerd noch ontraden.¹⁰

Adviseer bij een *ruptuur* een functionele behandeling met tapebandage of een enkelbrace. De keuze tussen tapen of een brace is afhankelijk van de voorkeur van de patiënt en de praktijkomstandigheden (vaardigheid met tapen, ervaringen met en beschikbaarheid van braces) [tabel 2]. Een functionele behandeling heeft de voorkeur boven een periode van immobilisatie van vier weken.¹¹ Op basis van de literatuur is niet duidelijk welke functionele behandeling het beste is. Een elastische bandage is makkelijk aan te brengen en comfortabel, zeker in de acute fase, maar geeft minder steun dan tape of brace. Zowel tape als brace zijn goed in staat de beweeglijkheid van de enkel te verminderen, maar tape en non-rigide braces gaan losser zitten ten gevolge van activiteiten. Alleen veterbraces of semi-rigide braces behouden hun stevigheid.¹²

Tabel 2 Tapebandage en braces

Tapebandage

Het principe van de behandeling met een tapebandage is het voorkomen van inversie, waardoor de laterale band wordt beschermd. Tegelijkertijd dienen dorsaal- en plantairflexie in voldoende mate mogelijk te blijven, zodat de voet tijdens het lopen normaal kan worden afgewikkeld. De duur van de behandeling bedraagt zes weken.

De tapebandage wordt, nadat de zwelling is afgenomen, aangebracht met de voet in negentig graden ten opzichte van het onderbeen en in lichte eversie. Verwissel de bandage iedere twee weken, of zo nodig eerder als deze te strak of te los zit of vies geworden is. Adviseer de bandage droog te houden ter voorkoming van verweking en infectie van de huid.

Tapebandage wordt bij voorkeur gedaan door een praktijkmedewerker of een fysiotherapeut met voldoende ervaring met het aanleggen van de tape.

Braces

Er zijn anno 2012 verschillende soorten braces beschikbaar voor de eerste lijn:

- semi-rigide braces of veterbraces; deze behouden hun stevigheid;
- non-rigide braces zoals elastische braces; deze gaan op den duur door rekken losser zitten.

Aanbevolen wordt om ervaring op te doen met één type brace of samen te werken met een (sport) fysiotherapeut met ervaring met braces.

Patiënten met een enkelbandruptuur die sporten, kunnen doorgaans na zes weken de training geleidelijk hervatten. Adviseer te starten met fietsen, zwemmen of (hard)lopen op een egale onderlaag. Adviseer het hervatten van wedstrijdsport pas indien normale trainingen goed worden volbracht.

Overweeg huiswerk oefeningen te adviseren of te verwijzen voor oefentherapie bij patiënten met ernstig enkelbandletsel ter bevordering van het herstel en bij sporters of personen met enkelbelastend werk ter preventie van een recidief.^{13,19}

Fysiotherapeutische applicaties (ultrage-luid, kortegolftherapie (UKG), diadynamische stroom en laser) zijn niet bewezen effectief.¹⁴

Medicamenteuze behandeling

Adviseer desgewenst voor een periode van twee weken paracetamol. Paracetamol is eerste keus pijnstiller, omdat dit middel een breed veiligheidsprofiel heeft. Geef als tweede keus, of bij onvoldoende resultaat ibuprofen, diclofenac of naproxen. Op de huid aangebrachte NSAID's (in een crème of gel, eventueel onder occlusie met een pleister) hebben minder gastro-intestinale bijwerkingen maar zijn waarschijnlijk slechts kortdurend (en afhankelijk van de indicatie minder) effectief. Zie voor meer informatie omtrent comorbiditeit, bijwerkingen en interacties en omstandigheden waarbij maagbescherming geadviseerd wordt de FTR Pijnbestrijding (www.nhg.org).¹⁵

Controles en preventie

- Bij patiënten met een enkelbanddistorsie zijn controles niet nodig. Instrueer de patiënt terug te komen indien na een tot twee weken geen verbetering is opgetreden. Herhaal in dat geval het lichamelijke onderzoek.
- Controleer patiënten met een laterale enkelbandruptuur die worden behandeld met een tapebandage of een enkelbrace

gedurende zes weken tweewekelijks, of eerder indien daar behoefte aan is. Informeer naar klachten, inspecteer het looppatroon (belasting en afwikkelen van de voet) en verwissel de bandage. Een gunstig beloop wordt gekenmerkt door een spoedige afname van pijn en zwelling, herstel van het normale looppatroon en een volledig herstel van het dagelijks functioneren (waaronder werk en sport). Adviseer om het gebruik van de brace daarna te verminderen.

- Adviseer bij patiënten met recidiverende enkelbanddistorsies die een sport met een hoog risico op inversietrauma beoefenen (zoals voetbal, volleybal, basketbal, veldhockey) of enkelbelastend werk hebben ter secundaire preventie het gebruik van een enkelbrace of tape.¹⁶
- Het is niet aangetoond dat het dragen van hoge dan wel lage schoenen of het gebruik van werkschoenen recidieven voorkomt.¹⁷
- Bij een afwijkend beloop: evalueer de klachten opnieuw en heroverweeg een (avulsie)fractuur (van de enkel, voetwortel- of middenvoetbeentjes).¹⁸

Verwijzing

- Bij een fractuur: verwijz naar een traumachirurg of (orthopedisch) chirurg. Verwijs met *spoed* bij een standsafwijking van voet of onderbeen of een open fractuur.
- Bij patiënten die na een adequate behandeling en ondanks preventieve maatregelen forse beperkingen ondervinden door een onzeker gevoel, recidiverend zwikken of spierzwakte: overweeg verwijzing naar een fysiotherapeut voor oefentherapie (coördinatie- en spierkrachttraining). Dit geldt ook bij patiënten die sporten of met enkelbelastend werk, met als doel recidieven te voorkomen.^{19,20}
- Bij onvoldoende effect en aanhoudende klachten in de vorm van persisterende pijn, functiebeperking of chronische

laxiteit kan de huisarts verwijzen naar een traumachirurg of (orthopedisch) chirurg ter evaluatie van onderliggende aandoeningen en eventueel chirurgische behandeling.^{21,22}

- Bij patiënten met enkelbelastend werk: ga na wat voor werk de patiënt doet en verwijz voor overleg en een werkhervattingsstrategie naar de bedrijfsarts.²³
- Bij problemen op sportmedisch gebied: verwijz zo nodig naar sportfysiotherapeut of sportarts.

Samenwerking

In de regel vindt de behandeling van een enkelbandletsel plaats in de eerste lijn.²⁴ Na een eerste beoordeling of röntgendiagnostiek in de tweede lijn wordt de patiënt terugverwezen naar de eerste lijn indien verdere behandeling in de tweede lijn niet geïndiceerd is. Andere disciplines rapporteren de huisarts als zij geconsulteerd zijn door een patiënt met acuut enkelbandletsel. De nacontroles van de huisarts kunnen worden overgedragen op de fysiotherapeut bij verwijzing naar de fysiotherapeut voor tapen of het aanmeten van een brace.

Aandachtspunten voor het maken van werkafspraken in de regio:

- indicaties voor verwijzing naar de fysiotherapeut of de tweede lijn;
- afspraken tussen de eerste en tweede lijn bij zelfverwijzing op de SEH;
- taakverdeling tussen huisarts en fysiotherapeuten bij tapen en/of het aanmeten van een brace en verdere begeleiding van de patiënt;
- onderlinge afstemming van voorlichtingsmateriaal en van de adviezen van de betrokken zorgverleners.²⁵

© 2012 Nederlandse Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Totstandkoming

In oktober 2010 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Enkelbandletsel. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. J.N. Belo, huisarts te Katwijk; dr. P.A.J. Buis, huisarts-epidemioloog te Harderwijk; R.M. van Rijn, huisarts te Rotterdam; E.M. Sentrop-Snijders, huisarts-waarnemer te Voorschoten; S. Steenhuisen, huisarts te Eindhoven; C. Wilkens, huisarts-waarnemer te Utrecht. Door de werkgroep is geen belangenverstrengeling gemeld. M.C.M. Loogman, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en voerde de redactie. Dr. R.M.M. Geijer was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling. M.M. Verduijn, apotheker, was als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie

van dezelfde afdeling betrokken. F. Jonkers was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Ook werd commentaar ontvangen van een aantal referenten: prof.dr. R. de Bie, hoogle- raar Fysiotherapie; prof.dr. T. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Huisartsgeneeskun- de; L. Visser, adviseur zorg advies namens het College voor Zorgverzekeringen; dr. P. van den Hombergh, huisarts, namens de Lande- lijke Huisartsen Vereniging; P. Koeck, huis- arts, namens de Vlaamse Vereniging van Huisartsen; prof.dr. C.T.J. Hulshof, bedrijfs- arts namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; D. Dost, apotheker KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; prof.dr. H.J. ten Duis, traumachi- rurg afdeling Chirurgie UMC Groningen; R. de Haan, traumachirurg Nederlandse Ver-

eniging voor Traumatologie; P.A. van Beek, sportarts; dr. G. Kerkhoffs, orthopedisch chi- rurg AMC Amsterdam. R.J. Hinloopen en dr. R. Starmans, beiden huisarts, hebben na- mens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de door de NAS gestelde vragen. Vermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de stan- daard inhoudelijk op elk detail onderschrijft. In april 2012 werd de standaard becommen- tariëerd en geautoriseerd door de NHG-Au- torisatiecommissie.

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

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

Binnenkort verschijnt nummer 4 van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning (TPO) met daarin onder meer aandacht voor goede vetten in voeding en complexe wondbehandeling.

Goede vetten

Praktijkondersteuners weten als geen ander hoe belangrijk voeding is bij de preventie en behandeling van diabetes, een te hoog cholesterolgehalte en hart- en vaatziekten. Dit artikel gaat in op de rol van vetten: welke soorten vetten zijn er, hoe werken ze en hoe helpen bijvoor- beeld onverzadigde vetzuren het cho- lesterolgehalte te verlagen? Daarnaast valt te lezen welke voedingsadviezen over vetten het best gegeven kunnen worden en hoe je dit concreet naar de patiënt toe vertaalt.

Complexe wondbehandeling

In dit tweede deel van de korte serie over complexe wondbehandeling gaat het over de systematische behandeling van complexe wonden. De auteur be- nadrukt dat het belangrijk is niet met

wondbehandeling te beginnen voordat je de oorzaak en beïnvloedende factoren kent. Daarnaast adviseert zij de wond bij elk consult op te meten, universeel te werken en te rapporteren. Ook is het ver- standig om de patiënt bij de behandeling te betrekken. Het TIME-model (*tissue- infection-moisture-edge*) komt aan de orde en het behandelplan met SMART-doelen (specifiek-meetbaar-acceptabel-realis- tisch-tijdgebonden).

Smaakzin

In de rubriek Zintuigen gaat het dit keer over de smaakzin. Naast uitleg over de werking van dit zintuig, komen oorzaken van smaakverval aan bod en beschrijft de auteur welke medicijnen als bijwerking smaakverandering of smaakverlies kun- nen hebben.

Wespen- en bijensteken

In de zomerperiode komen wespen- en bijensteken vaak voor, een goed moment om hier aandacht aan te besteden in de rubriek Euvels. Wat gebeurt er wanneer een bij of wesp steekt en welke soorten

reacties zijn er: lokaal, anafylactisch of toxisch.

En verder

In een interview met scheidend redac- tielid Jacolien de Ruiter-Potkamp vertelt zij hoe zij TPO heeft zien groeien tot een praktisch en betrouwbaar blad, gericht op de praktijkondersteuner. Zij pleit er- voor om meer praktijkondersteuners aan het woord te laten in TPO.

Het belang van voorlichting bij hart- revalidatie wordt besproken in de rubriek PEARLS en Buitenlands nieuws gaat dit keer over visolie en de preventie van hart- en vaatziekten. Bas Janssen is in zijn co- lumn kritisch over preventie.

Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning verschijnt tweemaandelijks en kost € 72,95 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.



Addendum bij de NHG-Standaard CVA

Arianne Verburg, namens de werkgroep CVA

Kernboodschap

Termijn voor starten intraveneuze trombolysie verlengd van 3 naar 4,5 uur.

INLEIDING

In de NHG-Standaard CVA en bijbehorende LTA staat vermeld dat patiënten met een herseninfarct baat kunnen hebben bij intraveneuze trombolysie met alteplase op voorwaarde dat daar binnen 3 uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen mee wordt begonnen [Giesen 2004, Verhoeven 2004]. Sinds het verschijnen van de NHG-Standaard CVA in 2004 zijn er nieuwe onderzoeksgegevens gepubliceerd welke aanleiding geven tot verruiming van het tijds criterium tot 4,5 uur, waardoor meer mensen in aanmerking komen voor deze behandeling. Deze verruiming van het tijds criterium is inmiddels ook opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte van het CBO [NVN 2012].

ONDERZOEKSgegevens

De hypothese dat intraveneuze trombolysie met alteplase mogelijk effectief is tot 4,5 uur na het ontstaan van de symptomen werd getoetst in het ECASS-III-onderzoek, een dubbelblind, gerandomiseerd placebogecontroleerd onderzoek (n = 821). Er werden 418 patiënten behandeld met intraveneus alteplase 0,9 mg/kg tussen 3 uur en 4,5 uur na het ontstaan van de neurologische uitvalsverschijnselen (mediane tijdsduur tot toediening: 3 uur en 59 minuten), de overige 403 patiënten werden behandeld met placebo. De primaire uitkomstmaat was de mate van beperking op ADL-gebied na 90 dagen, gedefinieerd aan de hand van de gemodificeerde Rankinscore (mRs). Een goede uitkomst

(functionele onafhankelijkheid) komt overeen met een Rankinscore van 0 of 1. Patiënten die met alteplase werden behandeld hadden significant vaker een goede uitkomst (mRs 0 of 1 na 90 dagen) in vergelijking tot patiënten die met placebo werden behandeld (52,4% versus 45,2%; $p = 0,01$; number needed to treat (NNT) 14). Deze gunstige uitkomst werd bereikt ondanks een hoger percentage met beeldvormend onderzoek vastgestelde intracraniele bloedingen in de alteplasegroep dan in de placebogroep: 27,0% versus 17,6%; $p = 0,001$; number needed to harm (NNH) 11. Hetzelfde geldt voor de symptomatische bloedingen (2,4% versus 0,2%; $p = 0,008$; NNH 45). De mortaliteit verschilde niet significant tussen beide groepen [Hacke 2008]. Tevens zijn de resultaten van het EPITHET-onderzoek gepubliceerd, een fase II, prospectief, dubbelblind gerandomiseerd, placebogecontroleerd onderzoek (n = 101), waarbij de effectiviteit van behandeling met intraveneus alteplase tussen 3 en 6 uur na het begin van de klachten vergeleken werd met placebo. De primaire uitkomstmaat was groei van het infarct, vastgesteld middels perfusie en diffusie-MRI. Secundaire uitkomstmaten waren mate van reperfusie, neurologische en functionele uitkomst. Er werd geen significant verschil in infarctgroei, neurologische en functionele uitkomst of mortaliteit aangetoond tussen de 2 verschillende groepen patiënten. Reperfusie trad vaker op bij patiënten die behandeld werden met alteplase in vergelijking met de patiënten die met placebo behandeld werden (56% respectievelijk 26%; $p = 0,010$; NNT 3). Er was sprake van een significante toename van het aantal symptomatische intracerebrale bloedingen in de alteplasegroep in

vergelijking tot de placebogroep (7,7% respectievelijk 0%; 95%-BI 2,1% tot 18,5%) [Davis 2008]. De negatieve resultaten in dit onderzoek zijn mogelijk het gevolg van de ruime inclusietermijn: 3 tot 6 uur na het begin van de klachten.

In een recente gepoolde analyse (n = 3670) zijn de gegevens uit de bovenstaande trials toegevoegd aan de data uit 6 eerder uitgevoerde trials. Deze analyse toont dat intraveneuze trombolysie met alteplase tot 4,5 uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen effectief en veilig is. De kans op een gunstige uitkomst (gedefinieerd als een mRs 0 of 1 na 90 dagen) neemt echter duidelijk af naarmate de tijd verstrijkt. De berekende odds ratio's voor een gunstige uitkomst zijn 2,55 (95%-BI 1,44 tot 4,52) voor behandeling binnen de termijn < 1,5 uur, 1,64 (95%-BI 1,12 tot 2,40) voor de termijn 1,5 tot 3 uur en 1,34 (95%-BI 1,06 tot 1,68) voor de termijn 3 tot 4,5 uur ten gunste van de patiënten behandeld met intraveneus alteplase in vergelijking tot placebo. Voor het tijdsinterval 4,5 tot 6 uur is er geen significant verschil tussen beide behandelgroepen. De bijbehorende numbers needed to treat staan samengevat in de [tabel]. Grote parenchymale bloedingen werden gezien bij 5,2% van alle patiënten die behandeld werden met intraveneus alteplase en bij 1,0% van alle controlepatiënten (OR 5,37; 95%-BI 3,22 tot 8,95; $p < 0,0001$; NNH 24). Er was geen duidelijke relatie met de tijd tot behandeling. De mortaliteit was verhoogd indien de behandeling met alteplase later dan 4,5 uur na het begin van de symptomen gestart werd (OR 1,49; 95%-BI 1,00 tot 2,21) [Lees 2010].

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Bovenstaande resultaten tonen dat het veilig en effectief is om patiënten met een herseninfarct tot 4,5 uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen te behandelen met intraveneuze trombolysie met alteplase. Met het verstrijken van de tijd neemt de effectiviteit van deze behandeling

Tabel Effectiviteit van intraveneuze trombolysie

Tijdsduur tot start van i.v. trombolysie	Number needed to treat
< 1,5 uur	5
1,5 tot 3 uur	9
3 tot 4,5 uur	15

Number needed to treat voor een goede uitkomst na 90 dagen (gemodificeerde Rankinscore 0 of 1) voor behandeling met intraveneuze trombolysie in verhouding tot het tijdsinterval van ontstaan van de uitvalsverschijnselen tot start van de behandeling [Lees 2010].

