JAARGANG 56 / SEPTEMBER 2013

H&W

9

Huisarts en Wetenschap

2013

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

ONDERZOEK

Hoe beoordelen huisartsen fundusfoto's op diabetische retinopathie?

ONDERZOEK

Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders

NHG-STANDAARD

Het soa-consult

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

9

WETENSCHAP

ONDERZOEK
434 Hoe beoordelen huisartsen fundusfoto's op diabetische retinopathie?
Martin Brassé, Onno Dokkum, Marianne van den Maegdenbergh, Bas Maijburg, Yvonne van Leeuwen

438 Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders
Pieter van den Hombergh, Saskia Schalk-Soekar, Anneke Kramer, Ben Bottema, Stephen Campbell, Jozé Braspenning

BESCHOUWING
444 Diagnostiek en beloop van cystitis bij gezonde niet-zwangere vrouwen
Bart Knottnerus, Eric Moll van Charante, Suzanne Geerlings, Gerben ter Riet

COMMENTAAR
448 Hulp bij zelfgekozen dood
Boudewijn Chabot, Arnold Goedhart

450 NHG-STANDAARD
NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening)
Jan van Bergen, Janny Dekker, Joan Boeke, Elize Kronenberg, Rob van der Spruit, Jako Burgers, Margriet Bouma, Lisette Verlee

KLINISCHE PRAKTIJK

HUISARTSENZORG IN CIJFERS
464 Seksuele anamnese cruciaal bij soa-consult
Gé Donker, Ingrid van den Broek

NASCHOLING
466 Het non-hodgkinlymfoom
Fazil Baboe, Elly Lugtenburg

472 Medicatietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie
Remke van Staveren

KLINISCHE LES
476 Een reiziger met koorts
Ad van Esch, Quirijn de Mast

CASUÏSTIEK
480 Jeukende bultjes na een boswandeling
Linda Bröker

(VER)STAND VAN ZAKEN
481 Cognitieve beperkingen bij DM2
Paula Koekkoek

SPREEKUUR
488 Partnergeweld
Sylvie Lo Fo Wong

489 Droge ogen
Philippe Hoogsteder, Klaus Hautermans

CATS
490 Nycturie bij ouderen en desmopressine
Willemijn de Graaf, Arie Knuistingh Neven

PEARLS
491 Aspirine bij claudicatio intermittens?
Jelle Stoffers

431 JOURNAAL
475 BOEKEN
482 INTERVIEW
484 SIGNAAL
449/486 COLUMNS
487 KENNISTOETS

33 & NHG

Een stukje nostalgie

Ruim dertig jaar geleden nam ik de praktijk van mijn voorganger over. Ik betaalde een ruime goodwill, iets dat toen nog gebruikelijk was. In ruil daarvoor kreeg ik een medisch archief, patiënten en het nodige instrumentarium. Nu, zoveel jaar later, is de goodwill afgeschaft en het archief gedigitaliseerd. De patiënten van toen leven niet meer of ze zijn verhuisd. Een enkeling, hoogbejaard, zit nog steeds in de praktijk. Ze vormen een stukje nostalgie. Als ze op het spreekuur komen worden nog weleens herinneringen aan vervlogen tijden opgehaald.

Diagnostiek

Ook het instrumentarium van toen is vervangen. Niet alles, want er is iets wat nog regelmatig wordt gebruikt. Dat is de microscoop van mijn voorganger. Een Zeiss Ikon met handgeslepen lenzen, draaibare spiegel om het licht op te vangen en een prachtige glazen stolp om het stof te weren. Iedereen die hem ziet beseft onmiddellijk dat het om een bijzonder stuk gaat. Menigeen heeft er een aardig bedrag voor geboden. Maar hij kan en mag niet verkocht worden. Met de microscoop valt of staat de diagnostiek van de urineweginfectie. Als ik geen sediment kan bekijken moeten patiënten met een blaasontsteking minimaal een dag wachten eer ze met hun behandeling kunnen beginnen, en dat willen zij niet. Dacht ik. Vanaf vandaag zal dat veranderen, als we mogen geloven wat Bart Knottnerus in deze H&W schrijft.

Minder antibiotica

In zijn beschouwing vallen twee dingen op. Eén, dat sediment- en dipslide-onderzoek nauwelijks iets toevoegen aan de informatie die al bekend is uit de anamnese en eventueel urinestickonderzoek en twee, dat meer dan eenderde van de vrouwen met een cystitis bereid is af te wachten eer ze met een behandeling start. Aangenomen dat huisartsen een behandeling al dan niet instellen bij een bepaalde mate van zekerheid ging hij bij huisartsen na waar dat afkappunt lag. Huisartsen vinden 70% kans op een cystitis voldoende om te behandelen en 30% voldoende om een cystitis uit te sluiten. Als het beleid toch niet verandert, waarom zou je dan verder moeten testen, moet Knottnerus gedacht hebben. De slimmigheid van wetenschappelijk onderzoek zit in de aannames, de rest is gewoon hard werken. Door te kijken naar de toegevoegde waarden van tests kwam Knottnerus tot de conclusie dat we als huisarts op basis van enkele anamnesevragen en zo nodig aanvullend onderzoek van de urine met een eenvoudige teststrip voldoende informatie hebben verzameld voor het stellen dan wel verwerpen van de diagnose cystitis. Een andere vooronderstelling van mi,j dat alle vrouwen graag zo snel mogelijk een kuur voor hun blaasontsteking willen hebben, blijkt in ruim 30% van de gevallen niet juist te zijn, als je tenminste de moeite neemt dat aan de vrouwen te vragen. Goed om te weten dus, met 15% vermindering van het totale antibioticagebruik bij cystitis als gevolg. Met deze beschouwing zijn ook de diagnostiek en behandeling van urineweginfecties weer een stuk verder gerationaliseerd. Intuïtie en klinische blik maken plaats voor evidence-based geneeskunde. Mijn Zeiss Ikon-microscoop staat inmiddels op Marktplaats te koop. Elk redelijk bod voor een stukje nostalgie is welkom. ■

Bèr Pleumeekers

Wetenschap in onmacht

Het is een klassiek probleem: hoeveel witte zwanen moet je hebben gezien om te kunnen besluiten dat ze allemaal wit zijn en hoe weten we zeker dat er niet ergens in Patagonië een zwart exemplaar rondloopt? Onlangs verscheen een Gezondheidsraadrapport over de eventuele kankerverwekkende eigenschappen van het gebruik van mobiele telefoons waarin men worstelt met dezelfde materie.

Foto: Corbis

In een lijvig rapport van ruim 250 pagina's beschrijft en analyseert de Commissie Electromagnetische Velden van de Gezondheidsraad de evidence. Die omvat een Deens retrospectief cohortonderzoek en een serie patiëntcontroleonderzoeken, waarin is gekeken naar de relatie tussen duur van blootstelling aan mobiele telefoons in gebruiksjaren of in beltijd en het voorkomen van tumoren. Ook is de zogenoemde lateralisatie onderzocht, waarbij wordt gekeken of de telefoon voornamelijk gebruikt is aan de kant van het hoofd waar de tumor zich bevindt. In de onderzoeken ging het vooral om eventuele inductie van gliomen, meningiomen, brughoektumoren en parotiskliertumoren. Daarnaast zijn er nog ecologische onderzoeken waarin op populatieniveau wordt bekeken of trends in gebruik van mobiel telefonie gelijk opgaan met een toename van de incidentie van deze tumoren.

De commissie concludeert dat er enkele zwakke en inconsistente aanwijzingen zijn voor een associatie tussen langdurig gebruik van een mobiele telefoon en het vaker voorkomen van gliomen. Verschillende vormen van vertekening en toeval zouden een verklaring kunnen zijn voor deze uitkomsten, maar het kan niet worden uitgesloten dat er een oorzakelijk verband is. De commissie schat de kans hierop echter in als zeer klein. Bovendien is er in bevolkingsstatistieken geen toename te zien van de incidentie van gliomen. Dat kan evenwel komen door hun vermoedelijk lange incidentietijd. Voor wat betreft de andere tumoren ontbreken aanwijzingen voor een verhoogd risico van het gebruik van mobieltjes gedurende 13 jaar of minder. Over langduriger gebruik kan niets worden gezegd.

Wetenschappelijk zuiver op de graad acht de commissie de veiligheid van mobieltjes nog niet zeker. In een volgend rapport zal ze ingaan op de resultaten van dierexperimenteel onderzoek naar de kankerverwekkendheid van radiofrequente elektromagnetische velden. Te betwijfelen valt of er dan meer zekerheid komt, want dieren zijn immers geen mensen. Het blijft de zwakke plek van de wetenschap: bewijzen dat iets niet bestaat. ■

Tjerk Wiersma

Health Council of the Netherlands. Mobile phones and cancer. Part 1: Epidemiology of tumours in the head. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2013; publication no. 2013/11. www.gezondheidsraad.nl.

Juiste begeleiding bij problematisch alcoholgebruik

Huisartsen ervaren de begeleiding van patiënten met problematisch alcoholgebruik soms als lastig en moeizaam. Tegenwoordig zijn er verscheidene effectieve kortdurende interventies beschikbaar voor de eerste lijn om dit probleem aan te pakken. Engelse onderzoekers vergeleken drie verschillende interventies met elkaar om te kijken of intensievere interventies effectiever zijn.

Aan dit onderzoek deden 24 huisartsenpraktijken mee in Londen, het zuidoosten en het noordoosten van Engeland. De praktijkmedewerkers werden onderwezen in de interventietechnieken. Patiënten op het spreekuur, risicopatiënten (psychische problemen, gastro-intestinale problemen, hypertensie en kleine ongevallen) en nieuw ingeschreven patiënten werden na randomisatie benaderd. Van deze groep (3562) waren 2991 patiënten (84%) geschikt voor screening. Negenhonderd patiënten (30,1%) voldeden aan de criteria van problematisch alcoholgebruik. Hiervan deden 756 patiënten (84,0%) mee aan het onderzoek.

De deelnemers werden blind gerandomiseerd over 3 interventietechnieken. De baselinemeting bestond uit een AUDIT-vragenlijst; een scorelijst over de mate van alcoholgebruik. Groep 1 kreeg uitleg over de uitslag en een

Foto: Hollandse Hoogte

patiëntenfolder over het effect van alcohol. Groep 2 kreeg naast uitleg en patiëntenfolder een kortdurend advies van 5 minuten. Het advies was gericht op de gezondheidsrisico's van problematisch alcoholgebruik. Groep 3 kreeg naast uitleg, patiëntenfolder en kortdurend advies een apart leefstijladviseringsconsult van 20 minuten. Hierbij werd gebruikgemaakt van motiverende gesprekstechnieken. Van groep 3 kregen uiteindelijk 143 patiënten (57%) het leefstijladviseringsgesprek. Na 6 en 12 maanden was de follow-upratio respectievelijk 85% en 82%. In alle groepen was er na 6 en 12 maanden een daling van de AUDIT-score, maar er was geen significant verschil in de AUDIT-score tussen de 3 groepen.

De onderzoekers concluderen dat er vooralsnog geen bewijs is om meer te doen dan het vaststellen en benoemen van problematisch alcoholgebruik en de patiënt informeren met een patiëntenfolder. Veel huisartsen zullen dit al in enige vorm doen. ■

Martijn Sijbom

Kaner E, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ 2013;346:e8501.

Herhalingstermijn bepaling cardiovasculair risico

Tot op heden is er onvoldoende bekend over de veranderingen van het cardiovasculaire risico met het ouder worden. De NHG-Standaard Het PreventieConsult is daarom terughoudend met het geven van advies over het screeningsinterval voor herhaling van het cardiovasculaire risico na een initiële bepaling. Voor personen die nog geen medicamenteuze behandeling nodig hebben, is het advies om de risicofactoren na drie tot vijf jaar te bepalen, afhankelijk van het initiële risico.

Een recent gepubliceerd onderzoek van Bell et al. in het British Medical Journal lijkt iets meer duidelijkheid te geven. Zij gebruikten de gegevens van 13.757 deelnemers van de Tokyo Health Check-up Study en 3855 deelnemers van de Framingham Study die na een initiële meting geen bloeddrukverlagers of cholesterolverlagers voorgeschreven hadden gekregen. Nagegaan werd na hoeveel jaren het cardiovasculaire risicoprofiel van patiënten hoger werd dan 20% op basis van de Framingham-risicoformule. Voor personen met een initieel cardiovasculair risico < 10% is de kans < 10% dat zij binnen 8-19 jaar voor een medicamenteuze behandeling in aanmerking komen. Bij mensen met een cardiovasculair risico van 10-15% en van 15-20% was de kans om voor behandeling in aanmerking te komen respectievelijk 32% en 73%. Opvallend is dat de kans om de behandelgrens te bereiken onafhankelijk was van de leeftijd.

De auteurs concluderen dat de herhalingstermijn voor bepaling van het cardiovasculaire risicoprofiel afhankelijk moet zijn van het initiële cardiovasculaire risico. Als er zich in de tussentijd geen verandering in het risico voordoet, door bijvoorbeeld gewichtstoename, starten met roken, reumatoïde artritis of daling van de nierfunctie, is een langer screeningsinterval mogelijk dan tot nu toe wordt geadviseerd. Omdat deze groep ruim 75% van de te screenen populatie uitmaakt, zal dit een aanzienlijke vermindering opleveren van het jaarlijks aantal op te roepen patiënten.

Extrapolatie van dit onderzoek naar de Nederlandse situatie dient met enige voorzichtigheid plaats te vinden. Het bepalen van het risico op basis van de Framingham-tabel is niet helemaal vergelijkbaar met de door het NHG gebruikte SCORE-tabel. Desalniettemin lijken er redelijke argumenten te zijn voor het verlengen van de herhalingstermijn voor het bepalen van het cardiovasculaire risico bij patiënten met een initieel vastgesteld cardiovasculair risico in de laagste risicogroepen. ■

Bèr Pleumeekers

KJL Bell, et al. When to remeasure cardiovascular risk in untreated people at low and intermediate risk: observational study. BMJ 2013;346:f1895.

Multitasken is een mythe

Druk, druk, druk; elke huisarts is maar druk. Multitasking lijkt de oplossing. Verschillende taken gelijktijdig uitvoeren en zo verscheidene doelen in dezelfde tijd halen. Veel huisartsen doen dat; tussen de consulten door bellen, mailen, de agenda bijwerken enzovoort. Het ziet er allemaal reuze efficiënt uit, maar is het dat ook?

Uit onderzoek van Sanbonmatsu et al. blijkt iets anders. Zij ondervroegen 310 studenten, 176 vrouwen en 134 mannen, in de leeftijd van 18 tot 44 jaar. Door middel van vragenlijsten over het telefoongebruik tijdens het autorijden en het (tegelijkertijd) gebruiken van verschillende media werd de bereidwilligheid tot en de frequentie van multitasken gemeten. Verder maten de onderzoekers met vragenlijsten verschillende vormen van impulsiviteit, sensatie zoeken en de gepercipieerde multitask-kwaliteiten. Vervolgens werden de daadwerkelijke multitask-kwaliteiten gemeten door het simultaan uitvoeren van mentaal concurrerende taken. De deelnemers werd gevraagd een serie letters te onthouden, afgewisseld met sommen.

Van de deelnemers beoordeelde maar liefst 70% de eigen multitask-kwaliteiten als bovengemiddeld. Multitasking bleek gecorreleerd met de persoonlijkheidskenmerken impulsiviteit en sensatie zoeken. Het denken te kunnen multitasken bleek gecorreleerd met de dagelijkse multitask-activiteit. Dus wie denkt er goed in te zijn, doet het ook. Maar zijn ze er ook echt goed in?

Nee. De score op de multitask-taak, gemeten als het aantal woorden dat in de juiste volgorde werd onthouden, bleek niet significant gecorreleerd met de gepercipieerde multitask-kwaliteiten ($r = 0{,}08$). Bovendien was het zich begeven in multitask-activiteiten negatief gecorreleerd met de gemeten multitask-kwaliteiten. Het gaat hierbij om volgens de onderzoekers significante correlaties (bellen in de auto en multitaskscore $r = -0{,}15$ ($p < 0{,}05$), multimediagebruik en multitask-score $r = -0{,}19$ ($p < 0{,}01$)). Juist de mensen die geen twee dingen tegelijk zouden moeten doen, doen dat wel.

Dus als u dit artikeltje leest tussen twee consulten door, dan bent u aan het multitasken. U doet er beter aan als u zich nu alleen op uw patiënten concentreert en deze H&W voor vanavond bewaart! ■

Pieter Barnhoorn

Sanbonmatsu DM, et al. Who multi-tasks and why? Multi-tasking ability, perceived multi-tasting ability, impulsivity, and sensation seeking. PLoS ONE 2013;8:e54402.

Smartphone-interventie bij chronische pijn

Smartphone-interventies gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes worden steeds meer gebruikt voor het ondersteunen van zelfmanagement bij chronisch zieken. Ook voor chronische pijn lijkt het kortetermijneffect veelbelovend. De vraag is of het ook op lange termijn standhoudt.

Kristjánsdóttir et al. onderzochten in een gerandomiseerde trial het effect van een vierweekse smartphone-interventie direct na een intern revalidatieprogramma. Zij keken naar catastroferen (negatieve gedachten over pijn), functioneren, acceptatie en pijnniveau na elf maanden follow-up bij volwassen vrouwen met chronische pijn op verschillende plekken in het lichaam. Het primaire doel was het ondersteunen van de aangeleerde copingvaardigheden en leefstijlveranderingen tijdens het revalidatieprogramma.

De 140 revalidatiedeelnemers werden gerandomiseerd in 2 groepen: met en zonder smartphone-interventie. In de interventiegroep communiceerden de patiënten dagelijks in verschillende situaties met een smartphone aan de hand van dagboekvragen. Daarnaast ontvingen ze geschreven geïndividualiseerde feedback van een therapeut. Uitkomstmaten werden gemeten met vragenlijsten. De primaire uitkomstmaat was een vermindering van catastroferen na 11 maanden.

In eerder onderzoek vonden de onderzoekers een positief effect voor catastroferen, acceptatie en pijnniveau direct na de interventie en na 5 maanden follow-up. Echter, in dit onderzoek bleken de verschillen tussen beide groepen niet meer aanwezig na 11 maanden ($p > 0{,}10$). Wel werd binnen de interventiegroep een positief effect gevonden voor catastroferen en acceptatie, wat niet in de controlegroep werd gezien. Op de methodologie valt het een en ander aan te merken, onder andere een 30%-uitvalpercentage, waardoor je vraagtekens kunt zetten bij de haalbaarheid van dit type secundaire interventie. Daarbij is het effect van het revalidatieprogramma op de smartphone-interventie onduidelijk.

Het is mooi als we nieuwe technologische mogelijkheden kunnen inzetten voor begeleiding en ondersteuning bij klachten. Veel patiënten hebben tegenwoordig immers een smartphone bij zich. Bij chronische pijn had begeleiding met een smartphone op de korte termijn wel effect, maar na elf maanden niet meer. ■

Madelon den Boeft

Kristjánsdóttir OB, et al. A smartphone-based intervention with diaries and therapist feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain. Part 2: 11-month follow-up results of a randomized trial. J Med Internet Res 2013;15:e72.

Martin Brassé, Onno Dokkum, Marianne van den Maegdenbergh, Bas Maijburg, Yvonne van Leeuwen

ONDERZOEK

Hoe beoordelen huisartsen fundusfoto's op diabetische retinopathie?

Samenvatting

Brassé MM, Dokkum O, Van den Maegdenbergh M, Maijburg B, Van Leeuwen Y. Hoe beoordelen huisartsen fundusfoto's op diabetische retinopathie? Huisarts Wet 2013;56(9):484-7.

ACHTERGROND In Midden-Limburg en de westelijke mijnstreek screent men sinds 2008 patiënten met diabetes mellitus type 2 op diabetische retinopathie (DRP) door middel van fundusfotografie. Dit artikel beschrijft een pilotonderzoek naar de kwaliteit van de beoordeling van de fundusfoto's door speciaal hiertoe opgeleide huisartsen (zogenaamde *graders*).

METHODE Op basis van fundusfoto's, vervaardigd tussen januari 2008 en december 2010, hebben we een gestratificeerde selectie van vijftig patiënten gemaakt, bestaande uit twintig foto's zonder DRP, tien foto's met matige DRP, vijf foto's met ernstige DRP en vijf foto's met overige afwijkingen. Een oogarts heeft deze selectie beoordeeld op de kwaliteit van de foto's, aanwezigheid van DRP en overige afwijkingen. De beoordelingen van de oogarts en huisarts-graders hebben we met elkaar vergeleken.

RESULTATEN Dit pilotonderzoek laat een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 86% zien voor wat betreft het detecteren van DRP: de graders misten de diagnose DRP niet. Overige afwijkingen misten ze echter vaak; de negatief voorspellende waarde hiervoor was 18%. Ook de kwaliteit van de foto's vormt een punt van aandacht.

CONCLUSIE Screening van diabetische retinopathie door hiertoe opgeleide huisartsen is goed mogelijk. De kwaliteit van de fundusfoto's en het signaleren van overige afwijkingen zijn echter voor verbetering vatbaar. De huidige opleiding van graders en assistenten is inmiddels op beide punten aangepast.

INLEIDING

Een gevreesde complicatie van diabetes mellitus is diabetische retinopathie (DRP). Na twintig jaar heeft 15% van de diabetespatiënten een ernstige visusvermindering en is 2 tot 4,8% blind.[1,2] Tijdige diagnostiek en behandeling kunnen deze complicaties beperken of voorkomen.

De incidentie van DRP is na 1985 gedaald van 19,5% naar 2,6% (1990). De incidentie van ernstig visusverlies is in dezelfde periode gedaald van 9,7% naar 3,2%. De hypothese is dat deze daling komt door verbetering in diagnostiek en behandeling van diabetes mellitus (DM).[3] Verder is screening met behulp van funduscopie noodzakelijk omdat bij DRP de visus niet altijd aangetast is.

Sinds 2008 beoordelen speciaal opgeleide huisartsen (*graders*) in Midden-Limburg en de westelijke mijnstreek fundusfoto's van diabetespatiënten die door de huisarts gecontroleerd worden. De praktijkondersteuner nodigt patiënten die niet onder controle staan van de oogarts, uit voor een screening in de fundusbus van de regionale ondersteuningsorganisatie voor huisartsen (Meditta). De huisartsen die de fundusfoto's beoordelen dienen de basisopleiding eerstelijnsoogheelkunde te hebben gevolgd en ingeschreven te zijn in het CHBB-register oogheelkunde. Daarnaast moeten zij een aanvullende opleiding tot grader hebben gevolgd en ten minste vierhonderd patiënten per jaar blijven beoordelen. Stichting Opleiding Oogheelkunde voor Huisartsen (STOOHN) verzorgt beide opleidingen. Op grond van de beoordeling volgt al of niet verwijzing naar de oogarts. In een aantal landen past men deze screeningsmethode al toe. Wereldwijd doet men onderzoek om na te gaan of dit concept werkt. In het merendeel van deze onderzoeken vindt men een sensitiviteit van boven de 80% en een specificiteit van meer dan 95%.[4-16]

In het kader van dit pilotonderzoek gingen we na in hoeverre de screening van fundusfoto's door de speciaal hiertoe opgeleide huisartsen adequaat was. Hiertoe stelden we de volgende onderzoeksvragen op:

1. In welke mate komen de beoordelingen op DRP van de graders overeen met die van de oogarts?
2. Kwam het advies van de graders om een patiënt wel of niet te verwijzen overeen met dat van de oogarts?
3. Signaleerden de graders ook andere afwijkingen die niet met DRP te maken hadden?
4. Hielden de graders bij hun beoordeling voldoende rekening met de technische kwaliteit van de fundusfoto?

METHODE

Opzet

In de periode januari 2008 tot december 2010 hebben huisartsen in Midden-Limburg en de westelijke mijnstreek 7433 patienten gescreend op DRP. In het kader van dit pilotonderzoek hebben we gekozen voor een gestratificeerde selectie van 50 patiënten, waarbij fundusfoto's met DRP waren oververtegen-

Wat is bekend?

- Hoewel de incidentie van diabetische retinopathie (DRP) daalt, hoort iedere diabetespatiënt met regelmaat te worden onderzocht op DRP.
- Screening door middel van fundusfotografie is een betrouwbare methode om DRP tijdig op te sporen.

Wat is nieuw?

- Huisartsen zijn na een specifieke opleiding in staat om op betrouwbare wijze fundusfoto's te beoordelen op DRP.
- Aanvullende scholing op overige fundusafwijkingen is noodzakelijk.
- Verbetering van de kwaliteit van fundusfoto's is gewenst.

Huisartsenpraktijk M.M.J.M. Brassé, Beukenlaan 3, 6063 DA Vlodrop; M.M. Brassé, huisarts-opleider) en voorzitter STOOHN, medisch manager fundusproject Meditta. Roermond; O. Dokkum, huisarts. Orbis Medisch Centrum Sittard-Geleen; M. van den Maegdenbergh, oogarts. Universiteit van Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde; dr. B. Maijburg, universitair hoofddocent; dr. Y. van Leeuwen, universitair hoofddocent • Correspondentie: dokkum-janssen@kpnmail.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 Uniforme scorelijst Meditta – Caresharing, 2008

Beoordeling	R	L
Niet te boordelen	o	o
Geen retinopathie	o	o
Retinopathie gering	o	o
Retinopathie matig	o	o
Retinopathie ernstig	o	o
Opmerking DRP	o	o
Andere afwijking	o	o
Kwaliteit van de foto	R	L
Goed	o	o
Matig	o	o
Slecht	o	o
Advies		
Controle volgens oproepsysteem		o
Oogheelkundig advies gewenst		o
Overname oogcontrole door oogarts, oproep staken		o
Ander advies		o

DRP: diabetische retinopathie.

woordigd ten opzichte van de werkelijke prevalentie. Reden hiervoor was dat – rekening houdend met de werkelijke prevalentie van DRP, zoals bekend bij Meditta – bij een aselecte steekproef van slechts 50 patiënten de kans op geen of geringe DRP te groot zou zijn. De prevalentiegegevens, afkomstig uit het screeningsprogramma in 2009, waren als volgt: geen DRP 85%, minimale DRP 9%, matige DRP 4%, ernstige DRP 0,5% en overige afwijkingen 10%. De gestratificeerde selectie vond plaats door een aselecte steekproef uit elk van de groepen te nemen: 20 patiënten zonder DRP, 10 met geringe DRP, 10 met matige DRP, 5 met ernstige DRP en 5 met overige oogpathologie. Twintig van de in totaal 23 graders hebben de foto's beoordeeld.

Meetinstrumenten

Bij iedere patiënt maakten hiertoe opgeleide doktersassistenten een opname met een digitale funduscamera (Canon CR-DGI non mydriatic-camera) van twee velden per oog, onder een hoek van 45 graden. Bij de ene opname staat de macula centraal, bij de andere de papil. Om praktische redenen pasten ze geen mydriasis toe. Met behulp van de computer maakten ze van elke kleurenfoto ook een roodvrije opname. In totaal zijn er per patiënt dus acht digitale foto's beschikbaar.

De doktersassistenten stuurden de fundusfoto's via het informatiesysteem *Caresharing* op naar de graders. Deze beoordeelden de fundusfoto's aan de hand van een uniforme scorelijst, die is ontleend aan de criteria van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) [**tabel 1**].[17]

Beoordeling van diabetische retinopathie

Bij de beoordeling van DRP onderscheidt men vier categorieën: geen, geringe, matige of ernstige DRP. Op basis hiervan geeft de grader aan of verwijzing naar de oogarts nodig is. De classificatie van DRP, afgeleid van de adviezen van het NOG, luidt als volgt:

- geen DRP: controle via jaarlijkse fundoscopie;
- geringe DRP: één microaneurysma per oog, controle via jaarlijkse fundoscopie;
- matige DRP: verschillende microaneurysma's per oog en/of kleine retinabloedinkjes en/of cotton wool-exsudaten; de huisarts verwijst met semispoed (binnen 3 weken) naar de oogarts;
- ernstige DRP: alle overige (pre)proliferatieve afwijkingen en macula-oedeem; de huisarts verwijst de patiënt met spoed (binnen 24 uur) naar de oogarts.

Beoordeling van overige afwijkingen.

De graders kunnen overige, niet DRP-gerelateerde afwijkingen in een apart veld beschrijven. Hierbij maken ze geen onderscheid tussen afwijkingen die klinisch niet relevant zijn (enkele perifere drusen) en die dat wel zijn (afwijkende C/D-ratio, venetaktrombose, naevus).

Beoordeling van de kwaliteit van de foto

Aan de hand van de scorelijst maken de graders onderscheid in kwalitatief goede, matige of slechte foto's.

Een foto krijgt de kwalificatie *goed* als deze scherp en helder is, en voldoende contrast bevat. Verder moet op de ene opname de macula centraal in beeld zijn en op de andere de papil.

Een foto is kwalitatief *matig* als contrast, helderheid en scherpte suboptimaal zijn, maar toch nog kunnen worden beoordeeld.

De kwalificatie *slecht* krijgen foto's die qua contrast, helderheid en scherpte niet kunnen worden beoordeeld of als bepaalde gebieden van het netvlies niet in beeld zijn gebracht.

'Gouden standaard'

Als representant van de gouden standaard is een oogarts met

Abstract

Brassé MM, Dokkum O, Van den Maegdenbergh M, Maijburg B, Van Leeuwen Y. How well do general practitioners detect diabetic retinopathy on fundus photos? Huisarts Wet 2013;56(9):434-7.

BACKGROUND Patients with diabetes mellitus type 2 living in mid and south Limburg have been screened for diabetic retinopathy on the basis of fundus photos since 2008. This pilot study investigated how well specially trained general practitioners (so-called graders) detect diabetic retinopathy on fundus photos.

METHOD Of all fundus photos taken between January 2008 and December 2010, those of 50 patients were selected: 20 photos without evidence of diabetic retinopathy, 10 photos showing mild retinopathy, 5 photos showing severe retinopathy, and 5 photos showing other abnormalities. An ophthalmologist assessed these photos on the basis of their quality and the presence of retinopathy and other abnormalities, and the evaluations of the graders and the ophthalmologist were compared.

RESULTS Retinopathy was detected with a sensitivity of 100% and a specificity of 86%. While the graders did not fail to detect retinopathy, they often failed to detect other abnormalities (the negative predictive value was 18%). The quality of the photos was a point of concern.

CONCLUSION Specially trained GPs can detect diabetic retinopathy; however, the quality of fundus photos and the detection of abnormalities other than retinopathy could be improved. The training programme for GP graders and practice assistants has since been adapted to address these aspects.

Tabel 2 Relevante DRP aan/afwezig – graders en oogarts

		Oogarts		
		DRP aanwezig	DRP afwezig	Totaal
Grader	DRP aanwezig	9	5	14
	DRP afwezig	0	31	31
	Totaal	9	36	45

Sensitiviteit: 100%; specificiteit: 86%; positief voorspellende waarde: 64%; negatief voorspellende waarde: 100%; betrouwbaarheid: 89%; kappa: 0,71.

twaalf jaar ervaring in een grootsteeds ziekenhuis in Limburg bij dit onderzoek betrokken. Deze was op de hoogte van het doel van het onderzoek en heeft de door de graders beoordeelde fundusfoto's ook geëvalueerd aan de hand van de uniforme scorelijst. Vervolgens zijn de beoordelingen van oogarts en graders met elkaar vergeleken, waarbij het oordeel van de oogarts als gouden standaard gold.

Statistiek

We hebben de scores van DRP door graders en oogarts gedichotomiseerd: geen en geringe DRP hebben we gecategoriseerd onder 'relevante DRP afwezig', en matige en ernstige DRP onder 'relevante DRP aanwezig' [**tabel 2**]. De adviezen met betrekking tot verwijzing hebben we eveneens gedichotomiseerd: 'niet verwijzen' betekent controle volgens het oproepsysteem en 'verwijzen' houdt in dat oogheelkundig advies of overname van oogcontrole door de oogarts gewenst is [**tabel 3**].

De verkregen gegevens hebben we geanalyseerd en in kruistabellen opgenomen. Aan de hand daarvan hebben we de diverse parameters rond de diagnostische betrouwbaarheid van de graders berekend (sensitiviteit, specificiteit, positief en negatief voorspellende waarde, betrouwbaarheid). Als maat van overeenstemming tussen de graders en de oogarts (interobserver-variatie) hebben we Cohen's kappa bepaald. Alle analyses hebben we uitgevoerd in SPSS, versie 16.

RESULTATEN

Het signaleren van DRP

De graders missen de generale diagnose DRP bij geen van de patiënten en bereiken een sensitiviteit van 100%. Ze oordelen dat er sprake is van DRP bij nog eens 5 van de 45 patiënten, terwijl de oogarts deze fundusfoto's als normaal afgeeft. Hiermee is de specificiteit 86% en de betrouwbaarheid 89%. De kappa is 0,71, wat inhoudt dat de overeenkomst tussen de waarnemers voldoende is.

Adequaat verwijsbeleid

De grader adviseert om 20 patiënten naar de tweede lijn door te verwijzen, terwijl de oogarts 28 patiënten doorverwijst. Dit geeft een sensitiviteit van 68% en een specificiteit van 95%. De overeenkomst tussen de waarnemers is met een kappa van 0,61 redelijk tot voldoende. Het verschil van 8 verwijzingen tussen de graders en de oogarts komt door 3 gemiste 'overige afwijkingen' en 5 fundusfoto's die van te slechte kwaliteit waren om een beoordeling op te baseren. Deze patiënten hadden dus verwezen moeten worden.

Het detecteren van overige afwijkingen

De beoordeling van de graders wijkt bij zestien patiënten af van die van de oogarts. De verschillen kunnen we vooral verklaren doordat de graders een aantal 'overige afwijkingen' gemist hebben en omdat ze een aantal foto's van te slechte kwaliteit toch hebben beoordeeld. Bij slechts acht patiënten heeft dit geleid tot een verkeerd verwijsadvies, doordat de grader in een aantal gevallen een 'overige afwijking' als een 'hypertensieve' retinopathie ten onrechte als een 'diabetische' retinopathie had afgegeven. De sensitiviteit voor het beoordelen van 'overige afwijkingen' was 59% en de specificiteit was 67%. De kappa was slechts 0,12, wat aangeeft dat de overeenkomst tussen de waarnemers in dit opzicht slecht is.

Het beoordelen van de kwaliteit van de foto's

De graders beoordelen de kwaliteit van de foto's conform de criteria van het NOG. Bij 49 van de 50 foto's is er volledige overeenkomst tussen de graders en de oogarts over de kwaliteit van de foto (goed, matig of slecht).

Bij 5 beoordelingen geven de graders aan dat de foto's van onvoldoende kwaliteit zijn; ze besluiten vervolgens toch om ze te beoordelen, wat ten onrechte leidt tot een advies om niet te verwijzen. De oogarts is terughoudender bij het beoordelen van kwalitatief slechte foto's.

BESCHOUWING

Het totaalbeeld dat uit dit onderzoek naar voren komt, is dat er een grote mate van overeenkomst bestaat tussen de oordelen over DRP van de graders en die van de oogarts. Dat geldt zowel op het niveau van de diagnostiek als in relatie tot de verwijzing. Als er sprake is van verschillen, dan is dat in de categorie fout-positieven. Fout-negatieven, waarbij patiënten ten onrechte worden gerustgesteld, zijn in dit pilotonderzoek niet voorgekomen. Dit onderzoek geeft aan dat huisartsen adequaat kunnen screenen op DRP.

De beoordeling van 'overige afwijkingen' door de graders behoeft speciale aandacht. De graders kunnen deze afwijkingen apart vermelden. Het verschil in beoordeling tussen oog-

Tabel 3 Advies verwijsbeleid van graders en oogarts

		Oogarts		
		Verwijzen	Niet verwijzen	Totaal
Grader	Verwijzen	19	1	20
	Niet verwijzen	9	21	30
	Totaal	28	22	50

Sensitiviteit: 68%; specificiteit: 95%; positief voorspellende waarde: 95%; negatief voorspellende waarde: 70%; betrouwbaarheid: 80%; kappa: 0,61.

Tabel 4 Signaleren van overige afwijkingen (inclusief de kwalificatie niet te beoordelen) van graders en oogarts

		Oogarts		
		Geen	Wel	Totaal
Grader	Geen	4	18	22
	Wel	2	26	28
	Totaal	6	44	50

Sensitiviteit: 59%; specificiteit: 67%; positief voorspellende waarde: 93%; negatief voorspellende waarde: 18%; betrouwbaarheid: 60%; kappa: 0,12.

arts en grader is in deze groep het grootst. Graders kunnen in deze groep zowel minimale afwijkingen, zoals enkele perifere drusen, als ernstige afwijkingen scoren [**tabel 4**]. Slechts een beperkt aantal 'overige afwijkingen' heeft klinische consequenties. Juist enkele van deze afwijkingen hebben de graders niet als zodanig herkend (bijvoorbeeld afwijkende cup/disc-ratio, venetaktrombose). De meeste gemiste overige afwijkingen hebben echter geen klinische consequenties. Patiënten zijn op andere gronden toch terecht verwezen of zijn bij klinisch niet-relevante afwijkingen terecht niet verwezen.

De kwaliteit van de foto's is een punt van zorg. Een niet te verwaarlozen aantal foto's is zo slecht dat beoordeling in feite niet mogelijk is. Opvallend is dat de graders wel adequaat de kwaliteit van de foto's beoordeelden, maar dat als ze deze als slecht hadden gekwalificeerd, ze deze in een aantal gevallen toch hebben gescoord.

De hardware speelt een rol als het om de kwaliteit van de foto's gaat. Hetzelfde geldt misschien voor de scholing en vaardigheden van degenen die de foto's maken.

In vergelijking tot eerdere onderzoeken komen onze resultaten met betrekking tot het beoordelen van DRP overeen. Opvallend is dat eerdere onderzoeken zich beperken tot de beoordeling van DRP en niet of nauwelijks ingaan op de problematiek van overige afwijkingen. Eerdere onderzoeken onderkennen eveneens de problemen met de kwaliteit van de foto's.

Bij ons onderzoek zijn ook kritische kanttekeningen te plaatsen. Op de eerste plaats omvat het slechts vijftig patiënten, terwijl het aantal patiënten met diabetes mellitus type 2 in Midden-Limburg en de westelijke mijnstreek boven de 12.000 ligt. In het verlengde hiervan komt een andere beperking naar voren, namelijk dat we hebben gekozen voor een gestratificeerde steekproef. Er is geen intergrader-variabiliteit bepaald, hetgeen te maken heeft met de omvang en opzet van het onderzoek. Daarnaast vond het overleg met de statisticus plaats na het onderzoek, in plaats van vooraf, hetgeen de statistische beperkingen verklaart.

Het screeningsonderzoek in de Meditta-regio vindt nog steeds plaats. In 2013 zijn er ruim 32.000 onderzoeken verricht. De genoemde kritische kanttekeningen bij dit onderzoek hebben geleid tot verschillende aanpassingen. Zo is er bij de nascholing van de graders veel meer nadruk komen te liggen op scholing in overige afwijkingen. Verder worden de graders periodiek getoetst en krijgen ze betere feedback. De scorelijsten zijn aangepast, zodat de graders nu eerst de kwaliteit van de foto's beoordelen en pas daarna de DRP en de overige afwijkingen. Ook 'overschatting' van de kwaliteit van de foto's krijgt in de opleiding meer aandacht. Indien de kwaliteit nu als slecht wordt beoordeeld, kan de grader de overige items niet meer aanvinken en volgt automatisch het advies tot verwijzing. De fundusassistenten krijgen nu regelmatig scholing en kunnen een pre-beoordeling aan de grader doorgeven. Verder is geïnvesteerd in nieuwe apparatuur en een nieuwe bus. De kwaliteit van de foto's is duidelijk verbeterd.

CONCLUSIE

Ondanks alle beperkingen van het onderzoek kunnen we concluderen dat screening op DRP door hiertoe opgeleide huisartsen (graders) goed mogelijk is. Wel moet de opleiding tot grader meer aandacht besteden aan het diagnosticeren van overige afwijkingen. Ook de kwaliteit van de foto's moet worden verbeterd. Dit betekent enerzijds extra scholing voor degenen die de foto's maken, anderzijds verbetering van de hardware.

Om een representatiever beeld van de problematiek rondom het screenen van DRP en overige afwijkingen te kunnen schetsen is een grootschalig onderzoek gewenst. Een dergelijk onderzoek kan tevens de intergrader-variabiliteit op adequate wijze toetsen. Dit onderzoek staat gepland voor najaar 2013.