Verburg AFE. Addendum bij de NHG-Standaard CVA. Huisarts Wet 2012;55(8):357-8.

aanzienlijk af. Daarom is een zo snel mogelijke verwijzing nog steeds van essentieel belang. Voor de huisarts betekent dit dat, indien hij op basis van een telefonisch afgenomen anamnese inschat dat een patiënt mogelijk een herseninfarct heeft, waarbij de uitvalsverschijnselen korter dan 4,5 uur bestaan en er, voor zover te beoordelen, geen andere contra-indicaties bestaan, de patiënt met spoed naar het ziekenhuis verwezen moet worden. De huisarts schakelt de ambulance in alvorens hij zelf naar de patiënt gaat. Indien het onbekend is hoe lang de

uitvalsverschijnselen bestaan, vraagt de huisarts expliciet naar het moment waarop de patiënt voor het laatst zonder uitvalsverschijnselen is gezien.

LITERATUUR

- Davis SM, Donnan GA, Parsons MW, Levi C, Butcher KS, Peeters A, et al. Effects of alteplase beyond 3 h after stroke in the Echoplanar Imaging Thrombolytic Evaluation Trial (EPITHET): a placebo-controlled randomised trial. *Lancet Neurol* 2008;7:299-309.
- Giesen AGM, Franke CL, Wiersma TJ, Van Binsbergen JJ, Boiten J, Flikweert S, et al. Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA. *Huisarts Wet* 2004;47:521-6.
- Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Davalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2008;359:1317-29.

Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brott TG, Toni D, Grotta JC, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet* 2010;375:1695-703.

NVN, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn 'Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte' (2008). http://www.cbo.nl/Downloads/218/rl_beroerte_09.pdf.

Verhoeven S, Beusmans GHM, Van Bentum STB, Van Binsbergen JJ, Pleumeekers HJCM, Schuling J. NHG-Standaard CVA. *Huisarts Wet* 2004;47:509-20.

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

PSYCHOLOGISCHE FILMS EN BOEKEN ALS CASUS

Nijmanning M. Casussen voor de therapeutische praktijk, 99 boeken en films. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2012. 267 pagina's, € 29,50. ISBN 978 90 8850 2545.

Doelgroep Therapeuten, tevens bruikbaar voor huisartsen die actief zijn op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.

Inhoud In dit boek worden 99 geselecteerde films en casussen besproken waarin psychologische problematiek aan de orde komt. De beschreven films en boeken gaan over levensfaseproblematiek, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen, angsten/verslavingen/obsessies, fobieën/dwangneurosen en psychosociale problematiek. Een deel gaat over volwassenen, een kleiner deel over kinderen. Films en boeken zijn casussen bij uitstek, aldus de schrijver. Je leest of hoort niet over een bepaalde stoornis of probleem van buitenaf, maar je gaat erin mee, voelt en ervaart deze van binnenuit. Films en boeken kunnen actief als therapeutisch instrument ingezet worden,



ten behoeve van herkenning en troost, inzicht, aanzet tot verandering of relativisering. De inzichten die dat oplevert bij de cliënt kunnen bijdragen aan de therapie. De therapeut kan een bepaalde film of boek aanraden. Bijvoorbeeld de midlife thematiek van de vier hoofdfiguren in de film *Cloaca* (W. van de Sande Bakhuisen), die kampen met depressie, schuldgevoel en zingevingvragen. Of de persoonsverandering die de dementerende hoofdfiguur ondergaat in het boek *Hersenschimmen* (Bernlef), en de gevolgen daarvan voor de omgeving. De film *Billy Elliot* (S. Daldry) gaat over een jongetje dat balletdanser wil worden, een beroep dat niet past bij de verwachtingen van zijn ouders maar waarvoor hij besluit toch te vechten. Bij patiënten die vertrouwd zijn met films en literatuur kan het een bijdrage leveren aan de begeleiding. Dat levert een input op via een andere weg, door vragen als: Herken je jezelf in een van de personages? Welke overtuigingen heeft die figuur, en in hoeverre deel je die overtuiging? Wat zou je hem adviseren als je een goede vriend van hem was? Wat zegt het over jouzelf, dat dit je aanspreekt?

Oordeel Het aardige van het boek is dat het een overzicht biedt van mogelijke gespreksingangen via film en literatuur. De vraag is echter of daarvoor dit boek noodzakelijk is. Ook mist het een betrouwbaar analyseschema dat nodig is voor een gericht advies. ■

Waardering: ●●

Liesbeth van der Jagt

Gebruik van internet voor gezondheidsinformatie

Internet is vooral een belangrijke bron om snel aan actuele informatie over gezondheid en zorg te komen. Het lijkt een minder belangrijke rol te spelen rondom het bezoek aan de (huis)arts. Dit blijkt uit onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

INTERNET EN GEZONDHEIDSINFORMATIE

Het gebruik van internet is niet meer weg te denken, ook niet binnen de gezondheidszorg. Steeds meer mensen raadplegen internet voor informatie over gezondheid en zorg. Driekwart van de ondervraagden heeft minstens één keer online naar gezondheidsinformatie gezocht in het halfjaar voorafgaand aan de vragenlijst. Onderzoek in het panel in 2000 en 2003 toonde aan dat toen respectievelijk 42% en 49% van de mensen internet gebruikte om gezondheidsinformatie te zoeken. Het gebruik is toegenomen. Waarom raadplegen mensen internet voor gezondheidsinformatie? Hoe gebruiken ze informatie van internet rondom bezoeken aan de (huis)arts? En wat doen ze met de gevonden informatie? Gaan ze bijvoorbeeld naar een (huis)arts of besluiten ze juist niet te gaan? We hebben deze vragen voorgelegd aan onze panelleden.

INTERNET VOOR SNELLE, ACTUELE INFORMATIE

Mensen die op internet naar gezondheidsinformatie zoeken, doen dit vooral om snel aan actuele informatie te komen [tabel 1]. Ruim 90% gebruikt internet omdat het de snelste manier is om informatie te krijgen en meer dan 80% vanwege de beschikbaarheid van actuele informatie. Internet wordt daarentegen minder vaak gebruikt ter voorbereiding op een bezoek of na afloop van een bezoek aan een (huis)arts. In het halfjaar voorafgaand aan de vragenlijst

zoekten mensen op internet vooral naar omschrijvingen (83%), behandelingen (77%) en oorzaken (76%) van aandoeningen, ziekten en klachten.

VERVOLGSTAPPEN

Wat doen mensen met de op internet gevonden informatie [tabel 2]? Zeventien procent besluit naar een (huis)arts te gaan. Iets meer dan één op de tien mensen (11%) besluit dit juist niet te doen. Op basis van op internet gevonden informatie besluit 4% het advies van een (huis)arts niet op te volgen en 2% besluit een andere (huis)arts te bezoeken voor een second opinion. Verder zegt bijna eenderde respectievelijk een kwart van de mensen hun levensstijl te hebben aangepast en vitamines, mineralen of kruiden te hebben gebruikt op basis van de op internet gevonden informatie.

TOT SLOT

Kortom, mensen zien internet als een belangrijke bron om snel aan actuele informatie over gezondheid en zorg te komen. Ze gebruiken internet vooral als informatiebron en minder rondom het bezoek aan de (huis)arts.

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een project van het NIVEL en bestaat momenteel uit ongeveer 6000 personen van 18 jaar en ouder. In april 2010 ontving een steekproef van 1398 panelleden een vragenlijst over het gebruik van internet. De samenstelling van deze steekproef was representatief voor de algemene bevolking in Nederland naar geslacht en leeftijd. De respons bij de vragenlijst was 58% (n = 808). Voor meer informatie kunt u terecht op www.nivel.nl/consumentenpanel of mailen naar consumentenpanel@nivel.nl.

Tabel 1 Ik zoek op internet naar medische en/of gezondheidsinformatie omdat...* (n per stelling: 552-560).

	%
dit de snelste manier is om aan informatie te komen	92,0
internet actuele informatie geeft	83,2
internet diepgaande/gedetailleerde informatie geeft	79,4
ik wil kijken wat ik zelf aan bepaalde klachten kan doen	79,1
ik een kennis/vriend/familied wil helpen die met een bepaalde vraag zit	59,4
ik graag meer te weten kom over ervaringen van andere mensen in dezelfde situatie	58,3
ik me goed wil voorbereiden voordat ik naar een (huis)arts ga	51,7
ik vergeten ben om bepaalde dingen aan mijn (huis)arts te vragen	35,9
ik niet alles onthoud wat mijn (huis)arts me vertelt	30,2
ik behoefte heb aan een second opinion	28,6
ik er moeite mee heb om met sommige vragen naar de (huis)arts te gaan	25,1
mijn (huis)arts me te weinig informatie geeft	25,0

*(Antwoordmogelijkheden bij iedere reden waren: nooit, soms, vaak en altijd. In bovenstaande percentages zijn soms, vaak en altijd samengenomen).

Tabel 2 Op basis van de op internet gevonden informatie heb ik...* (n per stelling: 551-564).

	% Ja
mijn levensstijl aangepast	32,3
vitaminen, mineralen of kruiden gebruikt	25,0
een afspraak met de (huis)arts gemaakt	17,2
anderen geadviseerd om naar de (huis)arts te gaan	15,5
besloten om niet naar de (huis)arts te gaan maar het zelf te behandelen/op te lossen	11,3
mijn (huis)arts gevraagd een specifiek medicijn voor te schrijven	8,7
besloten om te stoppen met het gebruik van een bepaald medicijn/volgen van een behandeling	7,4
een afspraak gemaakt met een alternatieve genezer	5,4
contact opgenomen met een patiëntenorganisatie	4,1
besloten om het advies van de (huis)arts niet op te volgen	3,6
een reactie op de informatie geplaatst op een website of weblog	2,9
een andere (huis)arts bezocht voor een second opinion	1,8

*(Antwoordmogelijkheden bij iedere vervolgstap waren: ja, nee en niet van toepassing).

Slik- en passageklachten

INLEIDING

Dysfagie, een verstoord transport van voedsel van mond naar maag, komt met enige regelmaat voor in de huisartsenpraktijk. In 2010 was de incidentie van slikstoornissen (ICPC-code D21) blijkens de registratie in het Leidserijn Gezondheidsproject van het Julius Centrum (UMC Utrecht) 6,9 per 1000 ingeschreven patiënten. Men kan bij dysfagie slikklachten en passageklachten onderscheiden: bij slikklachten krijgt men het voedsel niet weg uit mond en keelholte, bij passageklachten wil het eten niet zakken achter het borstbeen. Slik- en passageklachten (in het Engels ook omschreven als *deglutition disorders*) vormen een heterogene groep met zeer verschillende etiologie, diagnostiek, behandeling en prognose. De huisarts kan sommige aandoeningen die tot deze klachten leiden zelf behandelen, maar het merendeel van de patiënten zal in de tweede lijn onderzocht en behandeld moeten worden. Het is voor de huisarts dus van belang systematisch de mogelijkheden na te lopen en vervolgens het juiste verwijzingstraject te kiezen. Slik- en passageklachten gebeuren zich op het gebied van keel-, neus- en oorheelkunde (KNO), maag-, darm- en leverziekten (MDL) en neurologie. Globusklachten onderscheiden zich van slik- en passageklachten doordat hierbij het slikken ongestoord is; ze vallen om die reden buiten het bestek van dit artikel.

Dit nascholingsartikel gaat in op de epidemiologie, pathofysiologie en diagnostiek van slik- en passageproblemen. Prognose en behandeling hangen direct samen met de gevon-

den afwijkingen en zullen in mindere mate aan de orde komen.

Voor dit artikel hebben wij geput uit overzichtsartikelen over het onderwerp, en waar nodig uit de oorspronkelijke onderzoeken. De artikelen zijn verzameld via PubMed met de MeSH-term 'Deglutition disorders' en de subheadings 'Diagnosis', 'Epidemiology', 'Etiology', 'Pathology' en 'Physiopathology'. We hebben ons beperkt tot 'Major topic', 'Non-explode', met als limits 'Review', 'Practice guideline' of 'Meta-analysis'.

EPIDEMIOLOGIE

De prevalentie van slik- en passageklachten in de algemene bevolking is maar zeer beperkt onderzocht en de gegevens conflicteren. Er zijn onderzoeken beschikbaar uit Nederland, Zweden, Japan, de Verenigde Staten en Australië.^{1,3} De prevalenties lopen uiteen van 16 tot 33%, in onderzoeken die gebruikmaken van vergelijkbare vragenlijsten met als centrale omschrijving van slik- en passageklachten 'het gevoel dat voedsel in de keel of borst blijft hangen'. Men zou kunnen denken dat slikproblemen zich vooral bij ouderen voordoen, maar Eslick laat met cijfers uit Australië zien dat de hoogste prevalentie (34%) optreedt bij vrouwen tussen 40 en 50 jaar, bij een gemiddelde prevalentie van 16%. In dit onderzoek bleek de prevalentie bij mensen ouder dan 70 jaar juist het laagst te zijn (3-6%).³ Daarentegen vond een Nederlands onderzoek aan het eind van de jaren tachtig een prevalentie van 16% bij patiënten ouder dan 87.⁴ Mogelijk is bij ouderen het slikken wel vaker gestoord maar ondervinden zij daarvan weinig tot geen klachten.

PATHOFYSIOLOGIE

De orofarynx bestaat geheel uit dwarsgestreept spierweefsel. Deze dwarsgestreepte musculatuur gaat in het bovenste derde gedeelte van de oesofagus geleidelijk over in glad spierweefsel. De passage van voedsel door de orofarynx neemt ongeveer een seconde in beslag en de passage door de oesofagus vier tot acht seconden. De gehele passage duurt dus een kleine tien seconden.⁵

De kern

- Slik- en passageklachten zijn goed te differentiëren met een gerichte anamnese.
- In veel gevallen is verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk voor aanvullend onderzoek en behandeling.
- Bij orofaryngeale dysfagie zal de huisarts verwijzen naar een KNO-arts, bij orofaryngeale dysfagie met een neuromusculair karakter naar een neuroloog en bij oesofageale dysfagie naar een MDL-arts.
- Dysfagie door medicatie of door een peptische stoornis is goed te behandelen in de eerste lijn.

Samenvatting

Quartero AO, Bartelink ME. Slik- en passageklachten. *Huisarts Wet* 2012;55(8):360-3.

Slik- en passageklachten (dysfagie) vormen een heterogene groep met zeer verschillende etiologie, diagnostiek, behandeling en prognose. Een goede anamnese is meestal voldoende voor een differentiatie tussen mogelijke diagnoses en kan richting geven aan het vervolgonderzoek. De huisarts kan sommige van de onderliggende aandoeningen zelf behandelen, maar vaak zal verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk zijn. Voor die verwijzing is een gerichte anamnese van belang om te kunnen differentiëren tussen orofaryngeale of oesofageale dysfagie, en tussen een mechanische of neuromusculaire oorzaak. Bij orofaryngeale dysfagie zal de huisarts verwijzen naar een KNO-arts, bij orofaryngeale dysfagie met een neuromusculair karakter naar een neuroloog en bij oesofageale dysfagie naar een MDL-arts. Dysfagie als gevolg van medicatie of peptische stoornissen kan goed in de eerste lijn behandeld worden, evenals dysfagie bij sommige CVA-patiënten en in een palliatieve context.

Slikken gebeurt vrijwillig – zoals bij eten en drinken – of spontaan tijdens de slaap. Bij vrijwillig slikken zijn meer sensorische en motorische componenten betrokken dan bij spontaan slikken: spieren en sensaties van lippen, wangen en tong zijn bij actieve, vrijwillige slikacties actief maar ontbreken doorgaans bij spontane slikacties. Die laatste treden op door een reflexmechanisme vanuit de farynx.⁶ Bij ouderen neemt de klaringstijd van voedsel uit de farynx geleidelijk toe door lagere spiertonus en minder snelle reflexen.⁷

Men kan slik- en passageklachten op verschillende manieren indelen. Gebruikelijk is het onderscheid op anatomische basis tussen orofaryngeale en oesofageale dysfagie, en daarnaast het etiologische onderscheid tussen een mechanische oorzaak (obstructie) en een neuromusculaire oorzaak (dysmotiliteit).⁶ Orofaryngeale dysfagie is vaker neuromusculair van aard, oesofageale dysfagie juist vaker mechanisch.

OROFARYNGEALE DYSFAGIE

Neuromusculair

De meest voorkomende oorzaken van (neuromusculaire) orofaryngeale dysfagie zijn cerebrovasculair accident (CVA), ziekte van Parkinson en alzheimerdementie. Ook medicatie – met inbegrip van die welke huisartsen voorschrijven – kan een rol spelen. [Tabel 1] geeft een overzicht van medicatie die slik- en passageklachten kan veroorzaken. Hieronder vallen met name middelen die een droge mond veroorzaken (anticholinergica, diuretica, antihistaminica, antidepressiva, antihypertensiva, antiparkinsonmiddelen) en benzodiazepines. De literatuur noemt verder slikklachten als potentiële bijwerking van metoclopramide (invloed op het centraal zenuwstelsel), macrolide antibiotica (invloed op motiliteit) en digoxine, maar de klinische relevantie daarvan is twijfelachtig.⁶

Mechanisch

Mechanische orofaryngeale dysfagie kan worden veroorzaakt door tumoren in het hoofd-halsgebied, door een zenkerdivertikel of door een web, een zeldzaam verschijnsel waarbij een dunne membraan van slijmvlies, meestal hoog in de oesofagus, een deel of het gehele lumen van de oesofagus overdekt [tabel 2].