DANKWOORD

Met dank aan Meditta, ondersteuningsorganisatie voor huisartsen in Midden-Limburg en de Westelijke Mijnstreek, www.meditta.nl; Caresharing, Keten Informatie Systeem; Universiteit van Maastricht, afdeling huisartsgeneeskunde. Dit onderzoek is tot stand gekomen zonder enige vorm van subsidie of sponsoring. ■

LITERATUUR

1 Kanski JJ. Clinical Ophthalmology. New York: Butterworth-Heinemann Medical, 2007.
2 WHO. Prevention of blindness from diabetes mellitus. Genève: WHO, 2006.
3 Wong TY, Mwamburi M, Klein R, Larsen M, Flynn H, Hernandez-Medina M, et al. Rates of progression in diabetic retinopathy during different time periods: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 2009; 32:2307-13.
4 Creuzor-Garcher C, Marvitte L, Sicard AC, Guillaubey A, Charles A, Beiss JN, et al. How to improve screening for diabetic retinopathy: the Burgundy experience. Diabetes Metab 2010;36:114-9.
5 Romero P, Sagarra R, Ferrer J, Fernández-Ballart J, Baget M. The incorporation of family physicians in the assessment of diabetic retinopathy by non-mydriatic fundus camera. Diabetes Res Clin Pract 2010;88:184-8.
6 Andonegui J, Berástegui L, Serrano L, Eguzkiza A, Gaminde I, Aliseda D. [Agreement among ophthalmologists and primary care physicians in the evaluation of retinographies of diabetic patients.] Arch Soc Esp Oftalmol 2008;83:527-31.
7 Farley TF, Mandava N, Prall FR, Carsky C. Accuracy of primary care clinicians in screening for diabetic retinopathy using single-image retinal photography. Ann Fam Med 2008;6:428-34.
8 Aubert JP, Massin P, Audran G, Ben Mehidi A, Bernit B, Bouée S, et al. Evaluation of a screening programme for diabetic retinopathy (DODIA study). Rev Prat 2007;57:1203-9.
9 Castro AF, Silva-Turnes JC, Gonzalez F. Evaluation of retinal digital images by a general practitioner. Telemed J E Health 2007;13:287-92.
10 Soulié-Strougar M, Charles A, Métral P, Quercia P, Souchier M, Chirpaz L, et al. [Screening diabetic retinopathy in Burgundy with an itinerant non-mydriatic camera.] J Fr Ophtalmol 2007;30:121-6.
11 Gill JM, Cole DM, Lebowitz HM, Diamond JJ. Accuracy of screening for diabetic retinopathy by family physicians. Ann Fam Med 2004;2:218-20.
12 Verma L, Prakash G, Tewari HK, Gupta SK, Murthy GV, Sharma N. Screening for diabetic retinopathy by non-ophthalmologists: an effective public health tool. Acta Ophthalmol Scand 2003;81:373-7.
13 Okoli U, Mackay K. An evaluation of diabetic retinopathy screening models. J Public Health Med 2002;24:190-5.
14 Jackson C, De Jong I, Glasson W. Royal Australian College of Ophthalmologists and Royal Australian College of General Practitioners National GP Eye Skills Workshops: colleges and divisions reskilling general practice. Clin Experiment Ophthalmol 2000;28:347-9.
15 Kollias AN, Ulbig MW. Diabetic retinopathy screening in general practice: a pilot study. Dtsch Arztebl Int 2010;107:75-83.
16 Verhoeven S, Van Ballegooie E, Crijns H, Hylkema HA, Loeve AA, Casparie AF. Is fundusfotografie zinvol bij de screening op diabetische retinopathie bij patiënten met diabetes mellitus type II? Ned Tijdschr Geneeskd 1993;137:1713-7.
17 Richtlijn 'Diabetische retinopathie: screening, diagnostiek en behandeling'. Nijmegen: Nederlands Oogheelkundig Genootschap, 2006. www.oogheelkunde.org.

Pieter van den Hombergh, Saskia Schalk-Soekar, Anneke Kramer, Ben Bottema, Stephen Campbell, Jozé Braspenning

Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders

Samenvatting

Van den Hombergh P, Schalk-Soekar S, Kramer A, Bottema B, Campbell S, Braspenning J. Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders. Huisarts Wet 2013;56(9):438-43.

ACHTERGROND Huisartsen-in-opleiding mogen verwachten dat ze worden opgeleid door gekwalificeerde opleiders in modelpraktijken. Dit onderzoek kijkt naar de verschillen tussen huisartsopleiders en niet-opleiders op het gebied van kwaliteit van zorg (infrastructuur, team, informatie, kwaliteitsbeleid).

METHODE We toetsten 203 huisartsenpraktijken (115 opleidingspraktijken) met 512 huisartsen (177 opleiders), die vrijwillig deelnamen aan de NHG-Praktijkaccreditering®, met het Visitatie Instrument Praktijkvoering op 369 items (142 huisartsniveau; 227 praktijkniveau). Per niveau hebben we de verschillen geanalyseerd (ANOVA, ANCOVA).

RESULTATEN Opleiders scoorden op alle items (behalve één) hoger en significant hoger op 47 items (13 items na covariatencorrectie). Opleidingspraktijken scoorden hoger op alle items en significant hoger op 61 items (23 items na covariatencorrectie). Het verschil met reguliere praktijken zit in een breder diagnostisch en therapeutisch aanbod, de ruimere inzet van teamkwaliteiten, een betere praktijkorganisatie, een groter aanbod voor mensen met chronische ziekten en kwaliteitsbeleid. Verder rapporteerden opleiders meer betrokkenheid en werkvreugde, en minder ervaren werkdruk dan reguliere huisartsen.

CONCLUSIE Huisartsenopleiders en hun praktijken onderscheiden zich positief van de reguliere huisartsenzorg in zowel de breedte van het aanbod als de kwaliteit ervan. Deelname aan de NHG-Praktijkaccreditering® helpt opleidingsinstituten de kwaliteit van de opleiding te monitoren en te borgen. Bij het promoten van het opleiderschap kan ook de werkvreugde worden ingebracht.

INLEIDING

We verwachten van huisartsenopleiders en hun praktijken dat zij modelzorg bieden in een modelpraktijk om zo een goed opleidingsklimaat te bieden. Twintig jaar geleden is hiervoor al enig bewijs geleverd, maar recente cijfers ontbreken.[1-4] Huisartsopleidingsinstituten hebben de taak de kwaliteit van de huisartsopleiders en hun praktijken te monitoren en te borgen. Dit geldt niet alleen in Nederland, maar in heel Europa, waar nu een huisartsopleiding verplicht is gesteld.[5,6] Behalve een goede praktijksetting willen opleidingsinstituten ook inzicht in de kwaliteit van de opleiders en hun praktijken.[7-10] Nederlandse huisartsopleiders volgen verplicht een vierjarig curriculum om ervaren opleider te worden. Daarna blijven acht dagen nascholing, gericht op coaching en overdracht van de kennis en kunde, verplicht.[8] Verder worden opleiders gestimuleerd om deel te nemen aan de NHG-Praktijkaccreditering®. Deze accreditatie levert gedetailleerde feedback en biedt een structuur om verbeteringen te realiseren [**kader**].[11-13]

We wilden de verschillen onderzoeken tussen huisartsopleiders en reguliere huisartsen en hun praktijken wat betreft infrastructuur, team, informatie en kwaliteitsbeleid.

METHODE

Setting en onderzoeksopzet

Tussen 2006 en 2007 namen 335 reguliere huisartsen en 177 opleiders vrijwillig deel aan de NHG-Praktijkaccreditering® in 88 reguliere praktijken en 115 opleidingspraktijken (ten minste één opleider). De deelnemers waren akkoord met het gebruik van de gegevens op geaggregeerd niveau.

Gegevensverzameling

De NHG-Praktijkaccreditering® maakte gebruik van het VIP (Visitatie Instrument Praktijkvoering) en EPA (European Practice Assessment) met 369 indicatoren die kwaliteit van zorg meten (142 op huisarts- en 227 op praktijkniveau).[11,14] We verkregen de gegevens aan de hand van lijsten die de huisartsen, stafmedewerkers, patiënten en getrainde observatoren hadden ingevuld.[11] We verzamelden ook gegevens over kenmerken van de huisarts en de praktijk.

De lijsten inventariseren informatie over de infrastructuur (de voorziening, het instrumentarium en de organisatie),

Wat is bekend?

- In de jaren negentig van de vorige eeuw was er wat betreft de praktijkvoering een klein verschil tussen opleiders en niet-opleiders.
- Huisartsinstituten bieden een vierjarig curriculum als investering in kwaliteit van de huisartsopleiders.
- Aios zorgen elk jaar voor nieuwe input in de praktijk.

Wat is nieuw?

- De kwaliteit van de praktijkvoering van huisartsopleiders en hun praktijken kan men nu vergelijken met die van niet-opleiders en hun praktijken.
- Het kwaliteitsverschil is consistent over de hele linie aanwezig, maar is niet erg groot.
- De betere kwaliteit van de huisartsopleider en de opleidingspraktijk gaat samen met meer werkplezier en minder werkdruk.
- De bevindingen zijn een argument voor niet-opleiders om het opleiderschap opnieuw te overwegen.

UMC St Radboud, IQ healthcare, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: P. van den Hombergh, senior onderzoeker; J. Braspenning, universitair hoofddocent IQhealthcare. Tilburg University, afdeling Psychologie: S. Schalk-Soekar, onderzoeksassistent. UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: A. Kramer, wetenschappelijk docent; B. Bottema, hoofd huisartsenopleiding. University of Manchester, Health Sciences Research Group – Primary Care: S. Campbell, professor of primary care research • Correspondentie: p.hombergh@chello.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd financieel gesteund door de SBOH.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Van den Hombergh P, Schalk-Soekar, S, Kramer A, Bottema B, Campbell S, Braspenning J. Are family physicians and their host practices any better? Comparing practice trainers and non-trainers and their practices. BMC Fam Pract 2013;14:23. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

het team (delegatie, samenwerking, bereik- en beschikbaarheid, administratie, werkbelasting en ervaren werkdruk), informatie (verslaglegging en voorlichting) en het kwaliteitsbeleid (deskundigheidsbevordering, kwaliteitsverbetering). Alle items zijn ja/nee-vragen, met uitzondering van die over werkdruk en werkstress, waarvoor we vijfpunts-likertschalen hebben gebruikt.[11]

Analyse

We hebben de verschillen tussen opleiders en reguliere huisartsen berekend voor elk van de 142 items op huisartsniveau met variantieanalyse (ANOVA). Voor de schatting van de effectgrootte is Cohen's *d* gebruikt voor elk significant verschil ($p < 0,05$). Cohen noemt een effectgrootte van d = 0,2 klein, 0,5 matig en 0,8 groot.[15] Bij significantie van de covariaten (geslacht, leeftijd, jaren ervaring als huisarts, gewerkte uren per week, aantal ingeschreven patiënten) hebben we een covariantieanalyse uitgevoerd (ANCOVA). De 227 items op praktijkniveau hebben we op vergelijkbare wijze geanalyseerd. De covariaten op praktijkniveau betroffen het soort praktijk, de ligging van de praktijk, de urbanisatiegraad, het aantal patiënten, het aantal fte praktijkondersteuner per duizend patiënten, het aantal fte managementondersteuning per duizend patiënten en het aantal jaren werkzaam in de praktijk.

De NHG-praktijkaccreditering®

Sinds 2005 kunnen huisartsen vrijwillig participeren in de NHG-praktijkaccreditering®. Ze krijgen informatie over de methode en een vragenlijst over hun verwachtingen. De voorbereiding kan een jaar in beslag nemen.

Ze verzamelen gegevens over hun praktijkvoering en patiëntenzorg, waarna een audit volgt van een getrainde auditeur. Vergelijking met benchmarks van andere huisartsen en praktijken helpt om het prestatieniveau vast te stellen en stimuleert tot het maken van verbeterplannen.

De eerste audit vindt plaats na het overleggen van de verbeterplannen om daarmee adequate participatie vast te stellen en om tot accreditatie te kunnen overgaan. Dat is het begin van een driejarig accreditatieprogramma. Een auditeur doet een follow-up van de plannen. Verlenging van de accreditatie hangt af van het al dan niet behaald hebben van de doelstellingen in de verbeterplannen.

De methode van de NHG-praktijkaccreditering® hanteert eerder gevalideerde instrumenten, zoals het Visitatie Instrument Praktijkvoering,[11] medisch handelen[12] en Europep[13] (een meetinstrument dat de waardering van patiënten over de huisartsenzorg meet). De methode bestaat uit vragenlijsten voor de huisarts, de praktijkassistente/praktijkondersteuner, patiëntenvragenlijsten en een lijst voor een gestructureerde observatie, inclusief een observatie van het EMD door de visitator.

RESULTATEN

De kenmerken van de opleiders en opleidingspraktijken staan in [**tabel 1**]. Onder de reguliere praktijken telden we

Tabel 1 **Kenmerken van de huisarts en de praktijk**

Huisartskenmerken		**Reguliere huisartsen**	**Opleiders**	**Cohen's *d***
		n = 335	n =177	*
Geslacht	Man	176	129	-0,42
	Vrouw	157	47	
	Onbekend	2	1	
Leeftijd	Gemiddelde	44,05	49,95	0,77
	sd	8,31	6,27	
Jaren in de praktijk	Gemiddelde	12,94	19,42	0,75
	sd	9,13	7,70	
Aandeel fulltimehuisartsen	Gemiddelde	0,69	0,79	0,53
	sd	0,21 (1)	0,16	
Totaal aantal patiënten	Gemiddelde	1.795,6	2.069,76	0,40
	sd	731,06	603,56	
Praktijkkenmerken		**Reguliere praktijken**	**Opleidingspraktijken**	**Cohen's *d***
		n = 88	n = 115	
Soort praktijk Solo/duo/groepspraktijk	Gemiddelde sd	2,62 1,7	3,08 1,40	
Praktijklocatie	Gemiddelde	1,71	1,85	0,35
Aan huis/niet aan huis	sd	0,45	0,36	
Urbanisatiegraad	Gemiddelde	2,33	2,67	
Ruraal < 5000, verstedelijkt platteland 5-30.000; kleine stad 30-100.000, grote stad > 100.000	sd	1,02	0,97	
Totaal aantal patiënten	Gemiddelde	3.970,75	5.553,82	0,57
	sd	2.530,87	2.969,41	
Fte praktijkondersteuner/1000 patiënten	Gemiddelde	0,41	0,44	0,68
	sd	0,10	0,10	
Fte management/1000 patiënten	Gemiddelde	0,02	0,04	0,30
	sd	0,03	0,11	
Aantal jaren werkzaam in de praktijk	Gemiddelde	12,09	14,14	0,33
	sd	6,82	5,29	

* Een positieve d betekent dat de gemiddelde scores voor opleiders hoger waren dan voor reguliere huisartsen.

iets meer solisten (34,9% versus 16,5%). De praktijken waren goed gespreid over Nederland. De opleiders waren vaker man, ouder, meer ervaren, werkten meer uren per week en hadden meer patiënten. De opleidingspraktijken bevonden zich vaker op het verstedelijkte platteland, hadden meer partners in de praktijk, meer patiënten per fte huisarts, meer assistentie en meer managementondersteuning dan reguliere praktijken. De 177 opleiders scoorden hoger op alle 142 items op huisartsniveau, op één na (UV-lampje voor oog) en significant hoger op 47 items [**tabel 2**]. Bovendien scoorden opleidingspraktijken hoger op alle 227 items op praktijkniveau en significant hoger op 61 items [**tabel 3**]. De meeste verschillen vonden we bij het instrumentarium en diagnostica.

Huisartsniveau

Na correctie voor covariaten rapporteerden opleiders meer diagnostische taken dan reguliere huisartsen, zoals audiometrie, doppleronderzoek, ecg, spirometrie, sims-hühnertest en diagnostiek van het oog (stenopeïsche opening, 0,5 D-lens-

Tabel 2 Verschillen tussen opleiders en reguliere huisartsen in de organisatie van zorg (huisartsniveau, n = 512)

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	n items	n items*	Items die verschilden na correctie voor covariaten†	Effectgrootte Cohen's *d*‡
I Infrastructuur	1. Oppervlakte van wacht- en spreekkamer	2	1		
Voorzieningen en instrumentarium	1. Praktijkinstrumentarium	17	5		
	2. Aantal ampullen	3			
	3. Inhoud van de dokterstas	19	3		
	4. Gebruik instrumenten/diagnostica	12	10	Hyfrecator	0,27
				Ecg	0,22
				Sims-hühnertest	0,19
				Audiometer	0,23
				Dopplermeter	0,27
				Peakflow-meter	0,22
	5. Technische vaardigheden	14	8	Beoordelen fluorpreparaat	0,19
				Verwijderen lipoom/atheroom	0,23
	6. Oogdiagnostiek	9	5	Lensjes van -0,5 en 0,5 D	0,27
				Stenopeïsche opening	0,24
II Team					
Werkbelasting (uren per week)	1. Direct patiëntgebonden activiteiten	3	2	Consulten, visites en telefoon	0,20
	2. Indirect patiëntgebonden activiteiten	8	3		
	3. Kwaliteitsverbetering (+ continue medische educatie)	3			
	4. Professionele activiteiten (vergaderen)	1			
	5. Totaal 1-4 = tijd/week in de praktijk	4			
	6. Werkbelasting/week (alle activiteiten)	5	2		
	7. Pauzes	2			
Werkdruk	1. Werkt met plezier en betrokkenheid (4 items)	1	1	Werkt met plezier en betrokkenheid	0,24
	2. Bezig met oneigenlijke taken (4 items)	1			
	3. Tevreden met de beschikbare tijd (5 items)	1			
	4. Arbeidssatisfactie (3 items)	1	1		
	5. Ervaren werkdruk op einde van dag (16 items)	1			
III Informatie					
Verslaglegging	1. Kwaliteit van EMD	4			
	2. Gebruik HIS	11	2		
Patiëntenvoorlichting	1. Frequentie uitdelen folder/week	1			
	2. Organisatie van patiëntvoorlichting	10	1		
IV Kwaliteitsbeleid					
	1. Kwaliteitsbeleid in de praktijk	9	3	Video-opnamen van consulten	1,57
Totaal	Totaal aantal items	142	47	13	

* Aantal items dat significant verschilde tussen beide groepen.
† Covariaten: geslacht, leeftijd, jaren ervaring als huisarts, gewerkte uren/week, aantal ingeschreven patiënten.
‡ Significant na correctie voor covariaten.

Tabel 3 **Verschillen tussen opleidingspraktijken en reguliere praktijken in de organisatie van zorg (praktijkniveau, n = 203)**

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	n items	n items*	Items die verschilden na correctie voor covariaten†	Effectgrootte Cohen's *d*‡
I Infrastructuur					
Voorzieningen	1. Oppervlakte wacht- en spreekkamer	4	0		
	2. Voorzieningen in de praktijk	10	3		
Instrumentarium en hygiëne	1. Hygiëne	11	2		
	2. EHBO	13	3	Ecg	0,33
	3. Bijzonder instrumentarium	13	6	Audiometer	0,47
				Hyfrecator	0,32
	4. Laboratoriumaanbod/diagnostica	8	5	Peakflow-meter	0,46
				Digitale Hb-meter	0,35
				BSE	0,35
				Occult bloed in feces	0,35
Bereik/beschikbaarheid Service en organisatie	1. Wachttijd tot antwoordapparaat	1	0		
	2. Organisatie van de praktijk	17	3		
	3. Aantal preventieve controleafspraken	1	1		
	4. Preventieaanbod van de praktijk	11	2		
II Team					
Gedelegeerde taken	1. Diagnostische en therapeutische taken	14	10	Stikstofbehandeling	0,33
				Openbeenbehandeling	0,53
				Verwijderen van splinters	0,41
				Venapunctie	0,42
				Tapen enkeldistorsie	0,31
				Audiometrie	0,40
				Maken van ecg	0,40
Samenwerking met andere zorgaanbieders	1. Chronische ziekten en preventie	15	1	Spirometrie	0,43
	2. Organisatie en verslaglegging	9	1		
	3. Overlegtijd met de staf	2	0		
	4. Overlegtijd met collegae	2	0		
	5. Samenwerking in de Hagro	11	4		
	6. Overlegtijd collegae in eerste lijn	6	2		
	7. Samenwerking met collegae in eerste lijn	7	0		
	8. Overleg met collegae in tweede lijn	4	1		
	9. Afspraken met specialist/tweede lijn	10	2		
	10. Samenwerking overigen (ggz, GGD)	11	0		
III Informatie					
Verslaglegging	1. Gebruik EMD	9	0	Risicofactoren CVD	0,33
	2. Elektronische communicatie	6	1		
	3. Gebruik aparte preventiemodule	3	2		
Patiëntenvoorlichting	1. Informatievoorziening door de praktijk	6	1		
IV Kwaliteitsbeleid					
Kwaliteitsbeleid in Hagro en praktijk	1. Organisatie van de kwaliteit in Hagro	8	3		
	2. Kwaliteitsbeleid in de praktijk	15	9	IJken/onderhoud instrumenten	0,26
				Patiëntenquête	0,32
				Alleen folders beroepsgroep	0,34
				Jaarverslag	0,44
				Gebruik NHG-telefoonwijzer	0,42
				DKB-beleid staf	0,32
				Functioneringsgesprek staf	0,23
Totaal	Totaal aantal items	227	61	23	

* Aantal items dat significant verschilde tussen beide groepen.
† Covariaten: soort praktijk, ligging praktijk, urbanisatiegraad, aantal patiënten, aantal fte praktijkondersteuner per 1000 patiënten, aantal fte management-ondersteuning per 1000 patiënten, aantal jaren werkzaam in de praktijk.
‡ Significant na correctie voor covariaten.

jes, fundoscopie) en meer labonderzoek in eigen beheer (KOH, fluor vaginalis en schimmelonderzoek) [**tabel 2**].

Zij deden meer therapeutische activiteiten, zoals ingrepen, behandeling van epistaxis en chalazion, gebruik van de hyfrecator en aanmeten van een pessarium [**tabel 3**]. Opleiders besteedden meer tijd aan consulten, visites en telefonische consultatie. Zij ervoeren ook meer werkplezier en voelden een grotere betrokkenheid, meer arbeidssatisfactie en minder werkdruk dan reguliere huisartsen. Ook scoorden opleiders hoger op kwaliteitsbeleid en het maken van video-opnamen voor consultanalyse.

Praktijkniveau

Na correctie voor covariaten bleken opleidingspraktijken een breder aanbod aan diagnostische en therapeutische verrichtingen te bieden dan reguliere praktijken (audiometrie, hyfrecator, spirometrie, ecg, doppleronderzoek en labonderzoek (BSE, urinesediment en -kweek, Hb). De praktijken delegeerden diagnostische taken vaker aan de praktijkassistente, bijvoorbeeld spirometrie en ecg, alsmede therapeutische taken, zoals stikstofbehandeling, openbeenbehandeling, hechtingen verwijderen, wondjes lijmen en het tapen van enkeldistorsies.

Opleidingspraktijken scoorden hoger op de behandeling van chronische ziekten als diabetes mellitus en hart- en vaatziekten [**tabel 3**]. Het kwaliteitssysteem in de opleidingspraktijken was ook beter ontwikkeld (ijken, onderhoud, geen commercieel voorlichtingsmateriaal, jaarrapport, functioneringsgesprekken, beleid voor deskundigheidsbevordering van de staf, naast protocollen voor het laboratorium en de behandelkamer. De grootte van het effect was na correctie voor covariaten matig tot klein (Cohen's d > 0,19 en < 0,53).

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

BESCHOUWING

Onze bevindingen laten zien dat opleiders een breder aanbod van zorg hebben en in beter georganiseerde praktijken werken, maar dat de verschillen niet groot zijn. Opleiders hadden meer tijd voor de patiënt en ervoeren zelf meer plezier en betrokkenheid. Zij hadden meer arbeidssatisfactie en minder werkdruk, ondanks de grotere praktijk en het bredere aanbod aan zorg. Er blijken duidelijk voordelen (ook voor de patiënt) aan opleiderschap voor de huisarts en de praktijk waarin de opleider werkt. De resultaten kunnen gebruikt worden voor de bewaking en borging van de kwaliteit van de opleiding.

Beperkingen van het onderzoek

De analyses betreffen een zeer groot aantal variabelen, waardoor de kans op toeval toeneemt. Daar staat tegenover dat bijna de helft van de indicatoren een significant verschil liet zien en dat een derde significant bleef na correctie.

De vrijwillige deelname aan NHG-Praktijkaccreditering® kan hebben geleid tot een selectiebias, waardoor de 'betere' praktijken in beeld zijn. In dat geval zijn de gevonden verschillen in werkelijkheid mogelijk nog groter.

Het effect op praktijkniveau is mogelijk een onderschatting, omdat de andere huisartsen vaak reguliere huisartsen zijn, waardoor een eventueel effect 'verdunt'.

Implicaties voor onderwijs, onderzoek en beleid

De resultaten komen overeen met die van eerdere onderzoeken.[1-4] Maar dit onderzoek geeft meer detailinformatie en bevat meer onderwerpen. Bovendien nemen we ook de werkbelasting en -druk in ogenschouw. Het mes van het opleiderschap lijkt aan twee kanten te snijden: uitblinken in kwaliteit van zorg met minder werkdruk.

Iedere professional, maar zeker een huisartsopleider dient geïnformeerd te zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg. De NHG-Praktijkaccreditering® voorziet in betrouwbare feedback en benchmarking, en biedt de mogelijkheid van

follow-up. Dit onderschrijft het beleid van Huisartsopleiding Nederland, dat opleidingspraktijken verplicht tot accreditering in 2016. Het instrument kan de instituten helpen bij de borging van een leerklimaat waarin de gewenste therapeutische, diagnostische faciliteiten en een juiste patiëntenmix aanwezig zijn.[16]

In dit onderzoek hebben we nog niet gekeken naar mogelijke verschillen in het medisch handelen en patiëntervaringen. Dit lijkt een goede vervolgstap. Binnen de NHG-Praktijkaccreditering® worden nog gegevens verzameld over de kwaliteit van de zorg voor chronische aandoeningen en patiëntervaringen.[12,13] Voor de opleidingsinstituten lijkt informatie over de professionele vaardigheden van de opleiders eveneens een goede aanvulling te zijn. Een gevalideerd instrument is beschikbaar, waarin men met behulp van 360-gradenfeedback een evaluatie kan uitvoeren.[17]

CONCLUSIE

Huisartsenopleiders en hun praktijken bieden een breder aanbod aan diensten en zorg met meer teamwerk en een betere organisatie van de kwaliteit dan reguliere praktijken. De opleiders ervaren minder werkbelasting en minder werkdruk dan reguliere huisartsen. De aanwezigheid van een opleider in de praktijk is geassocieerd met meer kwaliteit van zorg en er is sprake van een positieve spin-off van het opleiderschap. Opleidingsinstituten kunnen deze bevindingen gebruiken om het opleiderschap te promoten. ■

LITERATUUR

1 Baker R. Comparison of standards in training and non-training practices. J R Coll Gen Pract 1985;35:330-2.
2 Bates CM, Agass M, Tulloch AJ. General practice workload during normal working hours in training and non-training practices. Br J Gen Pract 1993;43:413-6.
3 Baker R, Thompson J. Innovation in general practice: is the gap between training and non-training practices getting wider? Br J Gen Pract 1995;45:297-300.
4 Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P, et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. Qual Saf Health Care 2004;13:287-94.
5 Godlee F. European countries need to work together. BMJ 2010;341:c5395.
6 Sandars J. Continuing medical education across Europe. BMJ 2010;341:c5214.
7 Prideax D, Alexander H, Bower A, Dacre J, Hasit S, Jolly B, et al. Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. Med Educ 2000;34:820-6.
8 Boendermaker PM, Conradi MH, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP, Metz JC. Core characteristics of the competent general practice trainer, a Delphi study. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2003;8:111-6.
9 Kramer AW, Zuithoff P, Jansen JJ, Tan LH, Grol RP, Van der Vleuten C. Growth of self-perceived clinical competence in postgraduate training for general practice and its relation to potentially influencing factors. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2007;12:135-45.
10 World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. Kopenhagen: WFME; 2003.
11 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. Assessment of management in general practice: validation of a practice visit method. Br J Gen Pract 1998;48:1743-50.
12 Van Doorn A, Kirschner K, Bouma M, Burgers J, Braspenning J, Grol R. Evaluatie van het onderdeel medisch handelen van de accreditering. Huisarts Wet 2010;53:141-6.
13 Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. Eur J Gen Pract 2000;6:82-7.
14 Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, Van den Hombergh P, Brinkmann H, Szécsényi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract 2005;22:215-22.
15 Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd edition. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum, 1988.
16 De Jong J, Visser MRM, Mohrs J, Wieringa-de Waard M. Opening the black box: the patient mix of GP trainees. Br J Gen Pract 2011;61:e650–e657.
17 Overeem K, Faber M, Arah OA, Elwyn G, Lombarts KM, Wollersheim HC, et al. Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? A systematic review. Med Educ 2007;41:1039-49.

Nico van Duijn

Terecht

'Hij belde terecht de dokter.' Bedoeld wordt dat iemand een heuse ziekte had. Of 'dat verzoek om huisbezoek was volledig onterecht'. Bedoeld wordt dat het reuze meeviel. Ik denk dat het ingewikkelder is, ingewikkelder dan zo'n gemakkelijke beoordeling, als het al geen verwijt is. Er is verschil tussen angst, goed aangevoelde ongerustheid, onterechte ongerustheid en gewone vragen.

Mensen kunnen angstig zijn, bang dat hun klachten duiden op een ernstige ziekte. Angstige mensen zijn voor veel dingen angstig, bijvoorbeeld voor hartkloppingen en flauwvallen – wat symptomen van angst zijn. Hypochondrie lijkt hierop. Hypochondrie is een steeds terugkerende ziektefobie, meestal voor één ziekte. Hypochonders weten dat ze angstig zijn. Ze zijn gerust te stellen, eventjes. Algemeen angstigen geloven niet makkelijk dat het angst is en zijn moeilijk gerust te stellen.

Ongerustheid is wat anders. Ongerustheid kan lopen van tamelijk overdreven bezorgdheid tot een lichte onrust dat er wat mis is. Ongerustheid is normaal. Ongerustheid kan onterecht blijken te zijn. Achteraf bekeken dus. Ongerustheid kan ook terecht zijn. Dan voelen mensen heel precies dat er iets niet klopt en blijken ze inderdaad een ziekte te hebben.

Dan is er nog een vierde groep met achteraf bezien onschuldige klachten. Dit zijn mensen die wat komen vragen. Geen angst of hypochondrie, geen ongerustheid. Ze hebben alleen vragen. Ze komen om antwoord, om onderzoek, om uitleg.

Terecht of onterecht doktersbezoek, het is een rare beoordeling. Vooraf beoordelen is moeilijk. Achteraf je gelijk halen is makkelijk. ■

Bart Knottnerus, Eric Moll van Charante, Suzanne Geerlings, Gerben ter Riet

BESCHOUWING

Diagnostiek en beloop van cystitis bij gezonde niet-zwangere vrouwen

Samenvatting

Knottnerus BJ, Moll van Charante EP, Geerlings SE, Ter Riet G. Diagnostiek en beloop van cystitis bij gezonde, niet-zwangere vrouwen. Huisarts Wet 2013;56(9):444-7.

Terwijl men in veel wetenschappelijke onderzoeken slechts één test onderzoekt gebruiken huisartsen in de praktijk meer vragen en urineonderzoeken, die vaak overlappende informatie bevatten. Als we rekening houden met deze onderlinge afhankelijkheid, dan blijkt dat het stellen van drie vragen vaak voldoende is om een cystitis aan te tonen of uit te sluiten en dat zowel sediment- als dipslide-onderzoek weinig toevoegt aan informatie die al bekend is uit de anamnese en eventueel urinestickonderzoek. Daarnaast blijkt meer dan eenderde van de vrouwen met cystitisklachten bereid te zijn om behandeling met antibiotica uit te stellen als hun huisarts dat voorstelt. Het ter sprake brengen van uitgesteld antibioticagebruik kan dus leiden tot een beperking van het antibioticagebruik en daardoor bijdragen aan het tegengaan van bacteriele resistentieontwikkeling. Omdat de kans op pyelonefritis na een cystitis zeer klein is, is het veilig om antibiotica achterwege te laten. Bovendien is de kans op vermindering van klachten bij een uitgesteld recept even groot als bij het onmiddellijk starten van antibiotica. Hoewel de resultaten voor de onderzochte populatie overtuigend zijn, is voor het doen van hardere aanbevelingen vervolgonderzoek nodig.

EEN VEELVOORKOMEND PROBLEEM

Stelt u zich voor: op een drukke vrijdagmiddag bezoekt een 34-jarige vrouw uw praktijk. Sinds enkele uren heeft zij hevige pijn tijdens het plassen, die begon toen ze op haar werk was. Ze denkt dat ze een blaasontsteking heeft, hoewel ze er nooit eerder een heeft gehad. Omdat het morgen weekend is wil ze graag zo snel mogelijk weten of haar vermoeden juist is. Ze heeft geen medische voorgeschiedenis, is niet zwanger, gebruikt geen medicijnen en heeft geen verhoogd risico op een seksueel overdraagbare aandoening.

U stelt zichzelf de volgende vragen:

1. Hoe groot is de kans dat deze vrouw een ongecompliceerde urineweginfectie heeft?
   Hoewel de hevige pijn en het eigen vermoeden van de vrouw een cystitis suggereren weet u niet of de kans groot genoeg is om de diagnose te stellen. Omdat de vrouw zegt nooit eerder een cystitis te hebben gehad betwijfelt u of haar vermoeden betrouwbaar is.
2. Is aanvullend urineonderzoek nodig?
   De urineonderzoeken die u kunt overwegen zijn een urinestick (vooral nitriet), een urinesediment en een dipslide. Dit zijn op zichzelf goede onderzoeken, maar ze hebben uiteenlopende nadelen: de nitriettest geeft vaak een foutnegatieve uitslag, het maken van een urinesediment vergt specifieke vaardigheden en een dipslide kunt u pas de volgende dag beoordelen. Daarbij is het de vraag in hoeverre de verschillende urineonderzoeken toegevoegde waarde hebben bij deze specifieke patiënt (een gezonde, 34-jarige vrouw met veel pijn tijdens het plassen, die zelf een cystitis vermoedt).
3. Wat zou uw beleid zijn indien deze vrouw een cystitis blijkt te hebben?
   Hoewel u gewend bent om vrouwen met een cystitis onmiddellijk een antibioticum voor te schrijven, bent u zich bewust van de nadelen daarvan (mogelijke bijwerkingen, antibioticaresistentie). Wellicht is een uitgesteld recept een optie, omdat uw ervaring is dat een cystitis soms spontaan geneest. Aan de andere kant wilt u niet het risico nemen dat deze vrouw pyelonefritis ontwikkelt.

De uitgelichte vragen leggen dagelijks terugkerende thema's bloot met betrekking tot de diagnostiek en het beloop van cystitis in de huisartsenpraktijk. In onderstaande beschouwing gaan wij nader in op deze thema's aan de hand van een recent proefschrift.[1]

WAT IS EEN URINEWEGINFECTIE?

Een cystitis kenmerkt zich door de aanwezigheid van zowel urinewegsymptomen als bacteriurie bij gezonde, niet-zwangere vrouwen. De meest nauwkeurige diagnostische test voor het vaststellen van bacteriurie is de urinekweek. Onduidelijk is echter hoeveel colony-forming units (CFU) van een uropathogeen er per milliliter (ml) urine aanwezig moeten zijn om

De kern

- Drie anamnestische items maken de kans op aanwezigheid van een cystitis waarschijnlijk: veel pijn tijdens het plassen, een sterk vermoeden van de vrouw een cystitis te hebben en de afwezigheid van vaginale irritatie.
- Als de anamnese onvoldoende zekerheid geeft over de diagnose, is het zinvol om urinestickonderzoek naar nitriet en bloed uit te voeren.
- Sediment- en dipslide-onderzoek voegen nauwelijks iets toe aan informatie die al bekend is uit de anamnese en eventueel urinestickonderzoek.
- De mate waarin vrouwen de kans dat ze een cystitis hebben correct schatten, lijkt niet af te hangen van het aantal eerdere cystitis dat ze hebben gehad.
- Het bespreken van de mogelijkheid om behandeling met antibiotica uit te stellen lijkt een effectieve, veilige methode om het antibioticagebruik bij vrouwen met cystitisklachten te beperken.

AMC UvA, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam: dr. B.J. Knottnerus, huisarts; dr. E.P. Moll van Charante, huisarts; dr. G. ter Riet, arts-epidemioloog. Afdeling Interne geneeskunde, onderafdeling Infectieziekten: dr. S.E. Geerlings, internist-infectioloog • Correspondentie: b.j.knottnerus@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

een kweek positief te noemen. In de praktijk gebruikt men vaak de traditionele afkapwaarde van 10^5 CFU/ml, die Kass in 1957 heeft geïntroduceerd in het kader van een onderzoek bij asymptomatische vrouwen en vrouwen met pyelonefritis.[2] Een onderzoek uit 1982 liet echter zien dat bij jonge, seksueel actieve vrouwen met dysurie en frequente mictie een afkapwaarde van 10^2 CFU/ml nauwkeuriger was dan een afkapwaarde van 10^5 CFU/ml.[3] Verschillende onderzoeken hebben deze lagere afkapwaarde sindsdien ondersteund.[4-8] Omdat we hoeveelheden lager dan 10^3 CFU/ml niet met behulp van standaardkweekmethoden kunnen bepalen, adviseren internationale richtlijnen om een kweek bij symptomatische vrouwen positief te noemen bij minimaal 10^3 CFU/ml van een primair uropathogeen (*Escherichia coli* en *Staphylococcus saprophyticus*), minimaal 10^4 CFU/ml van een secundair uropathogeen (onder andere *Klebsiella pneumoniae* en *Proteus mirabilis*) of minimaal 10^5 CFU/ml van een twijfelachtig uropathogeen (onder andere *Pseudomonas*-stammen).[9]

WELKE TESTS?

Omdat het maken van een kweek duur is en tijd kost is het nodig om een zo nauwkeurig mogelijke schatting van de kweekuitslag te maken op basis van de beschikbare diagnostische middelen: anamnese, urinestick, sediment en dipslide. In de praktijk combineren huisartsen informatie uit verschillende tests om tot een diagnostisch oordeel te komen. Ze interpreteren testuitslagen dus in de context van andere testuitslagen. Bij wetenschappelijk onderzoek vergelijkt men tests echter vaak geïsoleerd van de context met een referentietest, zonder dat men rekening houdt met andere testuitslagen.[10,11] Als men dergelijke informatie buiten beschouwing laat, kan dat leiden tot overschatting van de toegevoegde diagnostische waarde van een test.[12-14] In tegenstelling tot de meeste eerdere onderzoeken onderzochten wij daarom de toegevoegde waarde van tests bij de diagnostiek van urineweginfecties wanneer we hun onderlinge afhankelijkheid in beschouwing nemen.[15] De achterliggende gedachte is dat een test alleen zinvol is als hij iets toevoegt aan de informatie die al bekend is.

WANNEER IS DIAGNOSTIEK GOED GENOEG?

Omdat traditionele, veelgebruikte onderzoeksmaten als de Receiver Operating Characteristic (ROC)-curve vaak moeilijk te vertalen zijn naar de praktijk,[16] geven wij er de voorkeur aan om de uitkomsten van diagnostische strategieën uit te drukken in cystitiskansen. Om de kweekuitslag zo goed mogelijk te benaderen moet een diagnostische strategie aan alle vrouwen met een positieve urinekweek een zo groot mogelijke cystitiskans toekennen (idealiter 100%) en aan alle vrouwen met een negatieve kweek een zo klein mogelijke cystitiskans (idealiter 0%). In twee onafhankelijke peilingen bleken 150 Nederlandse huisartsen de grenzen voor het aantonen en uitsluiten van een cystitis bij respectievelijk 70% en 30% te leggen.[15] Een diagnostische strategie is, in het geval van cystitis, dus goed genoeg als zij aan vrouwen met een positieve urinekweek een cystitiskans van meer dan 70% toekent en aan vrouwen met een negatieve urinekweek een cystitiskans van minder dan 30%.

WAT IS DE BESTE DIAGNOSTISCHE STRATEGIE?

In onze onderzoekspopulatie van vrouwen met pijnlijke en/of frequente mictie bleken drie anamnestische items samen te hangen met een positieve urinekweek: *veel* pijn tijdens het plassen, een sterk vermoeden van de vrouw een cystitis te hebben en de afwezigheid van vaginale irritatie. Andere items (zoals de mate van aandrang of het aantal eerdere cystitiden dat een vrouw had gehad) voegden hieraan geen relevante informatie toe. Bij aanwezigheid van zowel veel pijn als een sterk cystitisvermoeden van de vrouw was de kans op een positieve urinekweek groter dan 70%, en bij afwezigheid van beide kleiner dan 30%, ongeacht andere testuitslagen. Als er veel pijn was zonder sterk cystitisvermoeden maakte de aanwezigheid van vaginale irritatie een cystitis zeer onwaarschijnlijk. Op basis van dit algoritme bleek het mogelijk om bij 56% (109/196) van de vrouwen in onze onderzoekspopulatie een cystitis met voldoende zekerheid aan te tonen of uit te sluiten. Als de drie anamnestische items geen uitsluitsel gaven was het zinvol om urinestickonderzoek naar nitriet en bloed uit te voeren. Als een van deze sticktests positief was bij een vrouw met een sterk cystitisvermoeden, of als beide positief waren bij een vrouw zonder een sterk cystitisvermoeden, dan was een cystitis zeer waarschijnlijk. In alle andere gevallen was de kans op een cystitis te klein om de diagnose te stellen. Het aanvullend verrichten van een sediment- en/of dipslide-onderzoek was nauwelijks van invloed op de kansen die we op basis van de anamnese en urinestick konden schatten.[15]

Het gepresenteerde algoritme kan worden afgeleid uit [**tabel 1** en **2**], die de diagnostische kenmerken van twee diagnostische modellen tonen: 'alleen anamnese' (model A) en 'anamnese + urinestick' (model B). In [**tabel 1**] zijn de afzonderlijke items te zien op basis waarvan men cystitiskansen kan schatten voor elk van de twee modellen. Door per patiënt de afzonderlijke itemscores op te tellen verkrijgen we een som-

Abstract

Knottnerus BJ, Moll van Charante EP, Geerlings SE, Ter Riet G. Diagnosis and course of cystitis in healthy non pregnant women. Huisarts Wet 2013;56(9):444-7.

While many studies often use only one diagnostic test, in daily practice general practitioners make use of more questions and urine tests, which often provide complementary information. With this in mind, cystitis can often be diagnosed or discounted on the basis of three questions, and sediment and dipslide investigations provide little additional information to that provided by the history and urine dipstick analysis. In addition, more than a third of women with cystitis symptoms are willing to delay starting antibiotics if this is suggested by their GP. Thus discussion about delaying antibiotic use can lead to less use of antibiotics and thereby help combat bacterial antibiotic resistance. It is safe to withhold antibiotics because the risk of pyelonephritis after a cystitis is very low. Moreover, the likelihood of easing symptoms is the same regardless of whether antibiotics are delayed or started immediately. Although the data for the investigated population were convincing, further research is needed before firm recommendations can be made.

Tabel 1 Klinische scores van afzonderlijke items

Item	Score per item	
	Model A	Model B
Anamnese		
veel pijn	4	0
patiënt vermoedt een cystitis	8	11
vaginale irritatie	-1	-2
Urinestick		
nitriet positief	–	14
bloed ≥ 1+	–	8

Tabel 2 Somscores en voorspelde cystitiskansen

Somscore		Cystitiskans
Model A	Model B	
≤ 3	≤ 12	< 30%
4-8	14-17	30-70%
≥ 11	≥ 19	> 70%

score die we kunnen gebruiken om met behulp van [**tabel 2**] een cystitiskans te schatten voor de betreffende patiënt.