OESOFAGEALE DYSFAGIE

Mechanisch

Veelvoorkomende mechanische oorzaken van oesofageale dysfagie zijn peptische stenose en reflux, tumor van oesofagus of cardia, en eosinofiele oesofagitis. Eosinofiele oesofagitis kan tot oesofageale passageklachten leiden. Het veroorzaakt pijn en voedselimpactie, komt vooral voor bij adolescenten en jonge mannen en wordt in toenemende mate herkend. Met de endoscoop kunnen afwijkingen worden gezien, variërend van subtiele veranderingen tot duidelijke stenoses met meerdere ringen. De diagnose vindt plaats aan de hand van een slokdarmbiopsie waarin infiltratie van eosinofielen in de mucosa wordt aangetoond. De pathogenese is nog deels onbekend, maar er is een duidelijke associatie met voedselallergieën. De behandeling bestaat uit vermijding van het eventueel aanwe-

Tabel 1 Medicatie geassocieerd met slikstoornissen

Centraal aangrijpende medicatie	fenothiazines metoclopramide benzodiazepines antihistaminica
Medicatie aangrijpend op een neuromusculaire synaps	botulinetoxine procainamide penicillamine erytromycine (macroliden) aminoglycosiden
Musculotoxische medicatie	amiodaron alcohol cyclosporine penicillamine
Verondersteld neuromyopathische medicatie	digoxine trichloorethyleen vincristine
Medicatie die de speekselproductie remt	anticholinergica, antidepressiva, antipsychotica, antihistaminica, antiparkinsonmedicatie, antihypertensiva, diuretica

zige voedselallergieën, maar vooral uit lokale toepassing van corticosteroiden.

Een minder frequente mechanische oorzaak van oesofageale dysfagie is een schatzkiring, een ring ter hoogte van de Z-lijn die overgang tussen het slokdarm- en het maagslijmvlies markeert, mogelijk als gevolg van reflux. Een schatzkiring geeft meestal overigens geen strictuur en geen klachten [tabel 3].

Tot slot worden bij mechanische slikproblemen niet zelden tumoren aangetroffen.

Over de exacte incidentie van de genoemde aandoeningen is weinig gepubliceerd. Een groot cohortonderzoek in het Verenigd Koninkrijk vond 70% peptische afwijkingen, 25% maligniteiten en 5% overige (ringen en eosinofiele oesofagitis).⁸

Neuromusculair

Oesofageale dysfagie ten gevolge van een neuromusculaire oorzaak komt voor bij motiliteitsstoornissen van de slokdarm

Abstract

Quarero AO, Bartelink ME. Swallowing problems. *Huisarts Wet* 2012;55(8):360-3.

Swallowing problems (dysphagia) form a heterogeneous group of conditions with a very different aetiology, diagnostic investigations, treatment, and prognosis. In most cases a good anamnesis will suffice for a differentiation between possible diagnoses. While the general practitioner can treat some of the underlying conditions, referral to secondary care is often necessary, which makes it important to distinguish between oropharyngeal and oesophageal dysphagia, and between a mechanical and neuromuscular origin. Patients with oropharyngeal dysphagia should be referred to an ear-nose-throat doctor, those with oropharyngeal dysphagia of neuromuscular origin should be referred to a neurologist, and those with oesophageal dysphagia should be referred to a gastroenterologist. Dysphagia caused by medicine or peptic disorders can be treated in primary care, as can dysphagia in patients who have had a stroke, and dysphagia in a palliative care setting.

(zoals bij orofaryngeale dysfagie) en bij achalasie. Bij achalasie kan de onderste slokdarmsfincter zich niet ontspannen, in combinatie met een afwezige peristaltiek in de distale oesofagus. De oorzaak is niet bekend.

Ook na uitgebreide diagnostiek kan niet altijd een oorzaak worden gevonden, men spreekt dan van functionele dysfagie.

DIAGNOSTIEK

Anamnese

De anamnese is het belangrijkste instrument dat de huisarts ten dienste staat, en zeker bij slik- en passageklachten is de anamnese in hoge mate richtinggevend voor de verwijzing. Bij ruim 80% van deze klachten is het mogelijk om op basis van een goede anamnese de lokalisatie (orofaryngeaal of oesofageaal) en de aard (mechanisch of neuromusculair) vast te stellen.¹

In eerste instantie moet men zich ervan overtuigen dat er inderdaad sprake is van een slik- of passagestoornis in engere zin, en niet van globusgevoel (brok in de keel tussen het slikken door), pijn bij slikken (odynofagie) of een droge mond (xerostomie). Ervaart de patiënt dat het voedsel blijft hangen, dan is de lokalisatie van belang. Voelt de patiënt de obstructie retrosternaal, dan is het probleem vrijwel altijd in de oesofagus gelokaliseerd. Aspiratie, nasale regurgitatie en bijkomende neurologische symptomen (zoals moeizame initiatie van de slikactie) zijn sterk suggestief voor orofaryngeale dysfagie. Een obstructiegevoel in de halsregio suggereert orofaryngeale dysfagie, maar dit is onbetrouwbaar want ongeveer 30% van de patiënten met een belemmering in de distale oesofagus ervaart de obstructie in de halsregio.

De volgende stap in de anamnese is vast te stellen of de ervaren obstructie alleen vast voedsel betreft of zowel vast als vloeibaar voedsel. Problemen met alleen vast voedsel wijzen in de richting van een mechanische belemmering, bij problemen met vast en vloeibaar voedsel is er doorgaans een neuromusculaire stoornis in het spel – maar een vastgelopen brok voedsel belemmert uiteraard ook de doorgang van vloeistoffen. Een

neuromusculaire stoornis in de oesofagus gaat meestal gepaard met regurgitatie en pijn.

Tot slot is het tijdsverloop van de klachten van belang. Langzaam progressieve klachten passen meer bij een peptische stenose, zeker als er ook refluxklachten zijn. Snel progressieve klachten wijzen meer op een maligniteit, zeker als er ook gewichtsverlies is. Lang bestaande, niet-progressieve klachten kunnen passen bij eosinofiele oesofagitis, een web of een ring.

Aanvullende diagnostiek

Er zijn in de tweede lijn verschillende mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek bij slik- en passageklachten. Het in [tabel 4] gepresenteerde schema is gebaseerd op een recent diagnostisch algoritme van de *Rome foundation*. Als de oorzaak in de oesofagus lijkt te liggen, zal de MDL-arts starten met een gastroscopie en een biopsie van de oesofagus.⁹ Het voordeel van een gastroscopie is dat de endoscoop zowel een diagnostisch als in sommige gevallen een therapeutisch instrument is. De meest voorkomende oorzaken van oesofageale dysfagie, zoals reflux, eosinofiele oesofagitis, schatzkiring en oesofaguscarcinoom, zijn met een gastroscopie goed vast te stellen. Neemt men met de gastroscopie en in de bipten geen afwijkingen waar, dan volgt in tweede instantie röntgenonderzoek van de slokdarm met bariumpap. Worden ook daarbij geen afwijkingen gevonden en is er tevens sprake van refluxklachten, dan kan een proefbehandeling met een protonpompremmer gegeven worden. Als deze geen effect heeft, kan men met manometrie vaststellen of er sprake is van motiliteitsstoornissen van de slokdarm. Levert ook de manometrie geen afwijkingen op, dan maakt men een slikvideo (videofluoroscopie).

BEHANDELING

De therapeutische opties bij slik- en passageklachten hangen direct samen met de uitkomst van de diagnostiek.

Tabel 2 Etiologie van orofaryngeale dysfagie

Mechanisch	tumor stenose: ■ post chirurgie ■ post radiotherapie ■ idiopathisch zenkerdivertikel cricofaryngeale plooi mucosaal web externe compressie
Neuromusculair	cerebrovasculair accident medicatie parkinson alzheimer amyotrofische laterale sclerose multipel sclerose myasthenia gravis myopathie

Tabel 3 Etiologie van oesofageale dysfagie

Mechanisch	inflammatoire en fibrotische stricturen ■ peptisch (refluxziekte) ■ etsing door chemische substanties ■ medicatie (bisfosfonaten) ■ post radiotherapie carcinomen ■ primair: plaveiselcelcarcinoom, adenocarcinoom ■ secundair: bijvoorbeeld mammacarcinoom, melanoom, bronchuscarcinoom
Overig mechanisch	mucosale ringen en webben ■ schatzkiring ■ eosinofiele oesofagitis systeemziekte ■ sclerodermie anatomische afwijkingen ■ oesofageaal divertikel
Neuromusculair	achalasie motiliteitsstoornissen van de onderste slokdarmsfincter hypomotiliteit secundair aan systeemziekte (sclerodermie, diabetes)

Tabel 4 Algoritme voor het beleid bij slik- en passagestoornissen

Anamnese	Werkhypothese	Aanvullende diagnostiek en verwijlsbeleid	Behandeling
■ globusgevoel? ■ droge mond? ■ alleen pijn, met intacte slikfunctie?	indien ja: geen slikstoornis in engere zin indien nee: slikstoornis in engere zin		
Aard van de klacht			
■ nasale regurgitatie, verslikken, bemoeilijkt initiatie van slikken	orofaryngeaal	KNO ■ nasendoscopie ■ eventueel consult neuroloog	■ risico op aspiratie: dieetmaatregelen of sondevoeding in samenspraak met diëtiste en/of logopediste ■ zenkerdivertikel: klieven indien klachten
Lokalisatie			
■ obstructiegevoel retrosternaal ■ obstructiegevoel in de hals	oesofageaal oesofageaal of orofaryngeaal	MDL ■ oesofagogastro(duodeno)scopie ■ indien geen afwijkingen: slikfoto met bariumpap ■ indien geen afwijkingen: PPI-proefbehandeling ■ indien geen effect: manometrie ■ indien geen afwijkingen: slikvideo (videofluoroscopie)	■ maligniteit: chemoradiatie, chirurgie of palliatieve stentplaatsing, radiotherapie afhankelijk van stadiering en lokalisatie ■ refluxziekte: PPI ■ eosinofiele oesofagitis: lokale corticosteroiden, eventueel in combinatie met PPI ■ benigne stenose: endoscopische dilatatie ■ achalasie: pneumodilatatie of myotomie
Consistentie			
■ alleen vast voedsel ■ vast zowel als vloeibaar, vaak met pijn	mechanisch neuromusculair		
Tijdsverloop			
■ snel progressief ■ langzaam progressief ■ niet-progressief	verdacht voor maligniteit waarschijnlijk peptisch web of ring, eosinofiele oesofagitis		

PPI = protonpompremmer.

Bij neuromusculaire orofaryngeale dysfagie als gevolg van een CVA, ziekte van Parkinson of ziekte van Alzheimer zal het risico op aspiratie bepalen of men het probleem kan aanpakken met dieetmaatregelen of met sondevoeding. Na een CVA heeft ongeveer de helft van de patiënten klachten van orofaryngeale dysfagie, die bij ongeveer eenderde van de patiënten na enige maanden in belangrijke mate herstelt.²

Een oesofaguscarcinoom of hoofd-halstumor kan, afhankelijk van de stadiering en de lokalisatie, behandeld worden met chemoradiatie, met chirurgie, palliatieve stentplaatsing of met radiotherapie.

Refluxziekte als oorzaak van dysfagie zal worden behandeld met een protonpompremmer.

Eosinofiele oesofagitis wordt behandeld met lokale corticosteroiden, bijvoorbeeld fluticason oraal, en men zal tevens kijken naar een eventueel onderliggende voedselallergie.

Bij benigne stenoses (peptische stenose, schatzkiring, ook wel eosinofiele oesofagitis) die niet reageren op behandeling kan de stenose endoscopisch gedilateerd worden.

Een zenkerdivertikel kan, als het klachten geeft, endoscopisch worden gekliefd.

Achalasie wordt behandeld met pneumodilatatie of operatief met een myotomie.

CONCLUSIE

Bij patiënten met slik- en passageklachten kan de huisarts op basis van een anamnese goed het onderscheid vaststellen tussen orofaryngeale dan wel oesofageale dysfagie en

tussen een mechanische dan wel neuromusculaire oorzaak. Deze informatie maakt het mogelijk de patiënt gericht te verwijzen voor aanvullende diagnostiek, waarbij de KNO-arts eerste keus is voor orofaryngeale dysfagie, de MDL-arts voor oesofageale dysfagie en de neuroloog voor orofaryngeale dysfagie met een vastgesteld neuromusculair karakter. Als de dysfagie wordt uitgelokt door medicatie [tabel 3] of door een peptische stoornis, kan de huisarts overgaan tot behandeling. Bij CVA-patiënten in de thuissituatie en bij palliatieve patiënten kan samen met de diëtiste en logopediste het risico op aspiratie worden beperkt. ■

LITERATUUR

- 1 Cook IJ. Diagnostic evaluation of dysphagia. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2008;5:393-403.
- 2 Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Dysphagia in the elderly: Preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2007;116:858-65.
- 3 Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: Epidemiology, risk factors and impact on quality of life - a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:971-9.
- 4 Bloem BR, Lagaay AM, Van Beek W, Haan J, Roos RA, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *BMJ* 1990;300:721-2.
- 5 Lind CD. Dysphagia: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32:553-75.
- 6 Cook IJ. Oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38:411-31.
- 7 Humbert IA, Robbins J. Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2008;19:853-66.
- 8 Ruigomez A, Garcia Rodriguez LA, Wallander MA, Johansson S, Eklund S. Esophageal stricture: Incidence, treatment pattern, and recurrence rate. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2685-92.
- 9 Kahrilas PJ, Smout AJ. Esophageal disorders. *Am J Gastroenterol* 2010;105:747-56.

Erythema nodosum

EPIDEMIOLOGIE, PATHOFYSIOLOGIE EN OORZAKEN

Erythema nodosum is een zeldzame huidaandoening die bij 1 à 5 op de 100.000 patiënten voorkomt, vooral bij vrouwen en meestal tussen de 15 en 40 jaar. Het is een onderhuidse ontsteking (panniculitis), die veroorzaakt wordt door een immunologische reactie op uiteenlopende antigenen, waaronder microbiële.^{2,4} Waarschijnlijk speelt een vertraagde type-IV-overgevoelighedsreactie een rol.² Het erytheem kan ontstaan in associatie met granulomateuze ziekten zoals sarcoidose, tuberculose en colitis ulcerosa.^{2,3} In de meeste gevallen (55%) verloopt de aandoening mild en geneest zij zonder restverschijnselen, zonder dat er een oorzaak gevonden is [tabel].²⁻⁶

Klinisch beeld en differentiaaldiagnose

Erythema nodosum bestaat uit pijnlijke rode noduli met een doorsnede tussen de 1 en 10 cm, die zich bij voorkeur pretibiaal op beide benen bevinden, maar in sommige gevallen op bovenbenen, romp en armen.^{2,3,5} De plekken verdwijnen gemiddeld na drie tot zes weken. Soms echter geven ze na twee maanden nog pijnklachten en gaan ze over in een stadium van blauwe plekken, die uiteindelijk restloos genezen. Erythema nodosum gaat regelmatig gepaard met koorts, moeheid, hoesten en artralgieën of artritis.^{2,4,5} Idiopathisch erythema nodosum kan gepaard gaan met verhoogde BSE, CRP en leukocytose.^{2,4}

Erythema nodosum kan onderscheiden worden van urticaria en insectenbeten omdat bij de laatste twee sprake is van jeukende kwaddels.⁹ Bij erythema nodosum gaat het om subcutaan gelegen, pijnlijke noduli.^{2,3,5} Insectensteken en erythema migrans zijn doorgaans plaatselijk, erythema nodosum zal zich in de loop van de ziekte uitbreiden tot beide benen of armen.⁹

Samenvatting

Raats PCC. Erythema nodosum. Huisarts Wet 2012;55(8):364-5. Erythema nodosum is relatief gemakkelijk te herkennen aan de pijnlijke, warme, rode noduli, die zich bij voorkeur bevinden aan de strekzijde van de onderbenen. De huisarts staat dan voor de keuze: afwachten, nader onderzoek doen of doorverwijzen naar de tweede lijn. In ruim de helft van de gevallen zal men geen oorzaak vinden en zal de patiënt spontaan genezen. In iets minder dan de helft is het erytheem geassocieerd met een onderliggende aandoening. De kans daarop is groter wanneer de afwijking niet recidiverend is, de koorts langer dan een week duurt of de patiënt gedurende de voorafgaande één tot drie weken keelpijn of hoestklachten heeft gehad. Met de juiste kennis, een gerichte anamnese, lichamelijk onderzoek en beperkt aanvullend onderzoek is zo'n eventuele onderliggende aandoening meestal aan het licht te brengen.

Tabel Oorzaken van erythema nodosum^{1,7,8}

	%
Idiopathisch	< 55
Streptokokkenfaryngitis en andere bacteriële infecties (tuberculose, <i>Yersinia</i> , <i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydia</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Rickettsia</i> , <i>Salmonella</i> , psittacose, syfilis, gonokokken)	28-48
Sarcoidose	11-25
Medicatie (anticonceptie, antibiotica zoals sulfonamides of amoxiciline)	3-10
Zwangerschap	2-5
Inflammatoire darmziekte (colitis ulcerosa)	1-4
Overige oorzaken: maligniteiten (waaronder lymfomen), ziekte van Behçet, virale infecties (herpes simplex, Epstein-Barr virus, hepatitis B en C, hiv), parasitaire en schimmelinfecties (amoebiasis, giardiasis, histoplasmose, coccidioïdomycose)	< 1

In een vroeg stadium kan erythema nodosum moeilijk te onderscheiden zijn van erysipelas of cellulitis. Alle drie kunnen zij pijnlijk zijn en gepaard gaan met koorts en malaise. Het erythema nodosum zal zich in de loop van de ziekte echter uitbreiden over beide benen of armen, waar erysipelas of cellulitis zich alleen plaatselijk zal uitbreiden.⁹ Wanneer er een porte d'entrée (wondje of eczeem) nog zichtbaar is (dat is niet altijd het geval), dan is dat een argument om te denken aan erysipelas of cellulitis.⁹

Vasculitis kan zich manifesteren als pijnlijke noduli op beide onderbenen en kan net als erythema nodosum verschillende oorzaken hebben.^{4,9} Een relatief veel voorkomende oorzaak van vasculitis zijn henoch-schönleinpurpura, die voorkomen bij kinderen en jongvolwassenen.⁹ Om een onderscheid te kunnen maken tussen vasculitis en erythema nodosum is een biopsie nodig.⁴ Dit doet men als de klachten chronisch zijn en er geen genezigstendens is.⁴

Idiopathisch of secundair aan een andere ziekte?