Bij een patiënte met *veel* pijn die een cystitis vermoedt en geen vaginale irritatie heeft, kunnen we op basis van model A (alleen anamnese) een somscore van 12 berekenen [**tabel 1**], die overeenkomt met een cystitiskans van > 70% [**tabel 2**]. Volgens dezelfde methode zal een patiënte met *een beetje* pijn die een cystitis vermoedt een cystitiskans van 30-70% hebben, waardoor een urinestick geïndiceerd is en we model B kunnen toepassen. Als vervolgens zowel de nitriet- als de bloedtest negatief is, is de cystitiskans < 30%, terwijl deze > 70% is als een van beide sticktests positief is.

Hoewel de resultaten voor de onderzochte populatie overtuigend zijn, is het voor het doen van hardere aanbevelingen noodzakelijk om ons model in een andere, vergelijkbare populatie te valideren. Eerder heeft men twee validatieonderzoeken gepubliceerd, maar daarin hebben de onderzoekers het cystitisvermoeden van de vrouw niet in de analyse verwerkt.[17,18]

WEL OF GEEN ANTIBIOTICA?

Een kwart tot de helft van alle vrouwen die met cystitisklachten bij de huisarts komen herstelt binnen een week zonder antibiotica.[19-21] Uitstel van antibioticagebruik blijkt even effectief als een directe start, terwijl het antibioticagebruik met 20% afneemt.[22] We onderzochten hoeveel vrouwen met cystitisklachten bereid zijn om behandeling met antibiotica uit te stellen als hun huisarts dat voorstelt. Meer dan eenderde van de betrokken vrouwen (51/137) bleek hiertoe bereid, van wie meer dan de helft (28/51) na een week geen antibiotica had gebruikt. Bij een grote meerderheid van deze vrouwen (20/28) waren de klachten verminderd of verdwenen.[23] Deze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek, waarin vrouwen met cystitisklachten aangaven dat zij lang niet altijd antibiotica wilden gebruiken, terwijl artsen daar vaak wel van uitgaan.[24] Bovendien blijkt het risico op pyelonefritis, dat voor veel huisartsen een reden is om antibiotica voor te schrijven, bij vrou-

Foto: Shutterstock / Alexander Gospodinov

wen met een cystitis zeer klein.[19,20] Dit zagen wij terug in onze onderzoekspopulatie, waarin geen enkele vrouw pyelonefritis ontwikkelde. Het bespreken van de mogelijkheid om behandeling met antibiotica uit te stellen lijkt dus een effectieve, veilige methode om antibioticagebruik te beperken en bacteriële resistentieontwikkeling tegen te gaan.

BETEKENIS VOOR DE PRAKTIJK

Onze bevindingen suggereren dat huisartsen een groot deel van de cystitisdiagnostiek zonder urineonderzoek kunnen afhandelen, dat ze bij vrouwen met een voor een cystitis suggestieve anamnese geen (vaak fout-negatieve) nitriettest hoeven te doen en dat sediment- en/of dipslide-onderzoek niet nodig is als informatie uit de anamnese en eventueel urinestickonderzoek bekend is.[15] Wat de behandeling betreft kunnen huisartsen het antibioticagebruik bij cystitis beperken door bij iedere vrouw met cystitisklachten de mogelijkheid te bespreken om een eventuele behandeling met antibiotica uit te stellen.[23,24] De kans op pyelonefritis is immers zeer klein,[19,20] terwijl de kans op vermindering van de klachten bij een uitgesteld recept even groot is als bij het onmiddellijk starten van antibiotica.[22] Ter vervanging van antibiotica of als aanvulling op een uitgesteld recept kunnen huisartsen pijnmedicatie overwegen.[25,26]

VOORSPELLING VAN HET BELOOP

Hoewel een kwart tot de helft van alle vrouwen met cystitisklachten binnen een week spontaan herstelt, is nog niet duidelijk welke vrouwen dit precies betreft. Daarom zou een volgende stap in het wetenschappelijk onderzoek naar cystitis kunnen zijn om uit te vinden op basis van welke klachten en urinetests we kunnen voorspellen of een individuele patiënt baat zal hebben bij antibiotica, al dan niet met een uitgesteld recept. Bijkomend voordeel is dat het in een dergelijk onderzoek niet nodig is om de (arbitraire) afkapwaarde voor een positieve kweek te definiëren. ■

LITERATUUR

1 Knottnerus BJ. Uncomplicated urinary tract infections in general practice [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2012.
2 Kass EH. Bacteriuria and the diagnosis of infections of the urinary tract; with observations on the use of methionine as a urinary antiseptic. AMA Arch Intern Med 1957;100:709-14.
3 Stamm WE, Counts GW, Running KR, Fihn S, Turck M, Holmes KK. Diagnosis of coliform infection in acutely dysuric women. N Engl J Med 1982;307:463-8.
4 Arav-Boger R, Leibovici L, Danon YL. Urinary tract infections with low and high colony counts in young women. Spontaneous remission and single-dose vs multiple-day treatment. Arch Intern Med 1994;154:300-4.
5 Fairley KF, Birch DF. Detection of bladder bacteriuria in patients with acute urinary symptoms. J Infect Dis 1989;159:226-31.
6 Fihn SD, Johnson C, Stamm WE. Escherichia coli urethritis in women with symptoms of acute urinary tract infection. J Infect Dis 1988;157:196-9.
7 Kunin CM, White LV, Hua TH. A reassessment of the importance of low-count bacteriuria in young-women with acute urinary symptoms. Ann Intern Med 1993;119:454-60.
8 Osterberg E, Hallander HO, Kallner A, Lundin A, Svensson SB, Aberg H. Female urinary tract infection in primary health care: bacteriological and clinical characteristics. Scand J Infect Dis 1990;22:477-84.
9 European Confederation of Laboratory Medicine (ECLM). European urinalysis guidelines. Scand J Clin Lab Invest Suppl 2000;231:1-96.
10 Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, Fihn SD, Saint S. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? JAMA 2002;287:2701-10.
11 Medina-Bombardo D, Segui-Diaz M, Roca-Fusalba C, Llobera J. What is the predictive value of urinary symptoms for diagnosing urinary tract infection in women? Fam Pract 2003;20:103-7.
12 Begg CB. Biases in the assessment of diagnostic tests. Stat Med 1987;6:411-23.
13 Dawid AP. Properties of diagnostic data distributions. Biometrics 1976;32:647-58.
14 Lachs MS, Nachamkin I, Edelstein PH, Goldman J, Feinstein AR, Schwartz JS. Spectrum bias in the evaluation of diagnostic tests: lessons from the rapid dipstick test for urinary tract infection. Ann Intern Med 1992;117:135-40.
15 Knottnerus BJ, Geerlings SE, Moll van Charante EP, Ter Riet G. Acute uncomplicated urinary tract infections: towards a simple diagnostic index. Ann Fam Med, in press.
16 Cook NR. Statistical evaluation of prognostic versus diagnostic models: beyond the ROC curve. Clin Chem 2008;54:17-23.
17 Little P, Turner S, Rumsby K, Jones R, Warner G, Moore M, et al. Validating the prediction of lower urinary tract infection in primary care: sensitivity and specificity of urinary dipsticks and clinical scores in women. Br J Gen Pract 2010;60:495-500.
18 McIsaac WJ, Moineddin R, Ross S. Validation of a decision aid to assist physicians in reducing unnecessary antibiotic drug use for acute cystitis. Arch Intern Med 2007;167:2201-6.
19 Christiaens TC, De Meyere M, Verschraegen G, Peersman W, Heytens S, De Maeseneer JM. Randomised controlled trial of nitrofurantoin versus placebo in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in adult women. Br J Gen Pract 2002;52:729-34.
20 Ferry SA, Holm SE, Stenlund H, Lundholm R, Monsen TJ. Clinical and bacteriological outcome of different doses and duration of pivmecillinam compared with placebo therapy of uncomplicated lower urinary tract infection in women: the LUTIW project. Scand J Prim Health Care 2007;25:49-57.
21 Richards D, Toop L, Chambers S, Fletcher L. Response to antibiotics of women with symptoms of urinary tract infection but negative dipstick urine test results: double blind randomised controlled trial. BMJ 2005;331:143.
22 Little P, Moore MV, Turner S, Rumsby K, Warner G, Lowes JA, et al. Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial. BMJ 2010;340:c199.
23 Knottnerus BJ, Geerlings SE, Moll van Charante EP, Ter Riet G. Women with symptoms of uncomplicated urinary tract infection are often willing to delay antibiotic treatment: a prospective cohort study. BMC Fam Pract 2013;14:71.
24 Leydon GM, Turner S, Smith H, Little P. Women's views about management and cause of urinary tract infection: qualitative interview study. BMJ 2010;340:c279.
25 Bleidorn J, Gágyor I, Kochen MM, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection? – results of a randomized controlled pilot trial. BMC Med 2010;8:30.
26 Gágyor I, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Schmiemann G, Wegscheider K, Bleidorn J. Immediate versus conditional treatment of uncomplicated urinary tract infection – a randomized-controlled comparative effectiveness study in general practices. BMC Infect Dis 2012;12:146.

Boudewijn Chabot, Arnold Goedhart

COMMENTAAR

Hulp bij zelfgekozen dood

In 2011 verscheen het KNMG-standpunt 'De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde'. Indien een arts oordeelt dat er geen medische grondslag is voor euthanasie, kunnen artsen nog steeds een rol spelen bij sterven onder eigen regie van de patiënt, aldus de KNMG. Een eerste mogelijkheid is bewust afzien van eten en drinken ter bespoediging van het levenseinde, met palliatieve ondersteuning van de arts. Een commissie is doende een richtlijn op te stellen om hierbij houvast te bieden. Als alternatief noemt de KNMG zelfdoding met behulp van verzamelde medicijnen in overleg met naasten, kortweg de medicijnmethode. Het is niet strafbaar om hierover gesprekken aan te gaan met een patiënt die een duurzame doodswens heeft. De arts mag de patiënt er ook op wijzen waar hij hierover nauwkeurige informatie kan vinden.[1]

Beide methoden blijken met enige regelmaat toegepast te worden, maar de frequentieschattingen lopen sterk uiteen. Uit onderzoek van Van der Heide in 2010 onder artsen blijkt dat stoppen met eten en drinken in 0,4% van alle sterfgevallen is toegepast (circa 600 keer per jaar) en de medicijnmethode in 0,2% (circa 300 keer per jaar).[4] Eerder vroeg Chabot (2007) vertrouwenspersonen van de overledene naar hun ervaringen met genoemde methoden en vond dat beide veel vaker voorkomen.[2] Voor de medicijnmethode valt dit te verklaren doordat patiënten hun voornemen vaak geheimhouden voor de arts, uit vrees dat deze er een stokje voor steekt. Een reden voor geheimhouding ná het overlijden is dat de familie, vaak betrokken bij de uitvoering, onderzoek door lijkschouwer en recherche wil voorkomen.

Er zijn verschillende aanwijzingen dat euthanasie en sterven onder eigen regie steeds breder geaccepteerd zijn. Het aantal gemelde gevallen van euthanasie is sinds 2010 zozeer toegenomen dat de toetsingscommissies 50% personele uitbreiding kregen. Het burgerinitiatief *Uit Vrije Wil* (2011) resulteerde al gauw in 120 duizend handtekeningen voor het pleidooi om dodelijke medicatie toe staan voor ouderen boven de 70 jaar met een doodswens, maar zonder 'ondraaglijk lijden'. Onderzoek onder ouderen laat zien dat hun interesse voor een laatste-wil-pil, als zij nog niet ernstig ziek zijn, aanzienlijk is toegenomen.[3] Ook het KNMG-standpunt weerspiegelt deze maatschappelijke omslag naar acceptatie van een zelfgekozen levenseinde.

De onderzoeken door Chabot en Van der Heide brengen aan het licht dat deze aanvaarding zich niet beperkt tot euthanasie door een arts. Sommige patiënten onderzoeken, na afwijzing door hun arts van een euthanasieverzoek, hoe zij hun lot in eigen hand kunnen nemen. Een deel van hen kiest daadwerkelijk voor uitvoering van dat plan. De arts geeft soms informatie bij de medicijnmethode en bij bewust stoppen met eten en drinken beperkt zijn aandeel zich tot palliatieve ondersteuning. Bij beide methoden beoordeelde de vertrouwenspersoon het overlijden in ongeveer driekwart van de gevallen als 'waardig'.[1]

PROEFPROCES

Het Openbaar Ministerie is geheel op de hoogte van het feit dat ouderen niet zelden hun eigen overlijden regisseren met behulp van medicatie, al dan niet ondersteund door hun kind(eren). Deze maand begint voor de rechtbank Zutphen een proefproces tegen de zoon van de 99-jarige Moek Heringa die hem dringend had verzocht te mogen sterven voor de geboorte van haar achterkleinkind. Uit gewetensovertuiging gaf hij haar een dodelijke combinatie en legde het innemen daarvan vast op video. Het Openbaar Ministerie hoopt met deze zaak in hoger beroep tot aan de Hoge Raad helderheid te krijgen over de reikwijdte van het wetsartikel dat hulp bij zelfdoding verbiedt. In het bijzonder wanneer die hulp van een familielid komt.

Het verlangen naar controle over het eigen levenseinde – liefst mét maar desnoods zonder hulp van een arts – hangt samen met het beeld van een 'goede dood': pijnvrij, helder van geest en zo lang mogelijk in contact met dierbaren. De ontwikkeling van palliatieve zorg heeft deze goede dood aanzienlijk dichterbij gebracht. Sterven onder eigen regie of euthanasie door een arts gaat een stap verder en maakt sterven 'op je eigen tijd' mogelijk. Gezien de toenemende maatschappelijke acceptatie van dit fenomeen valt te verwachten dat toekomstig onderzoek hierin een stijgende lijn zal laten zien. ■

LITERATUUR

1 Chabot B, Braam S. Uitweg; Handboek: Een waardig levenseinde in eigen hand. Vijfde herziene druk 2012. Amsterdam: Nijgh en Van Ditmar, 2010.
2 Chabot BE. Auto-euthanasie. Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten [proefschrift Universiteit van Amsterdam]. Amsterdam: Bert Bakker, 2007.
3 Buiting H, Deeg D, Knol D, Ziegelmann JP, Pasman HRW, Widdershoven GAM et al. Opvattingen van ouderen over levensbeëindiging. Huisarts Wet 2013;102-105
4 Heide A van der, Legemaate J, Onwuteaka-Philipsen B, Bolt E, Bolt I, Delden H van et al. Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw, 2012.

Dr. B. Chabot , Oosterhoutlaan 7, 2012 RA Haarlem, psychiater in ruste; LUMC: dr. A. Goedhart, senior onderzoeker • Correspondentie: boudewijnchabot@gmail.com

Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk

Soms worden patiënten uitgenodigd om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek, en soms vragen patiënten daarover advies aan hun huisarts. De huisarts legt dan, als het goed is, geduldig uit dat het erg moeilijk te zeggen is of iemand moet meedoen of niet – het probleem is immers dat het wetenschappelijk onderzoek, als het ook goed is, juist is bedoeld om te kijken of de ene behandeling beter is dan de andere. Als daarover al duidelijkheid bestond, zou het onderzoek niet worden gedaan.

Toch zijn er wel een paar dingen die huisartsen in het oog zouden kunnen houden als hun weer eens een dergelijke vraag wordt voorgelegd. Het zijn ongeveer dezelfde vragen die wetenschapsjournalisten stellen als de uitslag van het onderzoek eenmaal is gepubliceerd.

Als die eenmaal is gepubliceerd. Een van de grootste schandes van het moderne medische onderzoek, zo stelt Ben Goldacre niet ten onrechte in zijn boek *Bad pharma*, is dat veel onderzoek niet wordt gepubliceerd.[1] Bijvoorbeeld omdat de resultaten de onderzoekers of de geldschieters niet bevallen. De kasten van de farmaceutische industrie liggen vol met onderzoeksverslagen die nimmer hun weg naar de wetenschappelijke tijdschriften zullen vinden – inmiddels kent iedere huisarts de afschrikwekkende voorbeelden. Vele duizenden patiënten hebben aan die onderzoeken meegedaan, belangeloos en in goed vertrouwen, maar geheel voor niets. En hun lotgenoten hebben er nog minder aan: de resultaten, goed of slecht, komt niemand te weten.

De eerste vraag die gesteld kan worden bij een onderzoek is dan ook: 'Is er een garantie dat het wordt gepubliceerd?' Als daarop geen eenduidig positief antwoord komt in de voorlichtingsbrief aan de patiënt, is het eigenlijk al niet meer netjes de patiënt aan te raden mee te doen. Misschien is een telefoontje naar de onderzoekers voldoende om hierover helderheid te krijgen, maar eigenlijk zou dat niet nodig moeten zijn: patiënten moeten de verzekering krijgen dat ze zich niet zinloos gaan inspannen, bloed laten prikken, pillen slikken of zich laten opereren.

De tweede vraag is: 'Is het onderzoek geregistreerd?' Voor buitenstaanders is dit misschien dezelfde vraag als de eerste, maar dat is helaas niet zo. Weliswaar horen alle trials tegenwoordig geregistreerd te zijn bij het Nederlandse[2] of Amerikaanse[3] trialregister, maar uit onderzoek blijkt dat zulks niet inhoudt dat het onderzoek ook metterdaad wordt gepubliceerd. 'Minder dan de helft van de trials betaald door de NIH werden binnen 30 maanden na afsluiting gepubliceerd. Vier jaar na afronding bleef de helft ongepubliceerd.'[4] En andersom: 'Minder dan de helft van alle RCT's gepubliceerd in algemene chirurgische tijdschriften waren adequaat geregistreerd, en ongeveer 30% vertoonde discrepanties in de geregistreerde en gepubliceerde primaire uitkomsten, voorzover na te gaan in 90% ten gunste van een statistisch significant resultaat.'[5]

Misschien hoort het tot de taak van de huisarts om, als een patiënt vraagt of het verstandig is mee te doen aan een trial, het onderzoeksprotocol op te vragen en niet alleen te controleren of het behoorlijk geregistreerd is, maar daarna ook bij te houden of de onderzoekers niet tussentijds het protocol, de eindpunten of de analyse of wat dan ook aanpassen. Misschien kan de huisarts het de patiënt leren.

De vierde vraag is: 'Heeft het onderzoek voldoende vermogen?' (De derde was uiteraard: 'Wie betaalt?') Het heeft voor patiënten weinig zin mee te doen aan een onderzoek dat eigenlijk te klein is om een verondersteld effect aan te tonen. Lang niet alle klinische trials geven een nette power-berekening, en de ervaring leert dat onderzoekers veelal de verwachte effecten overschatten en het aantal benodigde deelnemers ver onderschatten. Een onderzoek met te geringe power is niet alleen een verspilling van tijd, geld en moeite, maar ook ethisch dubieus.[6]

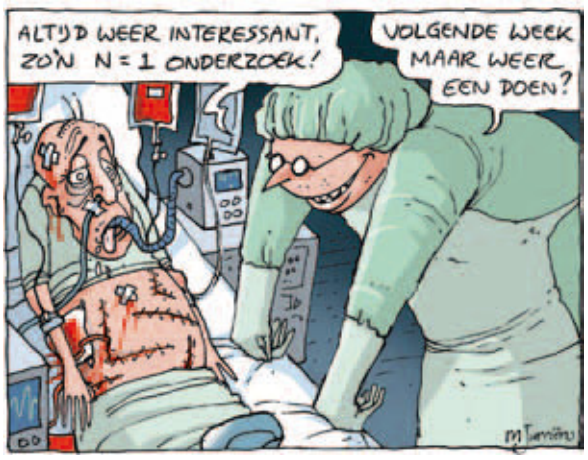
Nadat de power-vraag is beantwoord, hebben we hopelijk wel wat meer zicht op de vijfde kwestie: 'Wat is het verwachte effect?' Wil een bejaarde heer deelnemen aan een kankertrial die misschien 1 op 100 deelnemers drie maanden extra te leven geeft? Wil een patiënt een nog! betere! statine slikken die de kans op een beroerte binnen tien jaar verlaagt van 2 op 1000 naar 1 op 1000? Waar is de correcte, begrijpelijke winst-en-verliesberekening van de onderzoekers?

Als ook dat allemaal volstrekt duidelijk is, resteert nog slechts die kleine, altijd door de huisarts te beantwoorden vraag: 'Hoe leg ik het mijn patiënt uit?' ■

LITERATUUR

1 Goldacre B. Bad pharma. London: Fourth Estate, 2012
2 http://www.trialregister.nl.
3 http://clinicaltrials.gov.
4 Ross JS, Tse T, Zarin DA, Xu H, Zhou L, Krumholz HM. Publication of NIH funded trials registered in ClinicalTrials.gov: cross sectional analysis. BMJ 2012;344:d7292.
5 Killeen S, Sourallous P, Hunter IA, Hartley JE, Grady HL. Registration rates, adequacy of registration, and a comparison of registered and published primary outcomes in randomized controlled trials published in surgery journals. Ann Surg 31 mei 2013 [ePub ahead of print].
6 Button KS, Ioannidis JP, Mokrysz C, Nosek BA, Flint J, Robinson ES, Munafò MR. Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. Nat Rev Neurosci 2013;14:365-76.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.



NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening)

Jan van Bergen, Janny Dekker, Joan Boeke, Elize Kronenberg, Rob van der Spruit, Jako Burgers, Margriet Bouma, Lisette Verlee

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

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

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

Kernboodschappen

- Vraag in een soa-consult altijd naar klachten en risicofactoren; deze bepalen samen het beleid.
- Verricht bij patiënten met klachten behorend tot een risicogroep onderzoek naar *Chlamydia trachomatis*, gonorroe, syfilis, hiv en hepatitis B, afhankelijk van de klachten aangevuld met overige specifieke diagnostische tests.
- Maak bij patiënten zonder klachten behorend tot een risicogroep een inschatting op grond van afkomst en gedrag (nu of in het verleden) of er onderzoek verricht moet worden naar *Chlamydia trachomatis*, gonorroe, syfilis, hiv en hepatitis B, of dat eventueel volstaan kan worden met een hiv-test en hepatitis-B-test of een chlamydiatest. Bied in elk geval laagdrempelig een hiv-test en zo nodig een hepatitis-B-test aan bij mensen afkomstig uit hiv-endemische gebieden en bij mannen die seks met mannen (MSM) hebben (gehad). Bied jongeren < 25 jaar in elk geval laagdrempelig een chlamydiatest aan.
- Bij patiënten met klachten niet behorend tot een risicogroep vindt gericht diagnostisch onderzoek plaats.
- Neem op indicatie en afhankelijk van de wijze van seksueel contact ook tests af van andere mogelijke besmettingsplaatsen dan de genitaliën (zoals het rectum).
- Voorlichting over veilig vrijen en partnerwaarschuwing zijn belangrijke aspecten van het soa-consult. De behandeling is afhankelijk van de specifieke verwekker. Bij PID, urethritis, epididymitis of proctitis en vermoeden van soa kan een behandeling worden gestart voordat de verwekker bekend is.
- Bied ongevaccineerde, hepatitis-B-negatieve MSM vaccinatie aan.

Belangrijkste wijzigingen

- Materiaal voor een test op chlamydia en gonorroe bij de vrouw wordt afgenomen met een vaginale wattenstok (door de vrouw zelf of anders door de huisarts). Afname van materiaal uit cervix/urethra of urineonderzoek bij asymptomatische vrouwen wordt niet meer geadviseerd. Bij de man is onderzoek van de eerste-straalsurine eerste keus bij tests op chlamydia en gonorroe.
- Herpes genitalis kan op klinische gronden worden gediagnosticeerd. Bij twijfel over de aard van de laesies kan een PCR (bij actieve laesies) worden afgenomen.
- Zwangeren met een chlamydia-infectie (evenals niet-zwangere vrouwen en mannen) worden behandeld met eenmalig azitromycine 1 g oraal.
- Vanwege toenemende resistentie voor antibiotica is de eerste keus bij gonorroe eenmalig ceftriaxon 500 mg i.m.
- Vroegtijdige opsporing van hiv en hepatitis wordt actiever aanbevolen omdat effectieve behandeling voorhanden is en tijdige behandeling de levensverwachting verbetert en de transmissie vermindert.

INLEIDING

De NHG-Standaard Het soa-consult geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid bij patiënten met klachten die kunnen passen bij seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), bij patiënten met een hoog risico op een soa (risicogroepen) en bij patiënten met vragen over of angst voor soa. Daarnaast geeft de standaard richtlijnen voor partnerwaarschuwing en contactopsporing.

De standaard besteedt geen aandacht aan differentiaaldiagnostische overwegingen bij de besproken aandoeningen anders dan soa, aan gevolgen van of complicaties door een soa op de lange termijn, of aan tropische soa (vanwege de lage incidentie). Ook het beleid bij en de (psychosociale) gevolgen van seksueel geweld bij volwassenen en kinderen valt buiten de scope van de standaard.[1] De standaard sluit nauw aan bij de Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (soa) voor de 2e lijn.

Soa zijn infectieziekten die vooral, maar niet uitsluitend, door seksueel contact worden overgebracht: chlamydia-infectie, gonorroe, syfilis, infectie met hepatitis-B-virus en humaan immunodeficiëntievirus (hiv), trichomoniasis, herpes genitalis, condylomata acuminata en pediculosis pubis (schaamluis). Chlamydia-infectie, gonorroe, syfilis, hepatitis B en hiv worden samen ook wel de *Big Five* genoemd.[2]

Huisartsen hebben een belangrijk aandeel in de zorg voor patiënten met soa. Ongeveer 60% van de soa-consulten vindt plaats bij de huisartsen; ongeveer 75% van de soa-diagnoses wordt door de huisarts gesteld.[3]

Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee E. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). Huisarts Wet 2013;56(9):450-463.

Deze standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie. Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Mastboom MT, Pijnenborg L, Van Lieshout J. Huisarts Wet 2004;47(13):636-51.

De standaard beschrijft bij de verschillende paragrafen de klachten bij soa, de verwekkers en de implicaties hiervan voor diagnostiek en beleid. Daarnaast besteedt de standaard expliciet aandacht aan patiënten die behoren tot een risicogroep. Risicogroepen kunnen voor diagnostiek en behandeling van soa ook (anoniem) terecht bij de meeste GGD's en in sommige grote steden bij soa-polikliniekken.

Het testbeleid van de GGD wijkt enigszins af van dat van de huisarts, vanwege het hogere risico op soa bij patiënten die bij de GGD op consult komen vergeleken met patiënten die door de huisarts gezien worden. De GGD kan de huisarts ondersteunen bij behandeling, advisering en partnerwaarschuwing.

ACHTERGRONDEN

Epidemiologie

Jaarlijks vinden zo'n 173.000 soa-consulten bij de huisarts plaats (2010) en 113.000 soa-consulten op soa-centra (2011).

Chlamydia-infectie is de meestvoorkomende bacteriële soa met een incidentie in de huisartsenpraktijk van 1,8/1000 per jaar (2010).[4] De infectie komt vooral voor bij jonge, seksueel actieve mensen, vaker bij personen die behoren tot de Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse bevolkingsgroep en vooral in grote steden.

De incidentie van *gonorroe* in de huisartsenpraktijk is 0,2/1000 per jaar (2010) en wordt 3 keer vaker vastgesteld bij mannen dan bij vrouwen. Het aantal syfilisdiagnoses is laag (landelijk < 500 per jaar). Syfilis komt vooral voor bij mannen die seks hebben met mannen (MSM).

De incidentie van (acute) *hepatitis-B-infecties* in Nederland is laag (minder dan 1 per 100.000 patiënten per jaar). De prevalentie van chronische hepatitis B is naar schatting 5 per 1000. Nederland hoort hiermee bij de laag-endemische landen (prevalentie < 2%).[5]

De incidentie van *hiv-infecties* is in Nederland eveneens laag (1100 patiënten per jaar). Het aantal bekende hiv-patiënten in Nederland bedraagt ongeveer 17.000. Daarnaast zijn er naar schatting 8000 mensen met hiv besmet, zonder daarvan op de hoogte te zijn.[6] De incidentie van *trichomoniasis* en *pediculosis pubis* is niet goed bekend, pediculosis pubis lijkt zelden meer voor te komen.

In Nederland komen dubbelinfecties vaker voor bij mannen die seks hebben met mannen en Surinamers/Antilliannen.[1] Van de patiënten die een soa-polikliniek bezoeken met een bacteriële soa, heeft ongeveer 7% een dubbelinfectie. Meestal (83%) gaat dit om een gelijktijdige infectie door *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoeae*. Als ook andere soa's meegeteld worden, heeft ongeveer 12% van de patiënten die een soa-kliniek bezoekt met een bacteriële infectie een dubbelinfectie. Bij personen met hiv die

Abstract

Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Verlee E. Dutch College of General Practitioners' guideline STD consultation (first revision). Huisarts Wet 2013;56(9):450-463.

The guideline STD consultation of the Dutch College of General Practitioners provides guidelines for the diagnosis and management of patients with symptoms of a sexually transmitted disease (STD), patients at high risk of being infected with a STD (risk groups), and patients with questions or concerns about STDs. The guideline also provides advice about tracking contacts and notifying sexual partners. Providing information about safe sex and notifying sexual partners are important elements of the STD consultation. The guideline is largely consistent with the Multidisciplinary Guideline Sexually Transmitted Diseases used in secondary care.

STDs are infectious diseases that are mainly, but not solely, transmitted by sexual contact, such as chlamydia, gonorrhoea, syphilis, hepatitis B virus infection, human immunodeficiency virus (HIV) infection, trichomoniasis, genital herpes, genital warts and (condyloma acuminata). Chlamydia, gonorrhoea, syphilis, hepatitis B, and HIV are the five major STDs.

During the consultation, general practitioners should always ask patients about symptoms and risk factors, because these are the main determinants of disease management. The following individuals are at increased risk of contracting one of the five major STDs: men who have sex with men (MSM), prostitutes (male and female), people who visit prostitutes, people from countries in which STDs are endemic, people with multiple sexual partners, and people with a partner from one of these groups. Four broad approaches can be discerned:

Patients from a risk group with symptoms should be investigated for *Chlamydia trachomatis*, gonorrhoea, syphilis, HIV, and hepatitis B; other specific tests should be ordered depending on the patient's symptoms. Patients who are not from a risk group but who have symptoms should be tested for *Chlamydia trachomatis* (unless they only have blisters or warts) and, depending on symptoms, for gonorrhoea or other specific diseases.

Patients from a risk group but without symptoms should be evaluated in terms of their country of origin and current and past sexual behaviour to determine whether they should be tested for *Chlamydia trachomatis*, gonorrhoea, syphilis, HIV, and hepatitis B or whether it is sufficient to test for HIV and hepatitis B or chlamydia. Patients who come from HIV-endemic regions or MSM can be offered HIV and, if appropriate, hepatitis B testing. Young men and women (<25 years) can be offered chlamydia testing.

Patients who are not from a risk group and who do not have symptoms who have questions about STDs, or who request STD testing, or who are anxious about contracting an STD, or who may be at risk should be managed according to their estimated risk of having an STD, with discussion of whether testing is relevant. In general, testing for chlamydia is the first step, but if the risk is minimal, the GP and patient can decide that testing is not required. Young men and women (< 25 years) can be offered chlamydia testing.

Vaginal smear samples (preferably collected by the woman with a cotton wool stick or swab) and clean catch urine sample from men should be collected for testing for chlamydia or gonorrhoea. Samples from other, non-genital, sites (e.g. rectum) should be taken if this is indicated on the basis of preferred sexual practices.

Treatment is dependent on the causative agent. However, patients with severe symptoms probably caused by an STD and pelvic inflammatory disease, urethritis, epididymitis, or proctitis should be treated before the causative agent has been identified. The most important changes to treatment are as follows: pregnant women infected with chlamydia should be treated with once-only azithromycin (1 g orally) and not with amoxicillin or erythromycin. The increased resistance of bacteria to antibiotics makes once-only ceftriaxone (500 mg intramuscularly) the first choice for the treatment of gonorrhoea.

de soa-poli bezoeken heeft bijna eenderde ook een andere soa.[1]

Begrippen

Hiv-endemisch gebied: Afrika ten zuiden van de Sahara (hoog-endemisch; hiv-prevalentie boven de 5%) en Caraïbisch gebied (middel-endemisch; hiv-prevalentie rond de 1%).[6]

Hepatitis-B-endemisch gebied: hoog-endemische gebieden zijn grofweg Azië en Afrika ten zuiden van de Sahara (hepatitis-B-prevalentie ≥ 8%).[5]

Soa-endemisch gebied: Suriname, de voormalige Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko, Afrika, Zuid-Amerika, Azië en Oost-Europa.[8]

MSM: mannen die (ook) seks hebben met mannen. Omdat mannen die (ook) seks hebben met mannen zichzelf niet altijd zien als homo- of biseksueel, wordt in deze standaard gesproken over MSM. Vrouwen die seks hebben met vrouwen vormen geen aparte risicogroep en zijn daarom niet als zodanig benoemd.

NAAT/PCR: nucleic acid amplification test/polymerase chain reaction (PCR is een specifieke uitvoering van NAAT). Beide termen worden in de standaard naast elkaar gebruikt.

SARA: *sexually acquired reactive arthritis*.

LGV: lymfogranuloma venereum, een agressieve variant van een chlamydia-infectie, veroorzaakt door *Chlamydia trachomatis* serotype L1, L2 en L3. Het heeft veelal een heftiger beloop dan de urogenitale chlamydia-infectie, meer klinische verschijnselen zoals abcederende lymfadenitis in de liesstreek en uitgesproken proctitisklachten en komt vooral voor bij hiv-geïnfecteerde MSM.[9]

Windowfase: de periode tussen besmetting en het moment waarop de aandoening aantoonbaar is.

Risicogroepen en risicogedrag

De volgende groepen hebben een verhoogd risico op één of meer van de vijf belangrijkste soa (chlamydia-infectie, gonorroe, syfilis, hepatitis B en hiv):[10]

- MSM;
- prostituees en prostituanten (risicocontact in de 6 maanden voorafgaand aan het consult);
- personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied (1e en 2e generatie);[8]
- personen met veel wisselende contacten (3 of meer in de 6 maanden voorafgaand aan het consult);
- personen met een partner uit een van de voorgaande groepen.

Om een inschatting te kunnen maken van het risico op een soa is het nodig informatie te krijgen over het seksuele gedrag van de patiënt.

Seksueel actieve jongeren onder de 25 jaar *die niet behoren tot de hierboven genoemde risicogroepen* hebben een verhoogd risico op een chlamydia-infectie, maar niet op gonorroe, syfilis, hepatitis B en hiv.

De verwekkers van soa

De indeling van soa's is gebaseerd op het veroorzakende micro-organisme. Een aantal kenmerken van de verschillende soa's is samengevat in [**tabel 1**].

Testen bij soa

De aanbevolen diagnostische test is afhankelijk van de mogelijke specifieke verwekker(s). De meestgebruikte technieken zijn de *nucleïnezuur amplificatietest* (NAAT) en de *polymerase chain reaction* (PCR), een vorm van NAAT. De PCR-tests op soa hebben in het algemeen een zeer hoge sensitiviteit en specificiteit. Echter, fout-positieve of fout-negatieve uitslagen zijn nooit volledig uit te sluiten. Eerste keus voor onderzoek naar *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoeae* is een NAAT/PCR.[11] Voor gonorroe is een kweek met resistentiebepaling een tweede optie (mits het afgenomen materiaal snel op het microbiologisch laboratorium afgeleverd kan worden). Drie weken na een risicocontact geven de tests een betrouwbaar resultaat. Indien klachten eerder optreden, kunnen tests direct worden afgenomen maar deze moeten wel na drie weken worden herhaald bij een negatief resultaat.

Onderzoek naar *syfilis, hepatitis B en hiv* vindt plaats door middel van serologisch onderzoek en geeft drie maanden na een risicocontact betrouwbare uitslagen. Indien klachten eerder optreden, kunnen tests direct worden afgenomen (te herhalen na de windowfase bij een negatief resultaat). Diagnostiek van *syfilis* vindt plaats met behulp van de *Treponema pallidum-haemagglutination assay* (TPHA) of *Treponema pallidum-particleagglutination assay* (TPPA). Deze test wordt drie weken tot drie maanden na besmetting positief. Bij een positieve TPHA- of TPPA-test is bevestiging nodig door een fluorescentie-Treponema-antistoffen-absorptietest (FTA-ABS-test) of een immunoblot.

De *venereal disease research laboratory test* (VDRL) is een bepaling met een titeruitslag en geeft inzicht in de ziekteactiviteit bij syfilis en wordt ingezet om de antibiotische therapie te vervolgen. Bij een ulcus wordt naast serologisch onderzoek ook een NAAT/PCR op een ulcusuitstrijk verricht gericht op syfilis, of wordt indien deze diagnostiek niet beschikbaar is op korte termijn verwezen naar een dermatoloog.[12]

Voor achtergrondinformatie over de serologische diagnostiek bij vermoeden van besmetting met *hepatitis-B-virus* wordt verwezen naar de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen.

De diagnostiek van een *hiv-infectie* berust op het aantonen van antistoffen tegen hiv en het p24-antigeen (combotest). Als windowfase wordt ook bij mogelijke hiv-besmetting nog drie maanden aangehouden, hoewel met de nieuwere generatie hiv-tests meestal al na enkele weken een infectie aantoonbaar is. Bij een eerste positieve uitslag verricht het laboratorium een tweede test om de eerste uitslag te bevestigen, een confirmatietest. In dat geval is ook een tweede monsterafname aan te raden om verwisseling uit te sluiten.

Bij een vermoeden van een acute hiv-infectie kan de huisarts overleggen met een gespecialiseerd laboratorium of het nog zinvol is een hiv-RNA-bepaling (*viral load*) te doen, omdat deze nog iets eerder positief is dan de combotest.[13,14]

Onderzoek naar *Trichomonas* kan gedaan worden middels microscopisch onderzoek van een fysiologisch zoutpreparaat van de vaginale fluor (hoge specificiteit en matige sensitiviteit). Andere opties zijn een NAAT/PCR van een vaginale wat naar *Trichomonas* of een

specifieke fluorkweek op *Trichomonas*. Bij patiënten met klachten met een negatief direct preparaat wordt ook een NAAT/PCR verricht.[15] Bij mannen kan een PCR in de eerste-straalsurine gedaan worden.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De huisarts probeert bij de patiënt die hem consulteert met klachten die (kunnen) passen bij een soa met gerichte anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek tot een diagnose te komen. De huisarts is daarnaast alert op andere klachten die kunnen passen bij een soa. Zie verder [**tabel 1**] en het [**kader aanbevelingen voor preventie en vroege opsporing van soa's**].

Anamnese

Maak een risicoschatting bij alle patiënten met klachten of die komen met vragen over soa. Leg uit dat deze vragen dienen om na te gaan of de patiënt, en de eventuele partner, een soa kunnen hebben en welke diagnostiek er in dat geval moet plaatsvinden. Op deze risicoschatting berust het verdere testbeleid. De vragen uit de risicoschatting kunnen ook worden gebruikt voor patiënten bij wie de huisarts zelf over soa wil beginnen, bijvoorbeeld bij een anticonceptieconsult. Welke vragen in dat geval aan bod komen, zal afhangen van de individuele patiënt.

Vragen voor risicoschatting

- Zijn er klachten die wijzen op een soa (zie vragen bij soa-gerelateerde klachten)?
- Heeft/hebben de partner(s) klachten of verschijnselen (zie vragen bij soa-gerelateerde klachten)? Heeft de partner een reeds gediagnosticeerde soa? Zo ja, welke? En zijn er nog seksuele contacten geweest tussen de partner en de patiënt na het ontstaan van partners klachten?
- Is er seks met mannen, met vrouwen of met beiden? Heeft de eventuele partner seks met mannen, met vrouwen of met beiden?
- Is er bij de patiënt of de eventuele partner sprake van seks tegen betaling (in de zes maanden voorafgaand aan het consult) (prostituees en prostituanten)?
- Waar komen patiënt (en partner) vandaan (uit endemische gebieden waar soa, hiv en/of hepatitis B vaker voorkomen)?
- Zijn er bij de patiënt of partner wisselende contacten (drie of meer in de zes maanden voorafgaand aan het consult)? Waren deze contacten beschermd of onbeschermd?

Vragen bij soa-gerelateerde klachten

Algemeen:

- Vraag naar het begin, de aard, de duur en het beloop van de klachten. Hoeveel tijd zit er tussen een eventueel onveilig seksueel contact en het begin van de klachten? Zijn er nog seksuele contacten geweest na ontstaan van de klachten?

Bij vaginale klachten, urethritisklachten en bij scrotale pijn en zwelling (passend bij epididymitis):

- Is er afscheiding vanuit de vagina of urethra? Is deze purulent of helder? Hoe zijn de kleur en geur van de afscheiding? Is er tevens afscheiding uit de anus?
- Is er een pijnlijk, branderig, geïrriteerd gevoel bij het plassen of moet de patiënt duidelijk vaker plassen dan anders?
- Is er jeuk of irritatie?
- Is er koorts, zijn er koude rillingen of algemene ziekteverschijnselen?

Bij een vrouw ook vragen:

- Zijn er contactbloedingen; is er intermenstrueel bloedverlies?
- Is er pijn in de onderbuik of koorts (zie verder de NHG-Standaard Pelvic Inflammatory Disease)?

Bij een man ook vragen:

- Is er pijn of zwelling van de bijbal (één- of tweezijdig) en/of roodheid en zwelling van het scrotum?

Bij blaasjes of een of meer ulcera anogenitaal:

- Zijn er prodromale verschijnselen geweest? (pijn, jeuk)
- Zijn de afwijkingen pijnlijk of juist niet pijnlijk?
- Heeft de patiënt pijn bij de anus of anale afscheiding?
- Zijn er algemene verschijnselen zoals temperatuurverhoging of gezwollen lymfeklieren?
- Zijn er vergelijkbare klachten in de voorgeschiedenis geweest? Zo ja, herkent de patiënt de klachten als herpes genitalis? Zo ja, hoe vaak heeft de patiënt een herpesinfectie?
- Is de patiënt immuungecompromitteerd (met het oog op eventuele behandeling)?
- Heeft de patiënt of de partner wel eens een koortslip?

Bij wratjes:

- Heeft de patiënt last van de plekjes: jeuk of branderigheid?
- Is er een toename in aantal of grootte?
- Zijn er cosmetische of emotionele bezwaren?