Als erythema nodosum gepaard gaat met meer dan zeven dagen koorts, met hoesten of met één tot drie weken keelpijn, dan is de kans op een onderliggende aandoening groter. Als de patiënt recidiverende klachten heeft van erythema nodosum, is de kans hierop kleiner.¹⁰ Om andere oorzaken op het spoor te komen, dient u te weten of de patiënt zwanger is, medicijnen gebruikt, recent een buitenlandse (tropische) reis heeft gemaakt of begeleidende verschijnselen heeft, zoals diarree.²⁻⁵

Een temperatuurverhoging wijst niet per se op een onderliggende aandoening, want komt ook voor bij idiopathisch ery-

De kern

Voor de huisarts is de kernvraag bij erythema nodosum: wanneer moet men denken aan een onderliggende oorzaak? Het is goed mogelijk om met de juiste kennis, een gerichte anamnese, lichamelijk onderzoek en beperkt aanvullend onderzoek een eventuele onderliggende aandoening op te sporen.

De heer F

De heer F, 31 jaar, komt bij de huisarts met een pijnlijke rode plek onder de rechter hak. De arts vermoedt een fasciitis plantaris en schrijft diclofenac en een inlegzooltje voor. Na enkele dagen komt patiënt terug omdat de rode plek rond de hak zich heeft uitgebreid. Daarnaast heeft hij enkele rode pijnlijke plekken op de onderbenen en hij geeft aan koorts te hebben. Zijn temperatuur blijkt 38 °C. Onder verdenking van een erysipelas of cellulitis krijgt de heer F een kuur flucloxacilline. Enkele dagen later komt hij opnieuw terug: hij heeft pijnlijke gewrichten (enkel, knie, elleboog, grote teen) en de rode plekken op de benen zijn uitgebreid. De huisarts overlegt met de internist. Omdat de pijn en de plekken toenemen en patiënt niet reageert op antibiotica, wordt gedacht aan een auto-immuunziekte met als meest waarschijnlijke diagnose sarcoïdose. De heer F start vijf dagen met prednison 20 mg en daarna een afspraak op de poli Interne geneeskunde. Tijdens de behandeling met prednison worden de plekken kleiner en minder pijnlijk. De laboratoriumuitslagen tonen een BSE van 33 mm/uur en een CRP van 59 mg/l, op de X-thorax blijkt er sprake van een lymfadenopathie. De diagnose löfgrensyndroom wordt gesteld.¹ Via de internist wordt de behandeling met prednison voortgezet en de sarcoïdose komt in volledige remissie. Met de sarcoïdose verdwijnt ook het erythema nodosum volledig.

Mevrouw M

Mevrouw M, 21 jaar, komt bij de huisarts met een vraag over eczeem. Ze heeft sinds vijf weken pijnlijke rode plekken op beide onderbenen. De pijn en het aantal plekken nemen toe. Ze heeft geen koorts, geen hoestklachten en geen keelpijn gehad. Het is de eerste keer dat ze deze klachten heeft. Uit de verdere anamnese komen geen aanknopingspunten; ze is niet in het buitenland geweest, heeft geen diarree en haar gewrichten doen geen pijn. Bij lichamelijk onderzoek blijkt dat ze pijnlijke rode noduli heeft op beide onderbenen. De klachten zijn de afgelopen vijf weken toegenomen en vertonen geen genezigstendens. Anamnese en lichamelijk onderzoek leiden niet tot aanwijzingen voor een specifieke oorzaak en de patiënte heeft dit nooit eerder gehad. De huisarts denkt daarom aan erythema nodosum met een onderliggende oorzaak.

De huisarts besluit om laboratoriumonderzoek en een X-thorax aan te vragen, om te bekijken of er sprake is van een infectieus beeld (laboratoriumonderzoek) of sarcoïdose (X-thorax).

De thoraxfoto laat een forse mediastinale lymfadenopathie zien en mevrouw M wordt verwezen naar de poli Longziekten. Na een punctie blijkt er sprake te zijn van een primair mediastinaal B-cellymfoom. Na zeven maanden is de ziekte in volledige remissie gekomen en het erythema nodosum restloos genezen.

thema nodosum.^{2,4-6} Wel is de kans op een bijkomende ziekte verhoogd als de koorts langer dan zeven dagen aanhoudt.¹⁰ Onderzoek van de keel (tonsillitis), de gewrichten (artritis), de lymfeklierstations (lymfoom) en de huid (hematoom bij leukemie) kunnen de huisarts op het spoor brengen van een eventuele onderliggende aandoening.^{2,5}

Besluit de huisarts tot aanvullend onderzoek, dan wijzen een sterk verhoogde BSE (> 50 mm/uur), een sterk verhoogd CRP (meer dan zesmaal de referentiewaarde van 10 mg/l), leukocytose en een afwijkende X-thorax op de mogelijkheid van een onderliggende aandoening.¹⁰ Daarnaast kan men gericht aanvullend onderzoek inzetten naar specifieke ziektebeelden, zoals een keelweek (streptokokkeninfectie), fecesweek op onder andere *Yersinia*, *Salmonella*, amoebiasis en *Giardia lamblia*, of een soa-onderzoek (hiv, *Chlamydia*).²⁻⁴

BEHANDELING

Vindt men een onderliggende ziekte bij erythema nodosum, dan moet men deze behandelen. Vindt men geen onderliggende oorzaak, dan volstaat het voorschrijven van een NSAID en bedrust (vanwege de pijn). Als de patiënt graag mobiel blijft, kan een compressieverband worden aangelegd.^{2,5,9}

CONCLUSIE

Erythema nodosum is relatief gemakkelijk te herkennen aan de pijnlijke, warme, rode noduli, die zich bij voorkeur bevinden aan de strekzijde van de onderbenen. Deze panniculitis is meestal idiopathisch, verloopt mild en geneest volledig binnen drie tot zes weken.

Wanneer de afwijking niet recidiverend is, de koorts langer dan een week duurt of de patiënt gedurende de voorafgaande één tot drie weken keelpijn of hoestklachten heeft gehad, dan is de kans op een onderliggende aandoening groter. Afwijkingen bij aanvullend onderzoek, zoals een X-thorax of bloedonderzoek (BSE, CRP, leukocyten), versterken dit vermoeden. Als het

klinische beeld of de voorgeschiedenis hiertoe aanleiding geeft, kan de huisarts kiezen voor gericht aanvullend onderzoek (fecesweek, keelweek, mantouxtest) naar specifieke oorzaken. Vindt men een onderliggende aandoening, dan zal met het behandelen daarvan ook het erythema nodosum verdwijnen. ■

LITERATUUR

- 1 Ohta H, Tazawa R, Nakamura A, Kimura Y, Maemondo M, Kikuchi T, et al. Acute-onset sarcoidosis with erythema nodosum and polyarthralgia (Löfgren's syndrome) in Japan: a case report and a review of the literature. *Intern Med* 2006;45:659-62.
- 2 Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician* 2007;75:695-700.
- 3 Mana J, Marcoval J. Erythema nodosum. *Clin Dermatol* 2007;25:288-94.
- 4 Gilchrist H, Patterson JW. Erythema nodosum and erythema induratum (nodular vasculitis): diagnosis and management. *Dermatol Ther* 2010;23:320-7.
- 5 Trost LB, McDonnell JK. Important cutaneous manifestations of inflammatory bowel disease. *Postgrad Med J* 2005;81:580-5.
- 6 Cahill J, Sinclair R. Cutaneous manifestations of systemic disease. *Aust Fam Physician* 2005;34:335-40.
- 7 Driessen CML, De Jong SAM, Bastiaens MT, Hissink W, Weenink JJ, Spooren PFMJ. Huidafwijkingen en artritis als teken van gonorrhoe. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A2250.
- 8 Stoelinga B, Oosting BJ, Bellot FE, Kok M, De Graaf IM. De vele uitingen van de ziekte van Behçet. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3435.
- 9 Sillevius Smitt JH, Van Everdingen JJE, Starink THM, De Haan M. Dermatovenereologie voor de eerste lijn. 7e dr. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- 10 Mert A, Ozaras R, Tabak F, Pekmezci S, Demirkisen C, Ozturk R. Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scand J Infect Dis* 2004;36:424-7.

Abstract

Raats PCC. Erythema nodosum. Huisarts Wet 2012;55(8):364-5.

Erythema nodosum is relatively easy to identify on the basis of its painful, warm, red nodules that are often found on the front of the legs below the knee. The general practitioner has a number of options: wait-and-see, further investigation, or referral to secondary care. In more than half of patients a cause will not be identified and the patient will recover spontaneously. In less than half the patients the erythema is associated with an underlying disorder. This is more likely if the erythema is not recurrent, if fever lasts longer than 1 week, and if the patient has had a sore throat or cough in the previous 1-3 weeks. The underlying cause can usually be identified on the basis of appropriate knowledge, a focused case history, physical examination, and limited ancillary investigations.

'Patiëntveiligheid is belangrijk, vooral ook bij de diagnostiek'

In januari promoveerde Sander Gaal op zijn proefschrift *Patient Safety in Primary Care*. In het juninummer van H&W kon u zijn onderzoeksartikel al lezen. Ditmaal vertelt hij in een interview over de aspecten van zijn onderzoek die van belang zijn voor het dagelijks werk van de huisarts.

Eerst de promotie

Gaal volgde een wat ongebruikelijk traject: hij heeft eerst zijn promotieonderzoek afgerond en begon pas daarna aan zijn opleiding tot huisarts. 'Ik wist al wel dat ik graag huisarts wilde worden, maar ik raakte min of meer bij toeval in dit onderwerp terecht. Ik deed hier in het Radboud mijn stage en interviewde daarvoor huisartsen over wat zij nu eigenlijk onder patiëntveiligheid verstonden. Na die stage ging ik hier werken; ik deed een dossieronderzoek, een project, nog een project, en zo alles bij elkaar opgeteld werd dat een promotieonderzoek. Ik heb heel veel geluk gehad dat alles zo voorspoedig verliep.



Dat stageonderzoek was bovendien heel leuk; drie maanden lang toerde ik door Nederland en sprak ik huisartsen in dertig verschillende praktijken die allemaal de patiëntveiligheid op een andere manier aanpakten.'

Weinig ernstige incidenten

'Het Veilig Incident Melden is heel belangrijk', meent Gaal, 'maar dat gebeurt natuurlijk altijd pas achteraf. Ik hoop dat we naar een situatie toe groeien waarin we incidenten kunnen voorkómen, vandaar mijn focus op patiëntveiligheid. Waar kunnen we deze nog verbeteren? Jammer is dat je pas ziet waar de risico's zitten als er al dingen mis zijn gegaan. Bovendien is het signaleren van risicovolle situaties in de huisartsenpraktijk lastig, omdat er maar heel zelden incidenten voorkomen die een echt ernstige afloop hebben. De kans op een tuchtzaak is bij huisartsen slechts 1 op de 70.000 patiëntencontacten per jaar. Wij onderzochten 8400 patiëntencontacten, ofwel 1000 patiëntjaren, en vonden daarin geen enkel incident waarbij er sprake was van blijvende schade. Natuurlijk vonden we wel incidenten, in totaal 211, waarvan 58 met voor de patiënt merkbare schade, maar niets daarvan was dus blijvend.'

Gaal vervolgt: 'Gelukkig lopen incidenten in de huisartsenpraktijk dus vaak goed af, maar dat wil niet zeggen dat je als huisarts achterover kunt gaan leunen met je benen op je bureau. Het is toch goed om te kijken of iets beter kan vóór er iets fout gaat, ook al is de kans op schade klein. Accreditatie is daarvoor misschien een goed instrument.'

Lastige grenzen

In de huisartsenpraktijk zijn maar weinig aspecten aan te wijzen waar níets kan misgaan met schade voor de patiënt als gevolg. Gaal: 'Het is een erg breed onderwerp; in ons onderzoek noemden huisartsen 274 verschillende aspecten in hun werk en hun praktijkvoering die met patiëntveiligheid te maken hebben. Dat is dus echt heel veel. En waar begin je dan aan, wat pak je als eerste op? Bovendien, wat is

eigenlijk een incident? In veel gevallen kun je ook een rol toebedelen aan de patiënt en dan is het vervolgens de vraag waar de verantwoordelijkheid van de huisarts begint en ophoudt. Moet je bij ieder consult vragen of de patiënt zijn medicijnen wel inneemt? Moet je een signaleringssysteem hebben als er niet tijdig herhaalmedicatie wordt aangevraagd? Moet je vervolgens achter de patiënt aan bellen om hem daarop te wijzen? Die grenzen zijn heel lastig te bepalen.'

Risico's bij diagnostiek

'Als je aan huisartsen vraagt wat risicovolle situaties zijn, noemen ze vaak de medicatievoorschriften en soms ook communicatieaspecten of oudere patiënten', vertelt Gaal. 'Maar uit ons onderzoek blijkt dat verreweg de meeste tuchtzaken tegen huisartsen gaan over de diagnostiek. We zouden ons daar dus op moeten richten als we zoeken naar vermindering van risico's. Uitgangspunt is daarbij: wat wil je als huisarts echt niet wat er gebeurt? Dat is natuurlijk dat je niet wilt dat de patiënt ernstige schade ondervindt en dat nog snel ook, want als het langzaam gaat kun je meestal nog wel ingrijpen. Dus hoe herken je wél die sepsis of die pijn op de borst die ernstig is? Je kunt nu eenmaal niet iedereen naar het ziekenhuis sturen, maar misschien kunnen we nog wel ons diagnostisch arsenaal verbeteren.'

Tuchtzaken tegen huisartsen

Zijn er bevindingen geweest in zijn onderzoek die Gaal hebben verbaasd? 'Ik vond het verrassend dat we maar weinig aantreffen wat echt ernstig is. Dat is weliswaar geruststellend, maar toch vind ik dat dit niet betekent dat we op onze lauweren kunnen gaan rusten. Want er gáán wel degelijk dingen mis; ook bij huisartsen zijn er ernstige incidenten. Per jaar zijn er zo'n 350 tuchtzaken tegen huisartsen, waarvan circa eenderde gegrond wordt verklaard. We werken nu eenmaal in de gezondheidszorg en daar wegen fouten zwaar. Het zal je vader of moeder maar zijn, of jijzelf, bij wie die ernstige diagnose is ge-

mist of bij wie een incident plaatsvindt met blijvende schade als gevolg.’

In zijn onderzoek heeft Gaal geanalyseerd wat de redenen waren voor tuchtzaken tegen huisartsen. ‘Bijna altijd is er dan sprake van ernstige schade, want de meeste mensen stappen heus niet zomaar naar het Tuchtcollege. De hoofdgroep van redenen om een tuchtzaak aan te spannen was het missen van de diagnose van ernstige ziekten, gevolgd door het verlenen van onvoldoende medische zorg. Ook bij de gegrond verklaarde zaken waren dit de belangrijkste klachten.’

Snelle schade

Het moge duidelijk zijn: wie de patiëntveiligheid hoog in het vaandel heeft, moet op zoek naar verbeteringen op het gebied van de diagnostiek, en dan vooral als het gaat om ziektebeelden waarbij het snel mis kan gaan en er ernstige schade optreedt als je ze niet vroeg genoeg herkent. Gaal: ‘We hebben het dan vooral over een hartinfarct, sepsis, beroerte of maligniteit; daarbij zien we ook de tuchtzaken. We zouden dus op zoek moeten gaan naar diagnostische oplossingen, bijvoorbeeld een sneltest die aantoont of er al dan niet sprake is van een hartinfarct. Aan de andere kant moeten we als huisarts ook leren leven met de werkelijkheid dat we altijd wel moeilijke diagnoses als een meningitis of een hartinfarct zullen blijven missen. Je moet alleen die kans zo klein mogelijk maken. Maar wat is de nullijn? Wat is nog acceptabel? Dat ene kind in de zoveel jaar met meningitis, hoe haal je dat eruit? Misschien helpt daarbij je pluis/niet-pluisgevoel. En verder blijft het toch altijd een kwestie van goed lichamelijk onderzoek doen. Ook het Tuchtcollege zegt niet dat je altijd elke diagnose correct moet stellen; als je maar goed lichamelijk onderzoek doet en je de verslaglegging goed op orde hebt, dan is je niets te verwijten.’

Dure patiëntveiligheid

Heeft Gaal ook zijn gedachten laten gaan over de kosten die met optimale patiëntveiligheid gepaard zouden gaan? ‘De tijdsgeest is dat er in de gezond-

heidszorg steeds meer moet gebeuren, dus is het belangrijk om de kosten in de gaten te houden. Preventie kan vaak wel kostenefficiënt zijn, omdat het oplossen van complicaties in een later stadium heel duur is. Maar je kunt natuurlijk niet zekerheidshalve elke patiënt met pijn op de borst maar naar het ziekenhuis sturen, want dat wordt veel te duur. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid moet je hoe dan ook een patiënt zo lang mogelijk buiten het ziekenhuis zien te houden, want daar is de kans op incidenten en complicaties alleen maar groter.’