Bij een mogelijke proctitis:

- Is er bloed, slijm of pus bij de ontlasting? Is er pijn bij defecatie, diarree, loze aandrang of krampen? Zijn er andere klachten (zie voor de differentiaaldiagnostiek de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies)?

Vraag met het oog op de aard van het testmateriaal en de locatie van testafname naar het seksuele gedrag (vaginaal, anaal en/of orogenitaal seksueel contact).

Dezelfde vragen kunnen gebruikt worden voor de klachteninventarisatie bij de partner indien deze klachten heeft.

Lichamelijk onderzoek

Verricht lichamelijk onderzoek bij patiënten met soa-gerelateerde klachten. Afwezigheid van zichtbare afwijkingen sluit aanwezigheid van een soa niet uit. Als er geen klachten zijn, is lichamelijk onderzoek niet nodig.

Bij alle patiënten:

- Inspecteer het anogenitale gebied. Let op de aanwezigheid van vesikels, erosies, crustae of ulcera, let op wratjes (condylomata acuminata) en luizen of neten en krabeffecten.

Tabel 1 Kenmerken en diagnostiek van soa

Aandoening en verwekker	Besmettingskans* en besmettingsweg	Incubatietijd	Klinisch beeld, natuurlijk beloop en complicaties	Diagnostiek
Chlamydia-infectie (*Chlamydia trachomatis*)	30-70%[16] Overdracht via direct slijmvliescontact, vooral genitogenitaal of genitoanaal, zelden orogenitaal. Kans op transmissie van man naar vrouw groter dan van vrouw naar man. Van moeder op kind.	1-3 weken	Vaak asymptomatisch (vrouwen tot 90%, mannen tot 50%).[17,18,19] Vrouwen: urethritis, cervicitis (contactbloedingen), intermenstrueel bloedverlies. Mannen: urethritis Na anaal seksueel contact: proctitis (cave LGV).[20] Natuurlijk beloop: bij ongeveer 50% van de vrouwen na een jaar niet meer aantoonbaar. **Complicaties**: PID, fertiliteitsproblemen,[18] perihepatitis, epididymitis, prostatitis, reactieve artritis. Neonaat: conjunctivitis, pneumonie.	NAAT/PCR Materiaalafname: bij vrouwen van vaginale wat bij voorkeur door de vrouw zelf afgenomen, bij mannen van 1e-straalsurine, bij anale seks en/of anale klachten en/of MSM tevens van rectum.[21] Wanneer testen: 3 weken na potentieel risicocontact, bij klachten direct (in dat geval herhalen na 3 weken bij negatieve testuitslag).
Gonorroe (*Neisseria gonorrhoeae*)	50-80%[22] Kans op transmissie van man naar vrouw groter dan van vrouw naar man. Overdracht via direct slijmvliescontact (oraal, anaal of vaginaal, ook zonder penetratie). Van moeder op kind.	2-14 dagen, gem. 8 dagen	Soms asymptomatisch (met name rectale infecties en bij vrouwen). Vrouwen: urethritis, cervicitis (met geelgroene, vaak onaangenaam ruikende afscheiding). Mannen: urethritis (met purulent écoulement). Na oraal of anaal seksueel contact: faryngitis, proctitis (vooral bij MSM). Natuurlijk beloop: grotendeels onbekend.[23] **Complicaties**: PID, epididymitis, gedisseminneerde infectie, bacteriële artritis. Neonaat: conjunctivitis.	1e keus: NAAT/PCR: materiaalafname; bij vrouwen van vaginale wat, bij mannen van 1e-straalsurine; bij anale seks en/of anale klachten en/of MSM tevens van rectum; bij MSM, prostituees en bij iedereen met orale seks en keelklachten tevens van farynx. 2e keus: Kweek: Wanneer testen: 3 weken na potentieel risicocontact, bij klachten direct (in dat geval herhalen na 3 weken bij negatieve testuitslag).
Syfilis (*Treponema pallidum*)	60%[24] Overdracht vooral via seksueel contact (genitaal, anaal of oraal, waarbij direct contact met actieve (vochtige) laesies nodig is). Transmissie van moeder op kind mogelijk (maar door screening zwangeren zeldzaam).	10-90 dagen	Soms asymptomatisch[25] Drie stadia:[25] 1e stadium: pijnloos ulcus met lymfadenopathie. 2e stadium: algemene klachten, huidafwijkingen. 3e stadium (na 2-30 jaar): orgaanlues. Patiënt met syfilis is vatbaarder voor hiv (en andersom).[26]	Serologie + NAAT/PCR van ulcusmateriaal (indien aanwezig). Wanneer testen: 3 maanden na potentieel risicocontact, bij klachten (ulcus) direct (in dat geval herhalen 3 maanden na potentieel risicocontact bij negatieve testuitslag, of eerder bij klachten).
Hepatitis B (hepatitis-B-virus)	1-40%[27] Overdracht via bloed, sperma en vaginaal vocht.[28] Van moeder op kind.	2-3 maanden	Vaak asymptomatisch Hepatitis **Complicaties**: dragerschap, levercirrose en levercelcarcinoom.	Serologie Wanneer testen: 3 maanden na potentieel risicocontact, bij klachten eerder (in dat geval herhalen 3 maanden na potentieel risicocontact bij negatieve testuitslag, of eerder bij klachten).
Hiv (humaan immunodeficiëntie virus)[29]	< 0,1-30%[30] Overdracht via bloed, sperma en vaginaal vocht. Van moeder op kind.	Max. 3 maanden	Primo-infectie met aspecifieke griepachtige klachten, vervolgens een asymptomatische fase.[13] Uiteindelijk opportunistische infecties, huidafwijkingen, cerebrale afwijkingen. Bij hiv-positieve MSM komt hepatitis C vaker voor.†	Serologie (combotest waarbij getest wordt op het p24 antigeen en hiv-antistoffen).[14] Wanneer testen: 3 maanden na potentieel risicocontact, bij klachten eerder (in dat geval herhalen 3 maanden na potentieel risicocontact bij negatieve testuitslag, bij klachten eerder).
Trichomonas (*Trichomonas vaginalis*)	70-100%	1-4 weken	Vaak asymptomatisch (vooral bij mannen), asymptomatisch dragerschap kan jaren duren. Vrouw: vaginitis (jeuk, irritatie, geelgroene fluor met belletjes, rode vaginawand en cervix met aardbeiaspect). Man: (zelden) urethritis. **Complicaties**: bij zwangeren geassocieerd met voortijdig breken vliezen, vroeggeboorte en laag geboortegewicht.[31] Risicofactor voor hiv-transmissie.[32]	Vrouwen: NAAT/PCR, fluorkweek of fysiologisch zoutpreparaat. Mannen: NAAT/PCR van de urine, of NAAT/PCR of specifieke trichomonaskweek van de urethra-uitstrijk. Wanneer testen: 4 weken na potentieel risicocontact, bij klachten direct testen en herhalen 4 weken na potentieel risicocontact bij negatieve testuitslag.

Aandoening en verwekker	Besmettingskans* en besmettingsweg	Incubatietijd	Klinisch beeld, natuurlijk beloop en complicaties	Diagnostiek
Herpes genitalis (herpes-simplexvirus type 1 en 2)	12-30%[33] Overdracht vooral via seksueel contact (genitaal, anaal of oraal). Kans op transmissie van man naar vrouw groter dan van vrouw naar man. Van moeder op kind.	2-12 dagen	Vaak asymptomatisch, maar ook dan kan virusoverdracht plaatsvinden. Primo-infect: prodromale fase met koorts, malaise, spierpijn, gevolgd door:[34] ■ bij vrouwen: pijn, jeuk, dysurie, fluor, lymfadenopathie. ■ bij mannen: urethritis, balanitis. Na ongeveer een week verschijnen huid- en slijmvliesafwijkingen met en ontwikkelen zich met helder vocht gevulde blaasjes die vervolgens kapot gaan waarbij ulcera en erosies ontstaan. Het virus blijft levenslang aanwezig. **Complicaties**: herpes neonatorum, aseptische meningitis, radiculopathie.	Diagnose op basis van klinisch beeld. Bij twijfel: NAAT/PCR van ulcusmateriaal. Beperkte indicatie voor serologie: zie hoofdtekst.
Condylomata acuminata (humaan papillomavirus, met name typen 6 en 11)[35]	60-80%[36] Belangrijkste besmettingsweg is via seksueel contact, maar kan ook via vingers en handdoeken plaatsvinden. Overdracht van moeder op kind mogelijk maar zeldzaam.[37]	1-8 maanden, gem. 3 maanden	Vaak asymptomatisch, maar ook dan kan virusoverdracht plaatsvinden. Wratten met een typische bloemkoolachtige structuur, rozerood tot grijswit. **Complicaties** (zeldzaam): grote invasieve tumoren, vooral bij hiv-positieve patiënt. Natuurlijk beloop: vaak spontante genezing. Overige patiënten: kan lang persisteren, hoog recidiefpercentage.	Diagnose op basis klinische beeld. Bij twijfel: histologisch onderzoek of HPV-onderzoek op wratmateriaal.
Schaamluis (*Pthirus pubis*)	Overdracht vooral via seksueel contact, kan ook via handdoeken en beddengoed verlopen (overlevingsduur buiten de gastheer is twee dagen).		Jeuk, parasiet zichtbaar op huid schaamstreek, neten zichtbaar, geklit aan haarschacht.	Klinisch beeld Directe microscopie van de luis

* Besmettingskans is afhankelijk van het soort seksueel contact (oraal, vaginaal, anaal), of het een eenmalig seksueel contact betreft of een vaste partner die besmet is met een soa, de aanwezigheid van andere soa en bij hiv de viral load.

† Het hepatitis-C-virus wordt met name overgedragen via bloed-bloedcontact maar bij hiv-positieve MSM vindt in toenemende mate ook overdracht plaats via seksueel contact, met een (acute) hepatitis-C-infectie als mogelijk gevolg. Hepatitis C valt buiten het bestek van deze standaard. Zie voor meer informatie over hepatitis B en C de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen.

Aanvullend bij vrouwen met vaginale klachten:
- Verricht speculumonderzoek. Let hierbij behalve op fluor, ook op de aanwezigheid van vesikels, erosies, ulcera of condylomata en op het aspect van de cervix en de vaginawand (zie verder de NHG-Standaard Fluor vaginalis).
- Verricht vaginaal toucher bij pijn in de onderbuik (zie verder de NHG-Standaard PID).

Aanvullend bij mannen met klachten passend bij urethritis of epididymitis:
- Inspecteer de schacht van de penis, de glans van de penis en de meatus urethrae.
- Is er afscheiding? Indien aanwezig: is deze purulent of helder? Laat bij ontbreken van afscheiding de urethra leegstrijken: komt er afscheiding uit de meatus? Is er roodheid rond de urethra?
- Is er een ulcus/ulcera of zijn er condylomata aan glans of preputium?
- Palpeer de inguïnale lymfeklieren, zijn deze vergroot, pijnlijk of niet pijnlijk (niet-pijnlijke vergrote lymfeklieren kunnen passen bij lues)?
- Onderzoek het scrotum: is er pijn en/of zwelling van de epididymis; harder aanvoelen van de epididymis en verlichting van de pijn bij elevatie van het scrotum?
- Meet bij vermoeden van epididymitis de temperatuur.

Aanvullend bij patiënten met één of meerdere ulcera:
- Is er sprake van meerdere ulcera, blaasjes, laesies?
- Is het ulcus pijnlijk of niet pijnlijk? Voelt het hard aan?

Aanvullend bij patiënten met klachten passend bij een proctitis:
- Inspecteer de perianale regio. Let op perianaal oedeem. Let daarnaast op de aanwezigheid van ulcera, blaasjes of wratjes.
- Palpeer de liezen, zijn er vergrote en pijnlijke lymfeklieren?
- Verricht eventueel een proctoscopie (facultatief, zie voor uitvoering de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies).

Aanvullend onderzoek

De huisarts adviseert de patiënt over welke tests zinvol zijn, en bespreekt ook dat er aan soa-tests kosten verbonden zijn voor de patiënt. De huisarts besluit samen met de patiënt welke diagnostiek al dan niet verricht zal worden.[38]

De huisarts beschikt over het benodigde afnamemateriaal voor het micro-

biologisch laboratorium waarmee hij samenwerkt.

Welke test voor welke patiënt?

Bij een patiënt *met klachten behorend tot een risicogroep*:

- verricht onderzoek naar *Chlamydia trachomatis*, gonorroe, syfilis, hiv en hepatitis B, afhankelijk van de klachten aangevuld met overige specifieke diagnostische tests, ongeacht of condooms zijn gebruikt, omdat condooms geen 100% bescherming bieden tegen alle soa en niet altijd op de juiste wijze worden toegepast. Het materiaal en de locatie van testafname hangen af van de risicogroep en van het seksuele gedrag (vaginaal, anaal en/of orogenitaal seksueel contact): zie [**tabel 1**]. Geef bij een rectale swab op het labformulier aan dat het een rectale monsterafname betreft. Bij een bewezen rectale chlamydia-infectie bij MSM moet worden doorgetest op LGV, de meeste laboratoria zullen dit automatisch doen wanneer een rectale swab positief is voor een chlamydia-infectie.

Bij een patiënt *met klachten niet behorend tot een risicogroep*:

- verricht een chlamydiatest, tenzij er duidelijke aanwijzingen zijn voor een herpesinfectie, condylomata acuminata of schaamluis die de klachten verklaren (bied ook dan patiënten < 25 jaar wel laagdrempelig een chlamydiatest aan);[39]
- Bij vaginale fluor (en risico op een soa, zoals bij onbeschermd seksueel contact): verricht een chlamydia- en gonorroetest, en onderzoek op *Trichomonas*. Andere tests die gedaan kunnen worden zijn het meten van de pH van de fluor, de aminetest, en microscopisch onderzoek van het KOH-preparaat. Zie de NHG-Standaard Fluor vaginalis.
- Bij urethritisklachten met afscheiding (man): verricht een chlamydia- en gonorroetest (eerste-straalsurine).
- Bij urethritisklachten zonder afscheiding (man): verricht urineonderzoek (*dipstick* of sediment van eerste-straalsurine). Verricht vervolgens bij leukocyturie een chlamydia- en gonorroetest (eerste-straalsurine).
- Bij klachten passend bij epididymitis: verricht een chlamydia- en gonorroetest en zet een banale urinekweek in.
- Bij een hard en pijnloos ulcus (vermoeden van syfilis): maak een keuze tussen ofwel direct te verwijzen naar een dermatoloog, of serologisch onderzoek, in combinatie met NAAT/PCR-diagnostiek uit het ulcus te verrichten naar syfilis (uitstrijk van de bodem van het ulcus). Negatieve serologie sluit in dit stadium syfilis niet uit. Herhaal het serologisch onderzoek in dat geval na enkele weken tot maximaal drie maanden of verwijs alsnog.
- Bij blaasjes: verricht bij twijfel over de diagnose een NAAT/PCR met het daarvoor geschikte materiaal. Overweeg serologisch onderzoek bij patiënten die niet bekend zijn met genitale herpes, maar waarvan de partner dat wel is, in verband met preventieve maatregelen (bijvoorbeeld condoomgebruik) en bij zwangere vrouwen bij wie in het laatste trimester voor het eerst symptomen worden vastgesteld. Typespecifieke antistoffen in het bloed kunnen pas acht tot twaalf weken na besmetting worden aangetoond. Zijn de antistoffen niet aantoonbaar, dan betreft het een primaire infectie.
- Bij wratjes: aanvullende diagnostiek is meestal niet nodig. Indien aanvullende diagnostiek gewenst is, kan histologisch onderzoek of HPV-onderzoek op een verwijderde wrat plaatsvinden.
- Bij proctitisklachten en anale seks in de afgelopen zes maanden: verricht een rectale chlamydia- en gonorroetest en bij ulcera en erosies NAAT/PCR-diagnostiek naar syfilis en herpes en serologisch onderzoek op syfilis.
- Bij vermoeden van orale gonorroe (bijvoorbeeld bij keelklachten bij een partner met gonorroe): neem een uitstrijk af van de keel voor een NAAT/PCR op gonorroe.

Uitstrijken van rectum en keel moeten altijd in een separaat transportmedium worden vervoerd.

Bij een patiënt *zonder klachten* maar met vragen over soa, verzoek om soa-test of angst voor soa of bij wie de huisarts aanleiding heeft over soa te beginnen, gaat de huisarts na of de patiënt behoort tot een risicogroep.

Patiënten (*zonder klachten*) behorend tot een risicogroep: het beleid bij deze groep is niet eenduidig. De huisarts maakt een afweging op grond van afkomst en gedrag. Alertheid van de huisarts op hiv en hepatitis B is van groot belang, ook bij patiënten die niet komen met een vraag over soa, of bij wie geen sprake is van seksueel risicogedrag. Ook door afkomst of seksueel risicogedrag in het verleden kan sprake zijn van een verhoogd risico op hepatitis B en/of hiv. Het testbeleid is als volgt:

- Raad patiënten die door hun huidige gedrag (veel wisselende contacten; ≥ 3 partners in de afgelopen 6 maanden, MSM) of beroep (prostituees) veel risico lopen op een soa een test aan op *Chlamydia trachomatis*, gonorroe, syfilis, hepatitis B en hiv of verwijs ze naar de GGD. Zie [**kader aanbevelingen voor preventie en vroege opsporing van soa's**].
- Bied MSM die alleen in het verleden risicogedrag hebben vertoond, in elk geval laagdrempelig een hiv-test aan, eventueel aangevuld met een hepatitis-B-test bij ongevaccineerden.
- Bied patiënten uit hiv-endemische gebieden laagdrempelig een hiv-test aan[6] en vul deze aan met een hepatitis-B-test[5] voor patiënten uit hepatitis-B-hoog-endemisch gebied.
- Bied jongeren (< 25 jaar) laagdrempelig een chlamydiatest aan (bij soa-gerelateerde vragen, zoals verzoek om anticonceptie).
- Maak bij de overige patiënten een inschatting van het risico op soa en bespreek of tests nodig zijn. In het algemeen is een chlamydiatest het eerst aangewezen onderzoek, maar als het risico van een soa te verwaarlozen is, kunnen huisarts en patiënt ook besluiten af te zien van tests.

Patiënten *zonder klachten* niet behorend tot een risicogroep:

- Bied jongeren (< 25 jaar) laagdrempelig een chlamydiatest aan (bij soa-gerelateerde vragen, zoals verzoek om anticonceptie).
- Maak bij de overige patiënten een in-

schatting van het risico op soa en bespreek of tests nodig zijn. In het algemeen is een chlamydiatest het eerst aangewezen onderzoek maar als het risico van een soa te verwaarlozen is kunnen huisarts en patiënt ook besluiten af te zien van tests.
- Nodig een patiënte bij wie *Trichomonas* is gevonden in een cervixuitstrijkje uit op het spreekuur voor het afnemen van een soa-anamnese, en neem op grond daarvan zo nodig soa-tests af.[40]

Evaluatie

Stel een diagnose op basis van het klinisch beeld vast in de volgende gevallen:
- *Urethritis*:[41] bij klachten in combinatie met afscheiding of leukocyturie.
- Overweeg bij urethrale klachten zonder afscheiding en zonder leukocyturie:
  - een mechanische oorzaak (manipulaties aan de urethra, frequent masturberen);
  - prostatitis (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties);
  - aspecifieke klachten (zie de NHG-Standaard mictieklachten bij mannen).
- *Epididymitis* (op basis van een soa) bij (unilaterale) scrotale pijn en zwelling, eventueel gepaard gaand met koorts, erytheem van de scrotale huid en algemene malaise én kans op een soa. Tot de differentiaaldiagnostische overwegingen behoort altijd een torsio testis.
- *Proctitis* (op basis van een soa) bij een patiënt met passief anaal seksueel contact in de voorafgaande zes maanden, met klachten van bloed of slijm bij de ontlasting en/of anale afscheiding, eventueel samengaand met klachten van hevige, krampachtige of loze of pijnlijke aandrang voor de ontlasting. Denk bij proctitis in combinatie met buikklachten differentiaaldiagnostisch aan IBD (*inflammatory bowel disease* zoals *M. Crohn* of colitis ulcerosa) of een maag-darminfectie.
- *PID*: bij niet-acute pijn in de onderbuik, opdruk- of slingerpijn bij vaginaal toucher, pijnlijke of gezwollen adnexen (zie de NHG-Standaard PID).