Wat kan nog beter?

De belangrijkste conclusie die Gaal op grond van zijn onderzoek trekt, is dat een huisarts altijd zou moeten openstaan voor de gedachte: wat valt in mijn zorg of praktijk nog te verbeteren? ‘Dat zal voor iedere huisarts en in elke praktijk iets anders zijn, maar het is belangrijk om er altijd open naar te blijven kijken. Je kunt nu eenmaal niet van buitenaf zeggen: als je het zó doet gaat er nooit meer iets mis, want elke situatie is weer anders. Dus moet je zelf je eigen patiëntveiligheid in de gaten houden en is het goed om eens in de zoveel tijd even bewust stil te staan bij je werk en je praktijkvoering. Bijvoorbeeld omdat een klein incident vaker voorkomt of heel hinderlijk is. Of ga eens bij de assistentes te rade; die zien en horen heel veel. En ook al weten we dat cultuur op de werkvloer bijna niet te veranderen is, deze is wel heel belangrijk! Kijk naar die aspecten, het hoeft soms maar heel klein te zijn.’

Hoe dieper hoe leuker

Na zijn promotie is Gaal begonnen aan de huisartsenopleiding. Hoe is deze wat ongebruikelijke volgorde hem befallen? ‘Ik ben er heel tevreden over dat ik eerst mijn onderzoek heb afgerond en daarna pas aios ben geworden. Het onderzoek heeft me drie jaar gekost en nu moet ik nog drie jaar de opleiding doen; dat levert me dus wel wat tijdswinst op vergeleken met het aiotho-traject.’

Denkt Gaal later nog weer terug te keren in het wetenschappelijk on-

derzoek? ‘Ik zal in elk geval zeker als huisarts aan de slag gaan, maar ik wil daar wel iets naast doen. Dat kan iets zijn met onderzoek, maar bijvoorbeeld ook met kwaliteitsverbetering. Ik kijk wel wat er op mijn pad komt, er zal zich heus wel weer iets aandienen. Want als ik tijdens mijn promotieonderzoek iets heb geleerd, dan is het wel dat naarmate je je ergens meer in verdiept, het steeds leuker wordt.’ ■

Ans Stalenhoef

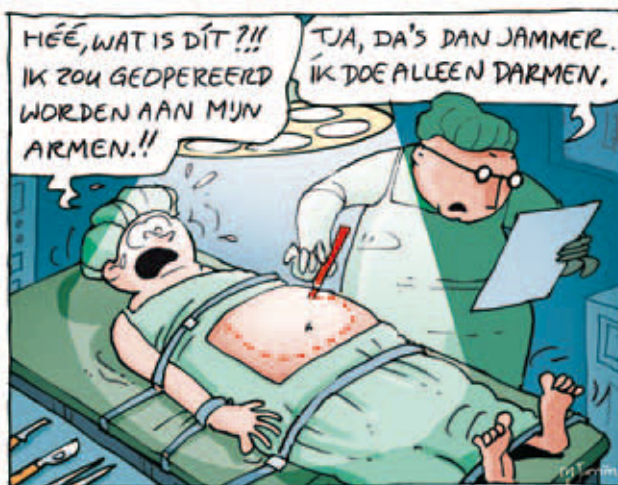
Kiezen...

Zoals mijn trouwe lezers intussen weten, ging ik als jongetje elke zaterdagmiddag met de tram van Sassenheim naar Hillegom voor pianoles. Het betreffende vrouwmens had een hevig geparfumeerde, kolossale boezem waarmee je in de oorlog tien kilo boter had kunnen smokkelen. Het had ook een poes met darmproblemen, die achter de piano haar braaksel en diarree de vrije loop liet. Daar kwam bij dat de temperatuur in de lesruimte nooit onder de dertig graden was, waardoor al die geuren extra tot ontwikkeling kwamen.

Het moge duidelijk zijn dat het moment van de buiten-deur weer achter mij dichttrekken altijd het hoogtepunt van de middag was. Althans, dat was een lange periode zo, maar dit veranderde toen ik opeens direct uit pianoles naar dansles moest. Het dichttrekken van de deur betekende vanaf dat moment de start van een wekelijkse nachtmerrie. Ik moest altijd rennen naar de tram, want het was allemaal krap gepland, en kwam dan steevast precies vijf minuten te laat in de danszaal aan. Daar voltrok zich week na week dezelfde scène: de les was al begonnen en het decor bestond uit negentien paren pubers die onwennige pasjes maakten en één spichtig, gebrild, eenzaam meisje dat stil op een bankje zat omdat ze – begrijpelijkerwijs – niet was gekozen. Bij mijn binnenkomst trok dan steeds opnieuw een enorme grijns over het gelaat van de in jacquet gestoken dansleraar die – een reverence makend richting het meisje – met een relnichterige stem zei: 'Mijnheer Van der Voort, wilt u deze dame kiezen...?'

Toen het 'eindbal' naderde was het zaak om het meisje van je dromen te kiezen, maar het wezentje uit mijn dromen danste altijd met dezelfde jongen en haar durfde ik uiteraard niet te vragen. Kortom, het kwam erop neer dat ik niemand durfde te vragen en dus aangaf die zaterdag niet aanwezig te

zullen zijn. Mijn moeder, die in haar kapsalon van alles op de hoogte bleef, vroeg vrijdag met wie ik naar het bal ging. Mijn mededeling dat ik niet ging viel in slechte aarde, maar zij kon mij er – constateerde ik tevreden – gelukkig niet in m'n eentje naartoe sturen. Ik had echter buiten de waard gerekend. Zaterdagmorgen zei mijn moeder langs haar neus weg: 'Je moet nog even je corsage ophalen voor vanavond.' 'Wat moet ik met een corsage?', vroeg ik verbaasd. 'Ik ga immers niet!' 'Je gaat wel! Ik sprak mevrouw X en haar dochter ging ook niet, dus toen hebben wij het samen zo geregeld...' Dat het natuurlijk



ging om datzelfde spichtige meisje, dat ik met haar voor aap liep (vond ik), dat ik toevallig in de pauze naast mijn droomvrouw kwam te zitten die weer met dezelfde jongen was, dat die haar broer bleek te zijn waarna wij tot ieders tevredenheid geruild hebben, en dat alles dus toch nog goed kwam, dat alles is verder *history*...

In de zorg begint de keuzevrijheid vergelijkbare trekken te vertonen. Om allereerst nog eens een veel verbreid misverstand recht te zetten: je kunt alleen maar van verzekeraar wisselen als je uitsluitend de basispolis hebt. Voor alle aanvullende verzekeringen kun je, wanneer je er gebruik van hebt gemaakt, elders niet meer terecht. Als je ooit je hoofd hebt gestoten, worden alle aandoeningen uitgesloten die in de verste verte met een hoofd hebben

te maken. Vervolgens sluiten steeds meer verzekeraars contracten af met zorgaanbieders en/of hun instellingen, waarmee je het dan verder zal moeten zien te redden. Heb je behoefte aan een specialist, dan kun je vaak alleen een afspraak maken met het specialisme, maar niet met een bij naam te noemen specialist. En heb je de door jou gewenste koppeling wel gerealiseerd, dan word je van tijd tot tijd toch nog weer belazerd. Ik ken zeker vier gevallen waarin de patiënt een uit te voeren operatie *en detail* met de beoogde chirurg had besproken, waarna later uit versprekingen bleek dat de ingreep door

een volkomen onbekende assistent was uitgevoerd.

De inperking van de keuzevrijheid is een ontwikkeling die niet zal zijn te stoppen. Daarom was ik verheugd te lezen dat er een opleiding voor 'ziekenhuisdokter' in het leven is geroepen. Ha, dacht ik, een menselijke ziel in het ziekenhuis bij wie je, als de onpersoonlijke kolos je tot wanhoop heeft gedreven, je hart kunt luchten. Maar helaas, het wordt een dokter die kleinere ingrepen, die het verplegend personeel niet mag

uitvoeren en waar de specialisten hun neus voor ophalen, mag gaan uitvoeren.

Het had zo mooi kunnen zijn: een nieuwe opleiding tot ziekenhuisdokter met de nadruk op communicatie, het afwegen van risico's, het aanpassen van de behandeling aan de situatie van de patiënt (niet onnodig doorbehandelen, om maar iets actueels te noemen...), het bemiddelen bij conflicten, et cetera. En het zou dan wel eens heel vruchtbaar kunnen zijn om bij het rekruteren van nieuwe leerlingen allereerst te zoeken onder de zeer ervaren huisartsen, die de laatste tien jaar van hun werkende leven wel iets zien in zo'n uitdaging! Tja, als alles om je heen in crisis is, wil je toch positief blijven mijmeren... ■

Hans van der Voort
hvdvoort@knmg.nl



KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Geleijnse, 55 jaar, komt op het spreekuur omdat zij al een paar maanden een verstopte neus heeft. Ook heeft ze vaak een loopneus. Sinds een paar maanden spoelt ze haar neus dagelijks met een fysiologische zoutoplossing. Mevrouw Geleijnse gebruikt dagelijks naproxen in verband met artrose. De huisarts stelt de diagnose niet-allergische rhinitis en legt mevrouw Geleijnse uit dat hiervoor een aantal oorzaken bekend is. Oorzakelijke factor(en) is/zijn in dit geval:

1. - het langdurig gebruik van de fysiologische zoutoplossing;
2. - het NSAID-gebruik.

Mevrouw Van Dam, 26 jaar, heeft sinds haar 15e jaar psoriasis. Zij komt op het spreekuur omdat zij vragen heeft over deze aandoening. Zij heeft een kinderwens en wil weten of er kans is op een erfelijke overdracht. Haar partner heeft geen psoriasis. Ook wil zij weten vanaf welke leeftijd psoriasis zich manifesteert. De huisarts vertelt haar dat psoriasis inderdaad erfelijk is en (1) dat het zich niet voor de puberteit openbaart.

3. De kans dat kinderen van mevrouw Van Dam psoriasis krijgen, ligt dicht bij de 10% dan bij de 50%.
4. Het gestelde na 1 is correct.

Sonja, 19 jaar en fanatiek turnster, bezoekt het spreekuur van haar huisarts voor een enkelblessure. Tijdens het lichamenlijk onderzoek valt het de huisarts op dat zij erg mager is; hij maakt daar een opmerking over. Sonja vertelt dat ze haar lichaam lelijk vindt. Ze geeft aan sinds een jaar meerdere keren per week eetbuien te hebben waarin ze zichzelf niet kan beheersen. Verder vertelt ze dat ze laxantia gebruikt om gewichtstoename te voorkómen. De huisarts berekent een BMI van 16,5 en denkt aan boulimia nervosa van het purgerende type. Kenmerkend voor de diagnose boulimia nervosa van het purgerende type is/zijn:

5. - het gebruik van laxantia;
6. - de BMI van 16,5.

De heer Walters, 37 jaar, komt op het spreekuur van de huisarts vanwege hevige pijn in zijn rechterbalzak. De pijnklachten zijn geleidelijk ontstaan in de afgelopen twee dagen. Bij navraag vertelt hij dat hij (1) voorafgaand aan de pijn een branderig gevoel had bij het plassen. Bij lichamenlijk onderzoek vindt de huisarts een pijnlijk gezwollen rechtertestikel, waarvan de epididymis niet goed is af te grenzen. Bij (2) voorzichtig optillen van het scrotum nemen de pijnklachten af. De huisarts vermoedt dat de heer Walters een acute epididymitis heeft. Bij deze diagnose past/passen:

7. - de klacht na 1;
8. - de bevindingen na 2.

Moeder komt met haar zoon Alvin, 5 jaar, op het spreekuur omdat ze de indruk heeft dat hij slecht hoort. De juffrouw op school heeft dit ook opgemerkt. Alvin is tot dan toe altijd gezond geweest. De huisarts stelt na otoscopie de diagnose otitis media met effusie. Ze schrijft een intranasaal decongestivum voor. Ze vertelt dat (1) dit een positief effect heeft op het gehoor.

9. De bewering na 1 is correct.

De huisarts vertelt moeder dat ze Alvin zal doorverwijzen voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes (2) als de aandoening zes maanden of langer blijft bestaan.

10. Dit (2) is een correct criterium voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes.

De antwoorden staan op pagina 376.

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.

Op naar 'lifetime' cardiovasculaire risicobepaling?

INLEIDING

Schatting van het cardiovasculaire risico aan de hand van traditionele risicofactoren beperkte zich tot nu toe tot een tienjaarsvoorspelling van het absolute risico op cardiovasculaire mortaliteit alleen of cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit gecombineerd. Vooral voor jonge mensen betekent dit dat zij vrijwel zonder uitzondering op een laag absoluut risico uitkomen, terwijl hun risico om 'ooit tijdens hun leven' geconfronteerd te worden met fatale of niet-fatale cardiovasculaire ziekten wel degelijk verhoogd kan zijn. De *New England Journal of Medicine* rapporteerde recent over het Cardiovascular Lifetime Risk Pooling Project, dat beoogt data van Amerikaanse cohortonderzoeken in de algemene populatie uit de afgelopen 50 jaar samen te vatten en 'lifetime cardiovascular risks' te berekenen.¹ Daarbij werd rekening gehouden met veranderingen in de tijd in prevalentie van risicofactoren in verschillende geboortecohorten, en werd het levenslange risico berekend voor verschillende leeftijdscategorieën. In de analyses is zorgvuldig gecorrigeerd voor onder meer het zogenaamde 'concurrerende risico' door sterfte aan andere oorzaken, hetgeen anders, vooral in de hogere leeftijdsgroepen, zou hebben geleid tot een systematische overschatting van het cardiovasculaire risico.

ONDERZOEK

Design en methode De onderzoekers includeerden data van 18 cohorten in deze meta-analyse op grond van individuele patiëntgegevens; 17 daarvan (totaal 67.890 deelnemers) werden gepooled. De risicofactoren diabetes, roken, totaal cholesterol en systolische bloeddruk waren van alle deelnemers bekend. In vier leeftijdscategorieën (40-49, 50-59, 60-69 en 70+ jaar) werden de deelnemers ingedeeld naar risicofactorprofiel, resulterend in 5 categorieën, variërend van 'alle risicofactoren optimaal' tot '≥ 2 ernstig afwijkende risicofactoren'. Voor elke leeftijdscategorie werd het levenslange cardiovasculaire risico berekend bij opklimmend risicoprofiel, voor mannen en vrouwen apart.

Resultaten In alle leeftijdscategorieën had circa 5% een optimaal risicoprofiel en circa tweederde minstens één 'major risk factor'. Als we kijken naar het levenslange risico op 'alle ziekte en sterfte gerelateerd aan atherosclerotische hart- en vaatziekten', dan was er in alle leeftijdscategorieën een oplopend risico met een ernstiger gestoord risicoprofiel, ook in de jongste leeftijdscategorie 40-49: voor mannen 1,4% (95%-BI 0-3,4) bij optimaal risicoprofiel tot 49,5% (45,0-53,9) bij ≥ 2 major risk factors; voor vrouwen respectievelijk 4,1% (0-8,2) en 30,7% (26,3-35,0).

Conclusie De auteurs concluderen dat de resultaten de prognostische waarde van (combinaties van) traditionele risicofactoren

ren nog eens benadrukken. Verder constateren zij dat het effect van bepaalde risicoprofielen in opeenvolgende geboortecohorten nagenoeg gelijk is gebleven in de tijd, ondanks veranderingen in de prevalentie van individuele risicofactoren. Ten slotte concluderen zij dat de afname van hart- en vaatziekten in de afgelopen decennia vooral te danken is aan de afname van de prevalentie van risicofactoren in de populatie, en minder aan de verbeterde behandeling ervan.

INTERPRETATIE

Wat betekenen de resultaten van deze indrukwekkende meta-analyse nu voor de Nederlandse huisarts? Allereerst is het goed om ons te realiseren dat in een tijd waarin we regelmatig worden bestookt met wéér een nieuwe 'biomarker' of beeldvormend onderzoek als voorspeller van hart- en vaatziekten, de aan- of afwezigheid van combinaties van de grote vier traditionele risicofactoren nog altijd zeer adequaat 'cardiovasculaire ellende' kunnen voorspellen. De bewijslast ligt daarom altijd bij de nieuwe biomarker of beeldvormend onderzoek: wat is de toegevoegde waarde *bovenop* de traditionele risicofactoren? Die blijkt nog al eens teleurstellend. Daarnaast is het adagium 'voorkómen beter is dan blussen' in dit artikel opnieuw bevestigd: focus op niet *gaan* roken en niet *krijgen* van hypertensie, hypercholesterolemie of diabetes, in plaats van deze te behandelen. Dat is vooral een zaak van preventie op populatieniveau en wellicht minder van de huisarts. Bovenal bewijst dit artikel de waarde van het kijken naar *verschillen* in risico's binnen een leeftijdscategorie en niet alleen naar *absolute* risicogrenzen van bijvoorbeeld 10 of 20%, zoals in onze recent herziene NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Alleen op die manier kunnen we een rokende vrouw van 40 jaar met een systolische bloeddruk van 180 en een totaal cholesterol/HDL ratio van 8 (absoluut tienjaarsrisico 2%!) mogelijk laten inzien dat haar cardiovasculaire risico minstens 10 keer zo hoog is als het risico van haar even oude buurvrouw met een optimaal risicoprofiel. Overigens geldt een vergelijkbare redenering aan de andere kant van het leeftijdsspectrum waar we niet alle 70-plussers 'in de rode vakken van de risicotabel' over één kam zouden moeten scheren: elke huisarts weet dat er grote verschillen kunnen zijn tussen twee 75-jarigen, en dat de gemiddelde oudere meer geïnteresseerd is in zijn of haar cardiovasculaire risico 'ten opzichte van de even oude buurvrouw- of man' dan in een absoluut percentage. Het is daarom te hopen dat er in een volgende herziening van de NHG-Standaard (nog) explicieter aandacht voor deze weging van risico's is, eventueel in de vorm van lifetime risks per leeftijdscategorie. ■

LITERATUUR

- 1 Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2012;366:321-9.

Uw dossier online

INLEIDING

Steeds meer huisartsen bieden het aan, steeds meer patiënten maken er gebruik van: het digitale patiëntenportaal. Het is dé mogelijkheid voor patiënten om medische gegevens in te zien en online te communiceren met zorgverleners. Het bevat functionaliteiten van het eenvoudigweg tonen van episodes en medicatieoverzichten tot het aanvragen van medicatie, e-consulten en het maken van een afspraak. Service, transparantie, veiligheid en betrouwbaarheid staan hoog in het vaandel. De kwaliteit van zorg gaat omhoog en processen worden efficiënter. Althans, dat claimen de voorstanders.¹

Dat lang niet alle zorgverleners er zo over denken, blijkt uit een Amerikaanse survey op drie eerstelijns onderzoekslocaties onder 173 huisartsen en hun patiënten.²

ONDERZOEK

Design Een survey (vragenlijstonderzoek) onder 173 huisartsen en 37.856 patiënten bij eerstelijnsinstellingen in Massachusetts, Pennsylvania en Washington. De survey vond plaats voorafgaand aan het openstellen van het patiëntenportaal OpenNotes voor een deel van de onderzoekspopulatie. De keuze voor openstelling van het portaal was aan de huisartsen zelf en werd niet bepaald door randomisatie: 110 huisartsen en 9043 patiënten namen deel, 63 huisartsen en 28.813 patiënten niet. Het portaal OpenNotes verschaftte onder meer toegang tot het volledige journaal, zoals door hun huisarts was ingevoerd.

De vragenlijst werd samengesteld aan de hand van focusgroepen met 14 huisartsen en 41 patiënten en bevatte stellingen over mogelijke voordelen, risico's en verwachtingen van de invoer van het patiëntenportaal. Antwoorden werden gegeven op een 5-puntsschaal van helemaal oneens naar helemaal eens. Omdat het onderzoek werd verricht voorafgaand aan de invoer konden de ervaringen met het portaal nog niet worden gepeild.

Analyses De onderzoekers beschreven de resultaten aan de hand van percentages eens of oneens met een bepaalde stelling. De resultaten van deelnemende en niet-deelnemende huisartsen alsmede van deelnemende en niet-deelnemende patiënten werden apart gerapporteerd en met elkaar vergeleken.

Uitkomsten Negentig procent van de deelnemende huisartsen meende dat hun patiënten beter voorbereid op consult zouden komen en meer controle konden houden over hun aandoeningen. Zo'n 70% zag voordelen op het vlak van zelfmanagement en therapietrouw. Onder niet-deelnemende huisartsen waren deze percentages respectievelijk 40% en 20%. Negentig procent van de patiënten van zowel de deelnemende als de niet-deelnemende praktijken verwachtte voordelen op bovengenoemde punten.

Huisartsen zagen meer risico's dan patiënten. De helft van

de deelnemende huisartsen en driekwart van de niet-deelnemende huisartsen meende dat online toegang tot het dossier verwarrend kon zijn of patiënten ongerust zou kunnen maken. Slechts een kleine 10% van de patiënten dacht er zo over. Meer dan de helft van de huisartsen, zowel deelnemende als niet-deelnemende, verwachtte meer tijd kwijt te zijn met het rapporteren van het consult en met uitleg aan de patiënt over de rapportage. Ook verwachtten met name de niet-deelnemende huisartsen op een andere manier te rapporteren bij een vermoeden van kanker, drugsgebruik of psychische gezondheid wanneer patiënten toegang zouden hebben tot hun dossier. Een kwart van de deelnemende huisartsen verwachtte verbetering in proces- en uitkomstindicatoren omtrent kwaliteit van zorg. Tweederde van de deelnemers verwachtte toegenomen patiënttevredenheid en veiligere zorg, tegenover eenderde bij niet-deelnemers.

Beschouwing De onderzoekers concluderen dat meningen en verwachtingen van dokters ten aanzien van invoer van een patiëntenportaal met toegang tot onder meer het journaal sterk variëren. Patiënten lijken enthousiaster en zien weinig beren op de weg.

INTERPRETATIE

Het online patiëntenportaal houdt de gemoederen bezig. Voorstanders wijzen op het belang van transparantie, zelfmanagement en patiënttevredenheid. Opvallend genoeg niet op verbeteringen in uitkomstmaten aangaande kwaliteit van zorg. Tegenstanders zijn huiverig voor ongerustheid en verwarring onder patiënten en vrezen voor privacy en veiligheid. Over één zaak zijn beide kampen het eens: bij invoer van een patiëntenportaal zal de manier, omvang en tijdsbelasting van dossiervoering drastisch veranderen. Patiënten lijken aan de bezwaren van hun zorgverleners weinig boodschap te hebben. Zij willen het. Meer inzicht in hun medisch doopceel, meer service, meer mogelijkheden voor zelfmanagement zonder angst voor ongerustheid of verwarring.

De vraag of invoer van het patiëntenportaal leidt tot betere, efficiëntere zorg blijft in dit onderzoek onbeantwoord en is zelfs wat naar de achtergrond verdrongen. Mogelijk zijn andere argumenten (service, transparantie, zelfbeschikking) belangrijker. Waarvoor kiest u als dokter? En als patiënt? ■

LITERATUUR

- 1 Nictiz/NPCE. Online inzage in mijn medische gegevens: patiëntportalen in Nederland, 16 mei 2011. ID nummer RP110013. www.nictiz.nl.
- 2 Walker J, Leveille SG, Ngo L, Vodicka E, Darer JD, Dhanireddy S, et al. Inviting patients to read their doctors' notes: patients and doctors look ahead. *Ann Intern Med* 2011;155:811-19.



Wel of geen adrenaline bij Oberst-anesthesie?

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 Voor anesthesie bij kleine chirurgische ingrepen gebruiken artsen meestal de combinatie lidocaïne (0,5; 1 of 2%) met adrenaline (1:100.000).¹ Toevoeging van de vasoconstrictor adrenaline vermindert de systemische absorptie, verlengt de werkingsduur en vermindert het bloedverlies. Bij het aanbrengen van geleidingsanesthesie in lichaamsdelen met eindstandige circulatie (Oberst-anesthesie) wordt vanwege vermeend risico op lokale necrose geadviseerd lidocaïne zonder toevoeging van epinefrine te gebruiken.¹ Het is echter onduidelijk of die combinatie het risico op lokale necrose ook verhoogt bij gezonde personen. Wij zochten het uit. Kan bij de Oberst-methode bij patiënten zonder vaatlijden lidocaïne met epinefrine veilig worden toegediend zonder risico op vasculaire complicaties?

Zoekstructuur Zoektermen in PubMed: [lidocaine OR xylocaine] AND [epinephrine OR adrenaline] AND [digital block] in combinatie met de limits [Randomized Controlled Trial] OR [Review]. Wij vonden in totaal acht reviews en acht RCT's waarvan drie reviews en twee RCT's bruikbaar waren voor onze vraagstelling.

Resultaten Denkler geeft een overzicht van alle casussen (48) die hij bij een extensieve search heeft gevonden.² Hij zocht in de Index Medicus, medische databases en tekstboeken van 1889 tot 2000. In deze 48 casussen kregen 20 patiënten epinefrine (dosis 4x vermeld) in combinatie met de oude anesthetica procaine (17), cocaïne (2) of onbekend (1). In geen van de casussen was epinefrine de oorzaak van de vasculaire complicaties maar waren er andere oorzaken zoals oude anesthetica of brandwonden door hete verbanden.

Mohan analyseert in zijn literatuuroverzicht 2 reviews, 2 RCT's en 3 observationele onderzoeken.³ In 2 van die observationele onderzoeken, niet meegenomen door Denkler, bekeken de onderzoekers de arteriële bloedvoorziening met doppler, waarbij zij concludeerden dat na injectie met epinefrine 1:100.000 en 1:80.000 de flow binnen het uur normaliseert. De RCT's beschreven dat bij het gebruik van epinefrine 1:100.000 kleinere hoeveelheden verdoving nodig zijn, de pijnscore lager

is, er minder noodzaak is voor gebruik van een tourniquet en er zich geen ischemische complicaties voordeden. De auteurs concluderen dat het zonder onderliggend vaatlijden veilig is een digitaal blok te zetten met lidocaïne gemengd met epinefrine 1:100.000 tot 1:200.000.

De RCT van Sönmez verscheen na de review van Mohan.⁴ In deze RCT vergeleken de auteurs capillaire bloedwaarden bij 20 patiënten voor en na verdoving met of zonder epinefrine (1:80.000) om de mate van ischemie te bepalen. Bij 20 patiënten werd de PO₂ en de SaO₂ voor en na injectie met lidocaïne (2%) met of zonder epinefrine (1:80.000) vergeleken. In de epinefrinegroep was er geen significante daling van PO₂ en SaO₂.

Chowdhry analyseerde in een retrospectieve review dossiers van 1111 patiënten.⁵ Voor uiteenlopende ingrepen ontvingen 611 patiënten een digitaal blok met lidocaïne in combinatie met epinefrine (1:100.000), de overige 500 kregen alleen lidocaïne. Patiënten met pre-existent vaatlijden kregen géén epinefrine. Bij geen van de patiënten die epinefrine kregen was sprake van vasculaire complicaties.

Bespreking Uit literatuuronderzoek lijkt lidocaïne in combinatie met epinefrine 1:100.000 veilig bij patiënten zonder pre-existent vaatlijden, mits juist gebruikt. Daarnaast lijkt deze combinatie de volgende mogelijke voordelen te geven: verlengde duur van anesthesie, minder lidocaïne nodig waardoor minder extravasculaire druk, minder postoperatieve pijn, minder postoperatief wondvocht, geen noodzaak voor het gebruik van een tourniquet. Geen van de onderzoeken is verricht in de huisartsenpraktijk.

Conclusie Het gebruik van lidocaïne in combinatie met epinefrine 1:100.000 voor het zetten van een digitaal blok lijkt verantwoord, mits er geen sprake is van pre-existent vaatlijden.

Betekenis Het gebruik van lidocaïne in combinatie met epinefrine 1:100.000 is veilig naast de praktische en klinische voordelen die dit met zich meebrengt. ■

LITERATUUR

- 1 Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum Uitgevers, 2009.
- 2 Denkler K. A comprehensive review of epinephrine in the finger: to do or not to do. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:114-24.
- 3 Mohan PP. Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. Epinephrine in digital nerve block. *Emerg Med J* 2007;24:789-90.
- 4 Sönmez A, Yaman M, Ersoy B, Numanodlu A. Digital blocks with and without adrenalin: a randomized-controlled study of capillary blood parameters. *J Hand Surg Eur Vol* 2008;33:515-8.
- 5 Chowdhry S, Seidenstricker L, Cooney D, Hazani R, Wilhelmi BJ. Do not use epinephrine in digital blocks: myth or truth? Part II. A Retrospective review of 1111 cases. *Plast Reconstr Surg* 2010;126:2031-4.

Dermatocorticosteroiden bij genitale lichen sclerosus

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

Context Lichen sclerosus is een chronische niet-infectieuze inflammatoire dermatose met onbekende oorzaak. Lokale behandeling is mogelijk met verschillende middelen zoals zeer sterke dermatocorticosteroiden, calcineurineremmers (tacrolimus, pimecrolimus) en hormonen (testosteron, oestrogenen), maar de wetenschappelijk onderbouwing hiervan is zeer beperkt.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit en wat zijn de bijwerkingen van lokale behandelingen voor genitale lichen sclerosus?

Conclusies auteurs Er is beperkt bewijs dat clobetasol, mometason en pimecrolimus effectief zijn voor de behandeling van genitale lichen sclerosus. In één onderzoek bij patiënten met vulvaire lichen sclerosus bleek clobetasol 0,05% vergeleken met placebo effectiever in subjectieve klachtenvermindering (RR 2,85; 95%-BI 1,45-5,61) en een sterkere klinische verbetering te laten zien (SMD 5,74; 95%-BI -4,26-7,23). In een ander onderzoek bij patiënten met phimosis was mometason 0,05% vergeleken met placebo effectiever op basis van beoordeling door de arts (SMD -1,04; 95%-BI -1,77 - -0,31). Beide dermatocorticosteroiden hadden bijwerkingen op placeboniveau. Gebaseerd op één onderzoek bleek pimecrolimus even effectief als clobetasol in de behandeling van vulvaire lichen sclerosus ten aanzien van door de patiënte ervaren jeuk en brandend gevoel en/of pijn maar minder effectief dan clobetasol op basis van de klinische verbetering beoordeeld door de arts (SMD -1,64; 95%-BI -2,40 - -0,87). Er was geen verschil in bijwerkingen tussen pimecrolimus en clobetasol. Voor (dihydro)testosteron, progesteron en oestrogenen werd onvoldoende of geen bewijs gevonden.

Beperkingen Er zijn nauwelijks gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken die de effectiviteit van de verschillende lokale behandelingen voor lichen sclerosus onderzoeken. De gepubliceerde onderzoeken zijn van zeer matige kwaliteit. De review omvat 7 gerandomiseerde onderzoeken met 249 deelnemers.

COMMENTAAR

Lichen sclerosus is met een geschatte incidentie voor vrouwen van 0,14 per 1000 een weinig voorkomende huidziekte die wel veel impact heeft op de kwaliteit van leven. De arts stelt de diagnose op basis van de klachten en het lichamelijk onderzoek, bij voorkeur aangevuld met weefselonderzoek (biopsie). Daarnaast zijn een goede follow-up en duidelijke instructies aan de patiënt belangrijk in verband met de kleine kans op plaveiselcelcarcinoom. Gezien dit risico wordt aanbevolen dat patiënten zich, afhankelijk van de ernst, elk jaar laten controleren bij de huisarts of dermatoloog.

Deze review laat zien dat er zeer beperkt bewijs is dat sterk werkzame dermatocorticosteroiden effectief zijn voor de behandeling van lichen sclerosus en dat bijwerkingen gering zijn. Op de keper beschouwd laat de review alleen maar zien dat clobetasol effectief is voor vrouwen met vulvaire lichen sclerosus en dat mometason werkt voor jongens met phimosis. Door het beperkte aantal onderzoeken moeten we ook de conclusies over bijwerkingen met enige voorzichtigheid interpreteren.

Deze review toont hoe ontluisterend weinig bewijs er is uit gerandomiseerd onderzoek, zeker als je bedenkt dat de eerste publicatie over lichen sclerosus van François Henri Hallopeau al dateert uit 1887. Met twee onderzoeken lijkt dus alle beschikbare evidence over de behandeling van genitale lichen sclerosus samengevat. Toch is dat niet de hele waarheid. Deze systematische review maakt eens te meer duidelijk dat RCT's vaak nauwelijks voorhanden zijn, zeker bij laagprevalente aandoeningen. Het is ook niet te verwachten dat er nog veel RCT's uitgevoerd zullen worden aangezien de zeer sterk werkzame dermatocorticosteroiden ook in observationeel onderzoek hun waarden hebben bewezen. Hierdoor is het niet meer ethisch te verantwoorden om patiënten met lichen sclerosus een placebobehandeling te geven.

Internationale richtlijnen en de concept multidisciplinaire richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie komen tot dezelfde conclusie dat clobetasol 0,05% en andere klasse IV-dermatocorticosteroiden eerste keus zijn bij lichen sclerosus. In deze richtlijnen worden wél de uitkomsten van observationeel onderzoek meegewogen. Deels bij gebrek aan beter, maar deels dus ook terecht. Meerdere retrospectief en longitudinaal prospectief opgezette onderzoeken laten zien dat lokale behandeling met een dermatocorticosteroid, meestal clobetasol 0,05%, werkzaam en veilig is bij mensen met lichen sclerosus. In de richtlijn is een beperkte plaats voor calcineurineremmers, bijvoorbeeld bij het uitblijven van effect van een corticosteroid. Volgens de richtlijnen zijn testosteron en progesteron obsoleet, conform de conclusies van de review.

Al met al vindt de huisarts die zich bekwaam acht in de zorg voor patiënten met lichen sclerosus in deze systematische review zeer beperkte ondersteuning dat zeer sterk werkende lokale corticosteroiden (klasse IV) eerste keus moeten zijn. ■

LITERATUUR

- 1 Chi C, Kirtschig G, Baldo M, Brackenbury F, Lewis F, Wojnarowska F. Topical interventions for genital lichen sclerosus. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 12. Art. No.: CD008240.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. P.W. Dielissen, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: P.Dielissen@elg.umcn.nl



SU-derivaten bij starten insuline nog niet in de ban

Met interesse lezen wij het artikel 'SU-derivaten bij starten insuline: toch maar stoppen?'.¹ De vraagstelling en het beoogde doel van het onderzoek zijn prijzenswaardig, want actueel en van belang voor de praktijk. De auteurs trachten antwoord te geven op een vraag die opkomt bij elke patiënt met diabetes type 2 bij wie je insuline toevoegt aan orale therapie. Bij de opzet van het onderzoek en de interpretatie van de resultaten willen wij enkele kanttekeningen plaatsen.

De Nederlandstalige samenvatting spreekt van een open, enkelblinde trial. Enige informatie over blinding of over de keuze voor een open trial is echter niet meer terug te vinden. Er kunnen natuurlijk redenen zijn om niet te kiezen voor dubbelblind onderzoek, maar misschien zouden Van Avendonk et al. deze keuze kunnen toelichten omdat het onderzoek zich er in principe wel voor leent.

Op het primaire eindpunt (de bèta-celfunctie) wordt in het onderzoek geen significant verschil aangetoond. In de conclusie bevelen de auteurs aan, ook al is de aanbeveling voorlopig, het SU-derivaat te stoppen wanneer de patiënt met insuline begint. De snelle lezer zal na het lezen van de abstract en aanbevelingen menen dat dit een reden is om het SU-derivaat te stoppen, hoewel de auteurs in de titel en discussie de twijfel wel laten zien. In onze ogen is de conclusie onjuist en wordt deze onvoldoende onderbouwd door de onderzoeksresultaten. Zoals de auteurs zelf al opmerken is in het onderzoek de benodigde power niet behaald. Concluderen dat op basis van de resultaten SU-derivaten bij de start van de behandeling moeten stoppen is hierdoor niet sterk. De mogelijkheid bestaat dat indien er voldoende patiënten waren geïncludeerd er wel degelijk een significant verschil gevonden zou zijn. Of dit verschil klinisch relevant is blijft dan de vraag, maar naar onze mening is deze vraag op basis van deze

resultaten nog niet te stellen. Misschien had de aloude conclusie van stal gehaald moeten worden dat er helaas meer onderzoek nodig is. Dat doet toch meer recht aan de resultaten. Dat het verstandig is te stoppen bij hypoglykemieën blijft wel staan, maar of dat nieuw is? ■

Thijs Beetsma, aios, Rene Bijkerk, huisarts

LITERATUUR

- 1 Van Avendonk MJP, Gorter KJ, Van den Donk M, Van Haefen TW, Rutten GEHM. SU-derivaten bij starten insuline: toch maar stoppen? Huisarts Wet 2012;55:152-8.

ANTWOORD

Wij danken de collega's Beetsma en Bijkerk voor hun opmerkingen bij ons artikel. De trial had geen dubbelblinde placebogecontroleerde opzet, omdat de organisatie daarvan onmogelijk was. Een geblindeerde opzet zou betekenen dat wij placebotabletten voor alle mogelijke sulfonylureumderivaten hadden moeten laten maken. Dat was een onhaalbare kaart. De kennis van het stoppen of doorgaan met een medicijn heeft mogelijk effecten op therapietrouw, tevredenheid over de behandeling en aspecten van de kwaliteit van leven. Als dat de uitkomstmaten waren geweest, was het open design zonder meer een nadeel. Wij nemen echter aan dat het design geen grote invloed heeft gehad op de C-peptide-glucoseratio. Mocht dat toch het geval zijn, doordat patiënten tegen de randomisatie in zijn doorgegaan met het slikken van het SU-derivaat (of juist andersom), dan wordt onze uitkomst inderdaad minder betrouwbaar. De resultaten zijn dan wel meer in overeenstemming met de dagelijkse praktijk.

Verder merken Beetsma en Bijkerk op dat de conclusie, stoppen van SU-derivaten bij de start van insulinebehandeling, niet sterk is omdat de benodigde onderzoekspower niet werd behaald. Zij stellen voor om de conclusie te wijzigen in 'er is helaas meer onderzoek nodig'. Wij zijn ons ervan bewust dat we uit onze kleine onderzoekspopulatie geen harde conclusies kunnen trekken. Dat hebben we herhaaldelijk aangegeven in het artikel, de samenvatting en de aanbevelingen, ook zichtbaar voor de

snelle lezer. In de discussie geven wij aan dat wij onze voorzichtige conclusie niet slechts baseren op de statistische significantie, maar ook op de absolute cijfers en de klinische relevantie. Daarbij hielden wij terdege rekening met het feit dat het opzetten van een nieuwe grote trial in de huisartsenpraktijk op zijn zachtst gezegd geen sinecure zou zijn. Wij hebben werkelijk alle mogelijkheden geprobeerd om het benodigde aantal patiënten te kunnen insluiten, zowel uit de eerste als uit de tweede lijn, maar zonder succes. Daarnaast valt niet te verwachten dat het verschil in behoud van bèta-celfunctie in absolute zin zo groot zal worden dat dit klinisch relevant is. Wel waren er meer hypoglykemieën. 'Primum non nocere' geldt in zo'n geval. Daarom willen we onze conclusie handhaven. ■

Mariëlle van Avendonk, Kees Gorter, Timon van Haefen, Guy Rutten

SU-derivaten bij starten insuline: toch maar stoppen?

Er is meer evidence nodig om bovenstaande vraag, tevens de titel van het artikel, te beantwoorden.¹ Maar of de twee groepen van 15 patiënten die de beschreven open-label trial voltooiden veel bijdragen aan deze evidence betwijfel ik. Niet alleen is de trial niet-geblindeerd (blinderen had gekund), maar ook de keuze van het specifieke insulinepreparaat belemmert het doen van algemene aanbevelingen.

Het verschil tussen de twee vergeleken groepen bleek te zijn dat er in de groep die het SU voortzette veel vaker hypoglykemie optrad: bij 10 van de 15 patiënten die hun SU bleven gebruiken traden in 12 maanden 121(!) hypo's op versus 35 hypo's bij 6 van de 15 patiënten in de groep die het SU staaakte (zonder HbA1c-verschil). Een preciezere beschrijving van wat hypo mocht worden genoemd is extra van belang, juist omdat het een open-label trial betreft. Qua 'ernstige hypo's' (veel grotere kans op objectieve hypo en - terzijde - hoge kosten) was er geen verschil: 14 in de

groep met SU en 16 in de groep zonder SU.

Daarbij gebruikten alle patiënten insuline glargine, dat een wezenlijk ander werkingsprofiel heeft dan andere (middel)langwerkende insulines. Glargine wordt niet aanbevolen door de huidige standaard zonder specifieke indicatie, mede vanwege onbekendheid met de veiligheid op lange termijn. Het is hartverwarmend te lezen dat dit voor sommige huisartsen reden was niet aan de trial deel te nemen. Maar extra ongelukkig vind ik de keuze voor glargine omdat de opvallendste uitkomstmaat in het artikel hypoglykemie blijkt, die wel eens sterk beïnvloed zou kunnen worden juist door de werkingsduur. Verreweg de meeste hypo's traden *overdag* op, als bijvoorbeeld NPH-insuline al (bijna) is uitgewerkt.

De auteurs concluderen wat de titel al suggereert: 'het lijkt aan te bevelen met SU-derivaten te stoppen zodra insulinetherapie wordt gestart'. Ik vind deze conclusie voorbarig vanwege de lage status van de nu beschikbare evidence. Daarnaast is deze conclusie te algemeen geformuleerd ('insulinetherapie'), omdat het specifiek ging om glarginetherapie.

Dit artikel draagt hierdoor mijn inziens onnodig bij aan een negatief imago van SU-derivaten. Ik hoop dat de nieuwe standaardcommissie zich door dit onderzoek niet overhaast tot aanbevelingen laat verleiden. ■

Ferdinand van der Does, huisarts, kaderarts diabetes

LITERATUUR

- 1 Van Avendonk MJP, Gorter KJ, Van den Donk M, Van Haften TW, Rutten GEHM. SU-derivaten bij starten insuline: toch maar stoppen? Huisarts Wet 2012;55:152-8.

Effecten van extra water drinken bij hoofdpijn

Spigt et al. beschrijven in een recent artikel dat zij de groep watergebruikers extra hebben gemotiveerd door te wijzen op het positieve effect van het drinken van extra water in een vorig onderzoek.¹

Deze interventie op zich heeft al een effect gehad. Immers, zij stelden vast dat de watergroep significant meer positieve verwachtingen had van het effect van het aan hun gegeven advies. Mogelijk waren de deelnemers er ook los van deze aanmoediging al van overtuigd dat dit best wel eens zou kunnen helpen. Het drinken van extra water is immers inmiddels tot een ware hype uitgegroeid. Veel mensen veronderstellen dat het hun kan helpen bij tal van stoornissen. Het is waarschijnlijk dat deze positieve verwachting over het drinken van extra water het gevonden effect sterk heeft beïnvloed. Het feit dat Spigt et al. alleen een effect hebben gevonden op subjectief niveau ondersteunt deze zienswijze. Alleen al het principe van cognitieve dissonantie zou een alternatieve verklaring kunnen zijn voor het gemeten effect. Daarnaast is het zo dat er geen goede pathofysiologische verklaring is voor het feit dat extra water zou kunnen helpen. En al helemaal niet voor het feit dat het ook nog zou kunnen helpen tegen elke vorm van hoofdpijn. Vooral nog toont dit onderzoek uitsluitend aan dat het creëren van een positieve verwachting bij de patiënt het beleven van zijn ziekte positief kan beïnvloeden. ■

Willem van der Krol, arts

LITERATUUR

- 1 Spigt M, Weerkamp N, Troost J, Van Schayck CP, Knottnerus JA. Effecten van extra water drinken bij hoofdpijn. Huisarts Wet 2012;55:246-9.

ANTWOORD

Wij kozen er bewust voor om de motivatie van de deelnemers in de watergroep positief te beïnvloeden. Anders waren we bang dat men het nut van extra water drinken niet zou inzien en dat men als gevolg daarvan te weinig extra water zou gaan drinken. Bovendien, als er placebo-effecten zijn, komen die ook voor buiten de onderzoekssetting, want ook in de dagelijkse praktijk worden interventies gegeven met positieve verwachtingen. Als we de deelnemers niet hadden geënthousiasmeerd, hadden we dus waarschijnlijk een onderzoek gehad, waarbij de waterinname nauwelijks was toegenomen, met een

'uitgeklede' interventie die nooit in de praktijk zou worden toegepast.

Het placebo-effect is overigens slechts een deel van het geobserveerde effect. Regressie naar het gemiddelde en natuurlijk beloop zijn andere grote spelers binnen het geobserveerde effect. Ook sociaal wenselijk invulgedrag kan zorgen voor positieve geobserveerde effecten. Om die reden wisten de deelnemers niet dat het ons ging om het water drinken, zij waren zeggend blind voor de hypothese van het onderzoek.

Hoe groot het aandeel mogelijke placebo-effecten ten opzichte van alle andere effecten is, is niet bekend. Uit een grote meta-analyse van Hróbjartsson bleek dat het effect binnen placebo-groepen over het algemeen niet groter was dan het effect in gevolgd (maar niet behandelde) groepen.¹ Dit suggereert dat het placebo-effect over het algemeen geen rol speelt. Als het placebo-effect in ons onderzoek een grote rol speelde, zou er een relatie moeten bestaan tussen de grootte van het verwachtte effect en het gerapporteerde effect. Dat hebben we onderzocht door middel van regressieanalyse, maar daaruit bleek dat die relatie er niet was. ■

Mark Spigt

LITERATUUR

- 1 Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. N Engl J Med 2001;344:1594-602.

De redactie beslist over plaatsing in het blad en behoudt zich het recht voor ingezonden brieven in te korten.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Juist

Bij niet-allergische rhinitis kan onderscheid worden gemaakt in rhinosinusitis, medicamenteuze rhinitis, obstructie van de neus of niet-allergische rhinitis met onbekende oorzaak. Medicamenteuze rhinitis wordt gezien bij frequent en langdurig gebruik van een decongestivum of als bijwerking van een cholesterolsyntheseremmer, acetylsalicylzuur, een NSAID of oogdruppels met een bètablokker. Fysiologisch zout is geen decongestivum.

Sachs APE, Berger MY, Lucassen PLBJ, Van der Wal J, Van Balen JAM, Verduijn MM. NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis (eerste herziening). www.nhg.org.

3. Juist / 4. Onjuist

De kans op het krijgen van psoriasis is circa 10% als één ouder psoriasis heeft en ongeveer 50% als beide ouders psoriasis hebben. Psoriasis kan op iedere leeftijd ontstaan, met een bimodale frequentieverdeling van beginleeftijden: een piek van 16 tot 22 jaar en van 57 tot 60 jaar.

Lantinga H, Ek JW, Nijman FC, Wielink G, Kolnaar BCM. NHG-Standaard Psoriasis (tweede herziening). www.nhg.org.

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

5. Juist / 6. Onjuist

De DSM IV-criteria voor boulimia nervosa bestaan uit recidiverende episoden van eetbuien met herhaald inadequaat compensatiegedrag om gewichtstoename te voorkomen. Deze eetbuien komen frequent voor en houden aan. Daarbij wordt het oordeel over zichzelf in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht. Maak onderscheid tussen het purgerende type, met zelfopgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica of klysma's, en het niet-purgerende type dat andere compensatoire mechanismes gebruikt, zoals eetbuien afwisselen met strikt dieet of vasten of energieke lichamelijke inspanningen. De meeste boulimia nervosa-patiënten hebben door dit compensatiegedrag een lichaamsgewicht dat tussen de normale grenzen schommelt.

Hengeveld MW, Van Balkom AJLM, redactie. Leerboek psychiatrie. 2e geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom, 2009.

Van Ree JW, De Vries MW, redactie. Psychiatrie. Praktische huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.

7. Juist / 8. Juist

Epididymitis ontstaat doorgaans subacut en wordt vaak voorafgegaan door een episode van mictieklachten als dysurie en pollakisurie. De epididymis is pijnlijk en gezwollen, de huid van het scrotum kan rood en opgezet zijn. De patiënt heeft vaak algehele ziekteverschijnselen en koorts. Aanvankelijk kan de bijbal los van de testikel gepalpeerd worden, in een later stadium is dit vaak niet goed meer mogelijk (epididymo-orchitis). Heffen van de aangedane testis kan de pijn verminderen. De behandeling bestaat uit pijnstilling, rust, hoogleggen van het scrotum met een suspensoir, koelen en een antibioticum dat goed in de epididymis doordringt.

Bosch JHLR, Prins A, redactie. Urologie. Praktische huisartsgeneeskunde. 2e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

9. Onjuist / 10. Onjuist

Bij otitis media met effusie hoopt zich vocht op achter het trommelvlies. De aandoening kan leiden tot wisselend gehoorverlies. Binnen drie maanden treedt bij de helft van de kinderen spontaan verbetering op en binnen zes maanden bij driekwart van de patiëntjes. Recidieven komen bij de helft van de kinderen voor. Medicatie heeft geen, of hooguit kortstondig, invloed op het beloop van otitis media met effusie. Een chirurgische behandeling (met trommelvliesbuisjes of adenotomie) is meestal niet nodig, maar wordt aanbevolen als de klachten een duidelijk nadelige invloed hebben op het functioneren en op de ontwikkeling van het kind. Het effect van het plaatsen van trommelvliesbuisjes bij verder gezonde kinderen is gering. Er zijn geen aanwijzingen dat otitis media met effusie tot onherstelbare schade van het oor of van het gehoor leidt, ook niet als de aandoening langdurig bestaat.

Van Balen F. Trommelvliesbuisjes voor gehoorverlies door otitis media met effusie bij kinderen. Huisarts Wet, 2005;48:253-4.

Van Balen FAM, Rovers MM, Eekhof JAH, Van Weert HCPM, Eizenga WH, Boomsma LJ. NHG-Standaard Otitis media met effusie (tweede herziening). www.nhg.org.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Jochen Cals, Marissa Scherptong-Engbers, Henk Schers, Wilma Spinnepijn, 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, Marjolijn 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, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen

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

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

ISSN 0018-7070



Veelbelovende toekomst

Tijdens de jaarlijkse NHG-Wetenschapsdag – dit jaar gehouden in Maastricht – presenteren veel huisarts/onderzoekers voor de eerste keer de resultaten van hun onderzoek voor een groter publiek. Ik heb dat nu zo'n twintig jaar mogen meemaken. In die twintig jaar is het huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland gaan behoren tot de top van de wereld, zoals blijkt uit een onderzoek dat is gepubliceerd in de *British Medical Journal*.



Als ik kijk naar de kwaliteit van de presentaties tijdens de Wetenschapsdag, ook van de 'gewone' aios die bijvoorbeeld hun CAT's presenteren,

dan zie ik een behoorlijk verschil met mijn eigen gestuntel tijdens mijn studieperiode. Aiotho's geven een boost aan het onderzoek en met het stimuleringsbeleid van de SBOH zal dit in de toekomst nog verder toenemen door het groeiende aantal aiotho's. Daarmee wordt een veelbelovend kader van de huisartsgeneeskunde voor de toekomst gevormd.

Het Programma Alledaagse Ziekten heeft in de afgelopen jaren niet alleen veel internationale publicaties en dissertaties opgeleverd. De onderzoeksresultaten vinden ook hun weg naar de praktijk, omdat ze zijn verwerkt in de NHG-Standaarden en andere richtlijnen. Helaas loopt het programma af. Gezien de opbrengst ervan en het belang voor de huisartsgeneeskunde lijkt het me de moeite waard om ons in te zetten voor de voortzetting van het programma. Dan krijgt ook het onderzoek naar alledaagse ziekten een veelbelovende toekomst!

Arno Timmermans

De hoogtepunten van 2011

2011 was een mooi en bewogen jaar. Het NHG bestond 55 jaar, nieuwe voorzitters van de Verenigingsraad en van de Raad van Toezicht traden aan, het huisartsenplatform HAweb en de publiekswaarschuwing Thuisarts.nl werden gelanceerd en het NHG droeg een steentje bij aan de manifestatie tegen het kabinetsbeleid. Een selectie van de hoogtepunten is voor

u bij elkaar gebracht in de *Highlights 2011*; een lezenswaardig overzicht van het afgelopen jaar!

Voor de brochure kunt u uw adresgegevens mailen naar m.vandenbrink@nhg.org. De iets uitgebreidere digitale versie vindt u op www.nhg.org (rechterkolom van de homepage). ■

De nieuwe jaargang van de PIN's

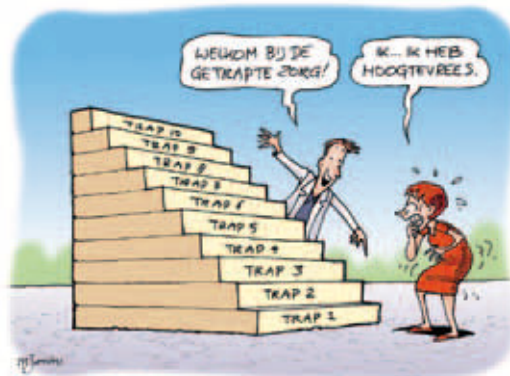
De succesvolle serie NHG-Programma's voor Individuele Nascholing beleeft alweer haar zestiende jaargang. Zoals gebruikelijk is het eerste nummer een speciale internet-PIN, ditmaal over de zorg van de huisarts voor de patiënt die in het ziekenhuis is behandeld voor kanker. Alle huisartsen krijgen gratis toegang tot deze eerste PIN op de NHG-website.

Onderwerpen jaargang 2012/2013

- Het komende jaar verschijnen 'gewone' PIN's over Zwangerschap en kraamperiode; CVRM; Buikpijn bij kinderen; Prikkelbare darmsyndroom; Ethiek in de spreekkamer; Acut coronair syndroom.
- De internet-PIN's gaan over Huisartsenzorg na behandeling van kanker; Polyfarmacie; Angst en depressie 2; Dermatologie.

Abonnementsvormen en -kosten

Een abonnement op de digitale versies van de PIN's kost voor NHG-leden € 205,- en voor niet-leden € 255,-. Een abonne-



Ook de laatste PIN uit de jaargang 2011/2012 was een internet-PIN. Het onderwerp – *Stepped care bij angst en depressie* – is gebaseerd op de geactualiseerde NHG-Standaard Depressie, die ten tijde van de publicatie ervan erg veel media-aandacht kreeg.

ment op de papieren versies, inclusief ordnertje, kost voor NHG-leden € 220,- en voor niet-leden € 280,-. De internet-PIN's verschijnen uitsluitend digitaal. Elke PIN is voor twee punten geaccrediteerd. Bel voor meer informatie 030-2823500 of stuur een e-mail naar pin@nhg.org. ■

Standaarden-app voor Android in testfase

Op dit moment kunt u al de volgende apps met de NHG-Standaarden downloaden:

- Samenvattingskaarten van de standaarden op de iPhone; deze zijn gratis voor iedereen.
- De volledige teksten van de standaarden op de iPad. Vanuit het samenvattingskaartje wordt u gevraagd om een registratienummer; als u hier uw debiteurennummer invult, krijgt u direct de volledige standaarden op uw

scherm. Gratis voor NHG-leden; niet-leden betalen € 18,99.

Bezitters van een Android moeten nog heel even wachten, maar ook aan de app voor hun apparatuur wordt hard gewerkt. Vijf huisartsen ontvingen een proefversie met het verzoek hun opmerkingen en suggesties door te geven. De verwachting is dat deze app eind augustus/begin september verschijnt. ■

Actualisering functie praktijkondersteuner



Onlangs ondertekenden LHV en NHG het convenant waarin samenwerkingsafspraken over de POH-functie zijn vastgelegd. Allereerst werken de betrokken partijen aan een geactualiseerd competentieprofiel. Het is van belang dat de praktijkondersteuner/-verpleegkundige generalistisch wordt opgeleid en ook taken kan verrichten met een protocol-overstijgend karakter. Daarna volgt een nieuw registratie- en accreditatiesysteem en een bij- en nascholingstraject.

Praktijkondersteuners hebben de laatste jaren een groot deel van de zorg rond veelvoorkomende chronische aandoeningen op zich genomen en de kwaliteit van zorg is hierdoor verbeterd.

Inmiddels zijn ruim 3000 praktijkondersteuners werkzaam, maar het opleidingsaanbod is divers en met de accreditatie van nascholing wordt verschillend omgegaan. Het NHG-Standpunt *Het (ondersteunend) team in de huis-*

artsenvoorziening stelt dat het nodig is dat de POH uitgroeit tot een eenduidige, generalistische HBO-functie vanwege de veranderende en groeiende zorgvraag.

Op initiatief van de hogescholen is gesproken over de toekomst van de opleiding, met als uitvloeisel het nu gesloten convenant. V&VN, NVvPO, NVDA en LVG ondertekenden mede het convenant. Het streven is dat het geactualiseerde competentieprofiel tijdig klaar is om er de opleiding volgend jaar op te kunnen afstemmen. (Foto: Erik Kottier) ■

NHG-Congres voor praktijkondersteuners

Al jarenlang maakt het NHG producten voor praktijkondersteuners, zoals de NHG-PraktijkWijzers die een leidraad vormen bij organisatie en uitvoering van de chronische zorg in de praktijk. Ook zijn er speciale e-learningmodules voor praktijkondersteuners. En nu organiseert het NHG samen met BSL ook het jaarlijkse congres voor praktijkondersteuners. In het programma zijn vele workshops te vinden over de chronische zorg rond hart- en vaatziekten, diabetes en astma/COPD. Verder is er aandacht voor de zorg voor ouderen, maar ook voor aspecten van de consultvoering. Het congres vindt plaats op 22 november in de Jaarbeurs in Utrecht. Uw praktijkondersteuner kan zich nu al opgeven, want de voorinschrijving is geopend. Alle praktische informatie kan zij vinden op www.bsl.nl. ■

Cursus Triage in de dagpraktijk: een trekpleister!

Het is geen wonder dat er veel belangstelling is voor deze cursus. Een goede triage levert immers veel winst op in tijd, kwaliteit, geld en energie! De cursus richt zich op de assistentes uit een praktijk, samen met een of enkele huisartsen. Er kan worden gekozen tussen twee varianten: één dagdeel of drie dagdelen. In de langere variant komt ook de implementatie in de praktijk aan bod en kan veel worden geoefend in communicatievaar-

digheden. Doorgaans wordt de cursus op aanvraag van een praktijk en dus *in company* gegeven. Ook is er een 'open aanbod'-variant van de cursus. Die van september is echter al helemaal volgeboekt, een herhaling is gepland in december.

Wilt u, samen met uw assistentes, ook de cursus *Triage in de dagpraktijk* volgen? Neem dan contact op met Sylvia Vroman (tel. 030-282 35 00, e-mail s.vroman@nhg.org). ■

Praat mee over uw toekomst!

Modernisering naar menselijke maat... aldus het motto van de concept-Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Enkele kernpunten zijn:

- de investering van de huisarts in een duurzame relatie met de patiënt en persoonlijke continuïteit;
- een voor de patiënt herkenbaar team van maximaal twee huisartsen;
- versterking van de betrokkenheid van de patiënt bij het behandelingsbeleid;
- uitbreiding van taken in de eerste lijn door maximale inzet van de huisarts en versterking van de samenwerking op lokaal en regionaal niveau en met



- andere hulpverleners in de eerste lijn;
- versterking van de coördinatie- en gidsfunctie voor patiënten die daar aan behoefte hebben.

Bekijk op www.nhg.org de concept-Toekomstvisie en het document met achtergronden, en laat via het evaluatieformulier weten wat u ervan vindt. De commentaren worden verwerkt, waarna het concept ter vaststelling wordt voorgelegd aan de leden van NHG en LHV. ■

NHG-AGENDA 2012 data

- Symposium PalHag 3 oktober
- Startersdag 6 oktober
- NHG-Congres 9 november
- NHG-Congres voor praktijkondersteuners 22 november
- Algemene Ledenvergadering 6 december

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



De CAT's van de NHG-Wetenschapsdag 2012

Wie kreeg dit jaar de Jan van Es-prijs?

Een min of meer vast onderdeel van de jaarlijkse Wetenschapsdag is de presentatie van *Critically Appraised Topics* (CAT's). Hieronder leest u welke onderzoeken de jury hiervoor heeft geselecteerd en wie uiteindelijk de Jan van Es-prijs én de publieksprijs heeft gewonnen voor de beste CAT. Op www.nhg.org > nieuws > NHG-nieuws uit H&W kunt u het verslag van de gehele Wetenschapsdag lezen.

Manuele lymfdrainage na okselklierdissectie

Een patiënte met erysipelas aan één arm vroeg of lymfdrainage zou helpen tegen haar oedeem. Sonja Leenman ging na of manuele lymfdrainage (MLD) in combinatie met compressietherapie effectiever was dan alleen compressietherapie. Ze vond in totaal drie RCT's, die echter niet altijd van goede kwaliteit waren en ook niet van erg recente datum. De drie onderzoeken hadden echter gemeen dat de effectiviteit van MLD niet werd aangetoond. Omdat de behandeling ingrijpend en duur is (dagelijks bezoek van de therapeut), is MLD niet aan te bevelen. Wel is het effect van zwachtelen en het dragen van een elastische kous duidelijk aangetoond, dus dit is vooralsnog het advies. Overigens zou MLD preventief wel helpen. Momenteel loopt nog een onderzoek naar dit onderwerp dat goed van opzet lijkt te zijn. Het wachten is dus op de resultaten hiervan.

Nitraten of calciumantagonisten bij fissura ani?

Vu Do behandelde fissura ani conform de standaard en schreef dus isosorbidedinitraat voor, ondanks de hoofdpijnklachten die zijn patiënten meldden. Zijn opleider wees hem op diltiazem als alternatief en Do ging op zoek naar vergelijkende onderzoeken van beide middelen. Hij vond twee geschikte artikelen, met als belangrijkste resultaten:

- De effectiviteit van beide middelen is vergelijkbaar;

- Het verschil in recidieven is niet significant;
- De bijwerkingen van calciumantagonisten zijn significant lager.

Weliswaar was er op de onderzoeken wel iets aan te merken (kleine onderzoekspopulaties, geen powerberekening et cetera), maar Do meent dat op grond hiervan de voorkeur zou moeten uitgaan naar diltiazem, mede vanwege het gebruiksgemak en de kosten, maar vooral omdat het middel veel minder bijwerkingen heeft. Do vindt nader placebogecontroleerd onderzoek in Nederland wenselijk.

Botox bij overmatig zweten

Bij hyperhidrosis is aluminiumchloride behandeling van eerste keuze; tweede keus is botuline toxine-A. Anne Geradts en Rutger Vermeulen onderzochten of de botoxbehandeling effectief is en door de huisarts kan worden uitgevoerd. Zij vonden vijf geschikte RCT's, die alle de zweetproductie als uitkomstmaat hadden, drie hadden daarnaast het patiëntenoordeel als uitkomstmaat. In alle onderzoeken daalde de zweetproductie significant, al was er ook een placebo-effect. De patiënten waren erg tevreden. Wel waren er wat bijwerkingen: lokale roodheid en irritatie. Onbekend is of er sprake is van een publicatiebias, want alle onderzoeken waren gesponsord door de industrie. Ook bleef onduidelijk of het eerste- of tweedelijns populaties betrof. Deze kleine verrichting lijkt de huisarts goed te kunnen uitvoeren. Nader onderzoek is dan wel nodig, bijvoorbeeld naar de geschikte dosering en de werkingstermijn van de injecties. Aangezien botox uiterst giftig is, moet er veel nadruk liggen op de veiligheid.

Chalazion: injecteren of verwijderen?

Linda Kiers was alleen bekend met incisie en curettage van een chalazion, maar zag in haar praktijk de behandeling met een corticosteroideninjectie.

Zij onderzocht de effectiviteit van beide behandelingen en vond twee artikelen plus één abstract die haar onderzoeksvraag beantwoordden. De twee artikelen vonden een vergelijkbaar effect van een corticosteroideninjectie en chirurgie. In het abstract was aanvankelijk het effect van chirurgie beter, maar na herhaling van de injectie viel dit verschil weg. Er is nader onderzoek nodig, bijvoorbeeld naar de dosering, eventuele herhaling van de injecties, bijwerkingen en de patiënttevredenheid. 'Maar we weten dat patiënten prikken prettiger vinden dan chirurgie, ook omdat ze dan geen oogverband hoeven.' Op grond van haar onderzoek stelt Kiers: 'De corticosteroideninjectie is dus behandeling van eerste keus. Geef deze bij voorkeur van binnenuit, omdat depigmentatie kan optreden. Het gaat gemakkelijker dan je zou denken, maar als het omklappen van het ooglid niet lukt, kun je ook van buitenaf injecteren.'



And the winner is...

Aan het eind van de Wetenschapsdag werd bekendgemaakt welke CAT de Jan van Es-prijs heeft verdiend. Jury én publiek vonden het onderzoek van Linda Kiers het best. Zij ontving een legpenning, een geldbedrag en uiteraard een feestelijke bos bloemen. (AS) ■

‘NHGDoc prikkelt je om nog even na te denken’



Daniel Tavenier was twee jaar lang werkzaam bij het NHG in het kader van de Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG). Vanuit die achtergrond was hij betrokken bij de ontwikkeling van NHGDoc voor het deelgebied diabetes, mede als lid van de Focusgroep over dit onderwerp. In een interview vertelt hij over de functie van NHGDoc en welke voordelen gebruik ervan kan hebben voor de huisarts.

Wat is NHGDoc precies?

‘NHGDoc is een signaleringssysteem in het HIS dat de huisarts

ondersteunt bij het op orde houden van zijn patiëntendossier en bij de verbetering van zijn beleid. Ikzelf werk met MicroHis, waarin NHGDoc standaard is ingebouwd. Als ik een patiëntendossier open, krijg ik automatisch een icoontje boven in de werkbalk te zien. Is dit groen, dan is alles in orde. Is het icoontje geel of rood, dan weet ik dat ik er iets mee moet doen. Je kunt het icoontje aanklikken en krijgt dan een boodschap wat niet goed is in het dossier of een advies om je beleid te verbeteren. HIS'en zijn natuurlijk ooit bedoeld geweest om alleen je bevindingen in te registreren, maar je ziet steeds meer dat ze uitgroeien naar systemen die je als huisarts kunnen helpen in je praktijk. Het elektronisch voorschriftsysteem is daar een voorbeeld van. En NHGDoc dus ook.’

Kun je voorbeelden geven van dergelijke boodschappen?

‘Bij een diabetespatiënt kun je bijvoorbeeld een *alert* krijgen dat het jaarlijkse voetonderzoek moet worden gedaan. Of als uit labonderzoek een afwijking van de leverfunctie blijkt, krijg je een *alert* of je niet een bepaald ziektebeeld over het hoofd ziet. Je wordt dus als het ware geprikkeld om over de dingen na te denken. En dan kan het best zijn dat alles dik in orde is met de patiënt tegenover je, maar het *alert* dwingt je om even bij jezelf na te gaan of je wel alles hebt gedaan wat je kunt doen.’

En heb je ook voorbeelden uit je eigen praktijk?

‘Ik zag bijvoorbeeld dat er inhalatiecorticosteroiden werden voorgeschreven aan een COPD-patiënt die onder de zorg van de praktijkondersteuner staat. Volgens mijn eigen diagnose was er echter sprake van een GOLD-1-stadium en dan is er dus niet echt een reden om inhalatiecorticosteroiden te geven. Bij een andere patiënt, met een schildklieraandoening, bleek dat ik al langer dan een jaar het TSH niet had gemeten. Bij dat soort dingetjes kan NHGDoc dus echt helpen.’

Toch wordt niet massaal gebruikgemaakt van NHGDoc. Wat zouden de bezwaren van huisartsen kunnen zijn?

‘Allereerst denk ik dat huisartsen het niet kennen. Bij MicroHis is NHGDoc standaard ingebouwd, maar bij veel andere huisartsinformatiesystemen is dat nog niet het geval. Het kost natuurlijk geld, dus sommige softwareleveranciers willen het niet inbouwen, en als ze er extra voor moeten betalen zullen veel huisartsen dat net zomin willen. Die onbekendheid gaat overigens nog verder. Veel huisartsen die wél NHGDoc in het HIS hebben, weten dat niet. Ze zien het icoontje dus gewoon over het hoofd.

Een ander bezwaar is dat het soms wat omslachtig lijkt, want het is een extra handeling en je hebt het altijd al zo druk. Je moet tijdens het consult op dat icoontje klikken en vervolgens lezen wat de *alert* te melden heeft. Als er bijvoorbeeld een patiënt binnenkomt met hoofdpijnklaften en je krijgt dan een *alert* te lezen over diens COPD of diabe-

tes, heb je er natuurlijk niets aan. Het icoontje licht namelijk altijd rood op zodra je de gegevens oproept van een patiënt met een bepaalde aandoening.’

Jijzelf ziet als gebruiker die bezwaren niet?

‘Nee, ze wegen niet op tegen de voordelen. Bovendien is er al veel verbeterd. Vroeger verschenen de *alerts* als *pop-ups* op je scherm en dat was behoorlijk irritant. Nu is er alleen dat icoontje en dat kun je negeren als je dat wilt, bijvoorbeeld bij die patiënt met hoofdpijnklaften. En ook is het prettig dat het icoontje soms groen is, zodat je weet dat alles in orde is.

Ik denk dat de cursus over NHGDoc ook veel van de bezwaren kan verhelpen. Daar wordt je duidelijk verteld hoe het systeem werkt en wat het precies inhoudt. Dat je dus bijvoorbeeld niet bang hoeft te zijn dat jouw patiëntengegevens worden doorgesluisd naar een of ander mistig oord waar iemand beoordeelt of jij wel alles volgens het boekje doet. En je leert er hoe je in de praktijk met het systeem aan de slag kunt gaan. In feite is NHGDoc niets meer of minder dan een manier om de NHG-Standaarden te implementeren, want daar is het systeem op gebaseerd. Onderwerpen waar geen standaard over is, zijn dus ook niet in NHGDoc te vinden. Als je er dus gevoelig voor bent dat je je patiëntenzorg goed op orde wilt hebben, dan kan NHGDoc je daar prima bij helpen.’

(AS) ■

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

Colofon

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.