Stel een diagnose op basis van een verwekker vast in de volgende gevallen:
- *Chlamydia- of gonorroe-infectie*: bij een positieve NAAT/PCR of bij een positieve gonorroekweek.
- *LGV (variant van een chlamydia-infectie)*: indien bij MSM met een rectale chlamydia-infectie de doortypering positief is voor LGV.
- *Syfilis:* bij een positieve NAAT/PCR bij een ulcus, of bij een positieve uitslag van TPPA of TPHA en FTA-abs of immunoblot, indien deze niet het gevolg zijn van een in het verleden behandelde syfilis ('serologisch litteken'). Bepaal in dat geval de VDRL.
- *Hepatitis B*: bij positieve serologie. Interpreteer de testuitslagen volgens de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen. Zie de NHG-Standaard Virushepatitis (ook voor informatie over hepatitis C).
- *Hiv-infectie:* bij positieve serologie voor anti-hiv en het p24-antigeen of positieve uitslag op hiv-RNA viral-loadtest bij vermoeden acute hiv-infectie.
- *Trichomoniasis:* als *Trichomonas* in het directe fluorpreparaat aanwezig is of bij een positieve NAAT/PCR of kweekuitslag, of bij *Trichomonas* in het cervixuitstrijkje.
- *Herpes genitalis:* op basis van de klachten en de aanwezigheid van pijnlijke vesikels, pustels, erosies of crustae of bij een positieve uitslag van de NAAT/PCR. Maak onderscheid tussen een eerste infectie (veel klachten, algemene verschijnselen, groot geïnfecteerd oppervlak, gezwollen lymfeklieren) en een recidief. Bij een negatieve serologische test (indien afgenomen) én aanwezigheid van klachten is er sprake van een primaire infectie of een andere diagnose; bij een positieve serologische test én aanwezigheid van klachten is er sprake van een recidief. Verwijs zwangeren met een primo-infectie bij een zwangerschapsduur ≥ 34 weken naar de gynaecoloog (zie de paragraaf *Verwijzing*).
- *Condylomata acuminata*: bij aanwezigheid van rozerode tot grijswitte wratten met een gelobd, bloemkoolachtig oppervlak en een doorsnede van 1 tot 5 mm; onderscheid condylomata van hemorroïden, marisken (*skin tags*), dermatofibromen, bij de man fysiologische *pearly penile papules* (meerdere kleine parelmoerachtige papeltjes bij de corona van de glans van de penis) en de zelden voorkomende condylomata lata (vochtige, vlakke, brede papillomateuze zwellingen) voorkomend bij het tweede stadium van lues.
- *Pediculosis pubis*: bij aanwezigheid van luizen en/of neten in het schaamhaar. Denk bij jeukklachten ook aan scabiës als verwekker, een aandoening die ook via intiem contact kan worden overgedragen. Zie de Farmacotherapeutische richtlijn Scabiës.

RICHTLIJNEN BELEID

Voor het beleid bij fluor vaginalis en vermoeden van PID wordt verwezen naar de NHG-Standaarden over deze onderwerpen.

Voorlichting

Patiënten met aangetoonde soa

De huisarts geeft informatie over de aandoening, de besmettelijkheid en mogelijke complicaties [**tabel 1**]. De huisarts biedt bij een positieve testuitslag begeleiding aan bij de verwerking en de partnerwaarschuwing. Bij hepatitis B of hiv wordt ook aandacht besteed aan familie en/of vrienden (zie voor meer informatie over hiv-counseling de website www.nhg.org). Geef hierbij aan hoe de patiënt ter ondersteuning in contact kan komen met andere seropositieven en lotgenoten.[42] Besteed ook aandacht aan aspecten als seksuele gezondheid, psychische klachten en alcohol- en drugsgebruik omdat deze mede van invloed kunnen zijn op de therapietrouw van de patiënt. Voorts geeft de huisarts voorlichting over de behandeling en het controlebeleid en het testadvies voor de eventuele partners.

Veilig vrijen

Veilig vrijen houdt in dat het risico op overdracht van soa's zo veel mogelijk wordt voorkomen. Dit kan door vermijden van onbeschermd seksueel contact (oraal, vaginaal en anaal) en bloedcontact en door tijdig condooms te gebruiken, omdat het voorvocht ook infectieus kan zijn. De huisarts bespreekt het ri-

sico van een soa en veilig vrijgedrag met patiënten die vragen of klachten hebben over soa of seksualiteit, of indien de huisarts een aanleiding heeft hierover te beginnen. De huisarts adviseert patiënten bij een nieuwe partner ten minste drie maanden condooms te gebruiken, en om daarna met de huisarts te bespreken of het raadzaam zou zijn zich te laten testen op soa's (patiënt en partner) bij de wens om deze achterwege te laten. Houd hierbij rekening met de motivatie van de patiënt om veilig te vrijen en zo ja, wat de redenen zijn (geweest) om dat niet te doen. Denk hierbij aan barrières voor de patiënt om daarover met de partner in gesprek te gaan: geen spelbreker willen zijn, aanpassen aan de wens van de partner, culturele verschillen, alcohol- en drugsgebruik. De huisarts stimuleert patiënten over hun motieven en gewenst gedrag na te denken om niet overrompeld te worden door het moment. Dit laatste blijkt vooral vaak te gebeuren bij jongeren die voor de eerste keer seks hebben.[43] De huisarts adviseert om een condoom bij de hand te hebben.

Het testen op soa's is geen alternatief voor veilig vrijen.

Spreek met patiënten die zelf veelvuldig vragen om een soa-test zonder dat daar gezien hun risicogedrag duidelijk reden voor is over hun angst om besmet te raken en overweeg om de hulp van een psycholoog of seksuoloog in te schakelen.

Zie voor preventie het [**kader aanbevelingen voor preventie en vroege opsporing van soa's**].

Partnerwaarschuwing

De huisarts brengt bij een patiënt met een aangetoonde soa partnerwaarschuwing ter sprake. Zie [**tabel 2**]. Maak bij partnerwaarschuwing onderscheid of er sprake is van een symptomatische, of een asymptomatische infectie.

Als de patiënt het moeilijk vindt om contact op te nemen, kan de huisarts hiervoor schriftelijk materiaal (een zogenaamde waarschuwingsstrook van Soa-Aids-Nederland, www.soaaids.nl/bestellen/professionals) meegeven of de GGD inschakelen voor contactopsporing. Schakel de GGD ook in bij anonieme contacten.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over soa op de website www.thuisarts.nl, of de NHG-patiëntenbrieven of andere schriftelijke informatie meegeven.[44]

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling per aandoening

De medicamenteuze behandeling is gericht op de verwekker van de soa, aangetoond met aanvullend onderzoek. Bij vermoeden van een soa hoeft in sommige gevallen niet te worden gewacht op de uitslag van dit onderzoek en kan de huisarts direct starten met een behandeling. Voor het beleid bij fluor vaginalis en vermoeden van PID wordt verwezen naar de NHG-Standaarden over dit onderwerp.

Urethritis. Start direct na afname van materiaal voor microbiologisch onderzoek met een behandeling gericht op chlamydia-infectie (zie *Medicamenteuze behandeling per verwekker*).[46] Dubbelbehandeling (gericht tegen een chlamydia-infectie en gonorroe) is aangewezen indien (snel)diagnostiek niet mogelijk is of bij een groot risico op gonorroe (purulente afscheiding uit de penis, contact met patiënt met bewezen gonorroe, snel optreden van klachten (2 tot 6 dagen) na risicocontact, seksueel contact met prostituee, homo- of biseksueel contact). Zie voor de medicamenteuze behandeling van gonorroe *Medicamenteuze behandeling per verwekker.*

Epididymitis (vermoedelijk op basis van een soa).[47] Start vooruitlopend op de uitslag van aanvullend onderzoek, bij een (vermoeden van) chlamydia-infectie:

- Doxycycline 2 maal daags 100 mg gedurende 14 dagen.
  Bij allergie voor doxycycline: levofloxacine 1 maal daags 500 mg gedurende 14 dagen of ofloxacine 2 maal daags 400 mg gedurende 14 dagen.

Bij een grote kans op simultane gonokokkeninfectie tevens:

- Ceftriaxon 500 mg intramusculair eenmalig. Poeder (500 mg) voor i.m. injectie oplossen in 2 ml lidocaïnehydrochloride 10 mg/ml (1%) oplossing ter preventie van de pijn.[48]
  Contra-indicaties: allergie voor cefalosporines of lidocaïne en anafylactische reactie op penicilline (kruisovergevoeligheid). Bij allergie voor lidocaïne deze achterwege laten.
- Bij allergie voor ceftriaxon: zie *Medicamenteuze behandeling per verwekker, gonorroe.*

Proctitis (vermoedelijk op basis van een soa, zie voor proctitis die niet is veroorzaakt door een soa de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies). Bij een (vermoeden van) anale chlamydia-infectie (vooruitlopend op de uitslag van aanvullend onderzoek):

- Doxycycline 2 maal daags 100 mg gedurende 7 dagen.[49]

Bij een grote kans op simultane gonokokkeninfectie (vooruitlopend op de uitslag van aanvullend onderzoek) tevens:

- Ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig.
- Bij allergie voor ceftriaxon: zie *Medicamenteuze behandeling per verwekker, gonorroe.*

Bij bewezen LGV:

- Doxycycline 2 maal daags 100 mg gedurende 21 dagen.

Bij klinische verdenking HSV-infectie of bewezen syfilis: adequate therapie (zie *Medicamenteuze behandeling per verwekker*).

PID. Zie de NHG-Standaard PID.

Medicamenteuze behandeling per verwekker

Chlamydia. Bij een ongecompliceerde chlamydia-infectie (zonder PID, epididymitis, (a)symptomatische proctitis of LGV) geeft de huisarts:

- Eerste keus (ook bij zwangerschap): azitromycine 1 g eenmalig oraal.[50]
- Tweede keus (niet bij zwangerschap): doxycycline 2 maal daags 100 mg gedurende 7 dagen.[51] Bij zwangerschap amoxicilline 3 maal daags 500 mg gedurende 7 dagen. Bij een LGV-infectie wordt doxycycline 2 maal daags 100 mg gedurende 3 weken gegeven.

Gonorroe. Multiresistentie van gonorroe is een groeiend probleem.[52] Bij vermoeden van gonorroe of bij een positieve testuitslag:

- Eerste keus (ook bij zwangerschap):

Tabel 2 **Partnerwaarschuwing***

Soa	Partnerwaarschuwing
Chlamydia trachomatis en gonorroe	Bij symptomatische *Chlamydia trachomatis* of gonorroe bij mannen: alle partners uit de 4 tot 6 weken voorafgaand aan het begin van de klachten. Bij asymptomatische *Chlamydia trachomatis* of gonorroe en bij vrouwen, of als de infectie al langer bestaat: alle partners van de laatste 6 maanden.
Hepatitis-B-infectie	Is meldingsplichtig aan de GGD volgens de Wet Publieke Gezondheid. GGD waarschuwt contacten tot minimaal 6 maanden terug voor contactonderzoek en vaccinatie.
Hiv	Alle huidige partners en alle partners uit het voorafgaande jaar. Eventueel verder teruggaan in de tijd, maar alleen die partners waarschuwen, waarbij redelijkerwijs kan worden aangenomen dat zij een risico van infectie (overdracht) van hiv hebben op basis van de risico-anamnese en het vermoedelijke moment van infectie.
Trichomonas	Alle partners van de voorafgaande 4 weken worden na waarschuwing meebehandeld (en getest), ongeacht of er wel of geen klachten zijn.
Herpes genitalis	Contactopsporing is niet zinvol (geen effectieve preventie mogelijk), het informeren van seksuele partner(s) wel.
Condylomata acuminata	Contactopsporing is niet zinvol (geen effectieve preventie mogelijk), het informeren van seksuele partner(s) wel.
Schaamluis	Alle partners uit de voorafgaande 2 maanden.

**voor syfilis zie noot.*[45]

ceftriaxon 500 mg intramusculair eenmalig.[48] Poeder (500 mg) voor i.m. injectie oplossen in 2 ml lidocaïnehydrochloride 10 mg/ml (1%) oplossing ter preventie van de pijn. Contra-indicaties: allergie voor cefalosporines of lidocaïne en anafylactische reactie op penicilline (kruisovergevoeligheid). Bij allergie voor lidocaïne deze achterwege laten.

- Tweede keus: verricht bij patiënten met een contra-indicatie voor ceftriaxon een kweek en behandel op geleide van de kweekuitslag. Benadruk dat de patiënt in afwachting van de kweekuitslag geen seksueel contact mag hebben.
- Alternatieve opties op geleide van de kweekuitslag zijn: ciprofloxacine 500 mg eenmalig oraal, of eventueel; amoxicilline 3 g oraal eenmalig.[48]
- Derde keus: bij contra-indicatie voor ceftriaxon i.m. en als het niet mogelijk is om een kweekuitslag af te wachten en op grond daarvan te behandelen: azitromycine 2 g oraal eenmalig. Deze behandeling verdient niet de voorkeur aangezien deze hoge dosering vaak bijwerkingen geeft (waardoor het middel vaak ook niet binnengehouden wordt). Na orale behandeling met azitromycine is een controle door middel van NAAT/PCR (minimaal 4 tot 6 weken na behandeling) of kweek (minimaal 1 tot 2 dagen na beëindigen therapie) geïndiceerd, tenzij de kweekuitslag bekend is en is gebleken dat de bacterie gevoelig is voor azitromycine.

Syfilis. Bij een patiënt met syfilis kan de huisarts ervoor kiezen om ofwel te verwijzen naar een soa-polikliniek of dermatoloog voor behandeling, of om zelf te behandelen (facultatief). Verwijs patiënten die syfilis langer dan een jaar geleden hebben opgelopen evenals zwangeren en patiënten met een hiv co-infectie altijd voor behandeling naar de soa-poli of dermatoloog en internist. Denk ook aan serologische controle (zie controle) en aan partnerwaarschuwing. Schakel zo nodig de GGD in.

Indien ervoor gekozen wordt de patiënt met *primaire of secundaire syfilis* zelf te behandelen (facultatief):

- 2,4 miljoen eenheden benzathinebenzylpenicilline intramusculair. Eventueel per ampul van 1,2 miljoen IE oplossen in 2 cc lidocaïne 20 mg/ml (2%) + 2 cc fysiologisch zout, in elke bil.
- Bij (goed gedocumenteerde) penicillineallergie: 2 maal daags 100 mg doxycycline gedurende 2 weken.[53]

Trichomoniasis.

- Behandel met metronidazol 2 g oraal eenmalig. Dit advies geldt ook in de zwangerschap (bij voorkeur niet gebruiken in het eerste trimester; stel behandeling dan uit tot het tweede trimester).
- Bij zwangerschap in het eerste trimester (als uitstel van behandeling niet gewenst is): clindamycine vaginale crème (2%) 1 maal daags gedurende 7 dagen of clindamycine 2 maal daags 300 mg oraal gedurende 7 dagen.
- Bij behandeling tijdens borstvoeding is onderbreken van de borstvoeding niet nodig; overweeg alleen tijdelijk onderbreken van borstvoeding gedurende 12 uur na inname bij weigeren van de borst in verband met metaalsmaak van de borstvoeding.[54]

Herpes genitalis. Antivirale middelen beperken de duur en de ernst van de ziekteverschijnselen evenals de duur van de uitscheiding van het virus. Het virus blijft echter aanwezig.[55]

Primo-infectie:

Geef niet-zwangere patiënten met een primo-infectie met ernstige klachten antivirale behandeling. Start hiermee binnen 5 dagen na start van de symptomen, of zolang de herpesinfectie nog in progressie is.

- Valaciclovir 2 maal daags 500 mg gedurende 5 dagen.
- Immuungecompromitteerde patiënten: valaciclovir 2 maal daags 1000 mg gedurende 10 dagen of tot re-epithelialisatie van de laesies optreedt.
- Wees alert op eventuele secundaire bacteriële infecties en behandel deze.

Recidief:

- Behandel patiënten met geringe klachten symptomatisch met een indrogende pasta, bijvoorbeeld zinkoxidesmeersel of het betere afwasbare zinkoxidevaselinecrème (10%) of zinksulfaatvaselinecrème (0,5%) dat geen vlekken geeft.
- Overweeg pijnstilling lokaal met lidocaïnezinkoxidesmeersel (5%), of systemisch met paracetamol of een NSAID.

Behandel een recidief met ernstige klachten met antivirale therapie. Start hiermee binnen 48 uur na het ontstaan van de eerste tekenen (prodromen).

- Valaciclovir 2 maal daags 500 mg gedurende 3 tot 5 dagen.
- Bij immuungecompromitteerde patiënten: valaciclovir 2 maal daags 1000 mg gedurende 5 dagen.
- Wees alert op eventuele secundaire bacteriële infecties en behandel deze.

Recidiefprofylaxe:

- Overweeg bij frequente recidieven (> 6 per jaar) met veel klachten profylaxe met valaciclovir 1 maal daags 500 mg.
- Evalueer na 6 tot 12 maanden en overweeg dan samen met de patiënt om de medicatie op proef te staken.
- Hervat de medicatie bij frequente recidieven na staken (blijkend uit ten minste twee episoden in korte tijd) en evalueer vervolgens jaarlijks.

Zwangeren:

- Verwijs zwangeren met een primo-infectie bij een zwangerschapsduur ≥ 34 weken naar de gynaecoloog. Overleg met de gynaecoloog of er alvast via de huisarts diagnostiek afgenomen en behandeling gestart moet worden.
- Behandel zwangeren bij een zwangerschapsduur < 34 weken met veel klachten van uitgebreide, al dan niet primaire, herpes genitalis met aciclovir (5 maal daags 200 mg of 3 maal daags 400 mg beide gedurende 5 dagen).[56]
- Overweeg om indien er sprake was van een recidief of primo-infectie bij < 34 weken amenorroeduur, in overleg met de verloskundige of gynaecoloog, gedurende de laatste 4 weken van de zwangerschap profylactisch aciclovir 3 maal daags 400 mg voor te schrijven om besmetting van de pasgeborene te voorkomen.

Condyloma acuminata. Condylomata geven cosmetische klachten, maar kunnen ook een psychoseksuele belasting vormen. Er kan voor gekozen worden om ofwel te behandelen, of het spontane beloop af te wachten: het merendeel (tot 90%) van de wratten verdwijnt spontaan in 2 jaar tijd. Over immuniteit is weinig bekend. Wanneer een patiënt met condylomata behandeling wenst, kan hij kiezen voor medicamenteuze behandeling, cryotherapie of elektrocoagulatie.

Medicamenteuze behandeling is mogelijk met lokale applicatie (niet toepassen op bloedende wratten, open wonden of moedervlekken). Behandeling die gestart wordt bij beginnende condylomata is effectiever dan bij langer bestaande laesies. Huisarts en patiënt maken een afweging tussen behandeling door de huisarts of thuisbehandeling door de patiënt. Bij lokale applicatie wordt de omringende (gezonde) huid beschermd met vaseline.

Behandelingen die door de patiënt zelf toe te passen zijn:[57]

- Eerste keus: podofyllotoxine (crème 0,15%, oplossing in alcohol 0,5%): 2 maal daags gedurende 3 opeenvolgende dagen per week, zo nodig maximaal 5 opeenvolgende weken. Na applicatie vloeistof goed laten drogen.
- Tweede keus: imiquimodcrème (5%): 1 maal daags, 3 maal per week, om de dag dun aanbrengen voor het slapengaan en na 6 tot 10 uur verwijderen met water en zeep, behandeling voortzetten tot wratten niet meer zichtbaar zijn, maximaal 16 opeenvolgende weken. Laat niet-besneden mannen met wratten bij of onder de voorhuid het aangedane deel dagelijks wassen vanwege risico op ernstige phimosis en verkleving.
- Derde keus: sinecatechineszalf (10%): 3 maal daags aanbrengen gedurende maximaal 16 weken. Niet voorschrijven bij immuungecompromitteerde patiënten.

Bij behandeling door de huisarts stipt deze wekelijks de condylomata aan met trichloorazijnzuur 80 tot 90%.

Zwangerschap is een contra-indicatie voor de genoemde middelen. Een alternatief is elke 2 tot 3 weken aanstippen met vloeibare stikstof. Dit mag ook toegepast worden tijdens de zwangerschap.

Door de dermatoloog kunnen nog andere therapieën worden uitgevoerd.[57]

Pediculosis pubis. De behandeling is gericht op het doden van luizen en neten.[58]

- Permetrinecrème (5%): bij voorkeur enkele uren voor het slapengaan aanbrengen met handschoenen op de schaamstreek, het perianale gebied, mediaal op de bovenbenen en op de rompbeharing die zich uitstrekt tot de pubisbeharing. Behandel de overige lichaamsbeharing voor zover deze luizen of neten bevat. Zorg dat de crème niet op de slijmvliezen komt. Na 8 tot 12 uur grondig afwassen met water en zeep (niet in bad omdat permetrine dan via badwater te veel opgenomen kan worden in het lichaam). Kam schaamhaar als het nog nat is dagelijks (gedurende 2 weken) met een fijntandige luizenkam om dode luizen en neten te verwijderen.
- Malathionlotion (0,5%): bij voorkeur enkele uren voor het slapengaan aanbrengen met handschoenen op droog haar, op de binnenkant van de dijen, op penis of buitenkant schaamlippen (maar niet op slijmvliezen) en rond anus en na 12 uur afwassen of douchen met lauwwarm water en zeep (niet in bad omdat malathion dan via badwater te veel opgenomen kan worden in het lichaam). Kam schaamhaar als het nog nat is dagelijks (gedurende 2 weken) met een fijntandige luizenkam om dode luizen te verwijderen. Ontraad zwemmen gedurende 24 uur (chloor gaat de werking van malathion tegen).
- Herhaal de behandeling met permetrine of malathion na 1 week zodat uitgekomen luizen worden gedood.
- Was beddengoed, handdoeken en (onder)kleding op een temperatuur ≥ 60° Celsius. Wat niet gewassen kan worden, moet worden gestoomd of chemisch gereinigd, of een week lang in een afgesloten zak of 24 uur in een afgesloten zak in de diepvries bewaard worden.

Overige medicamenteuze adviezen

Postexpositieprofylaxe. Na een seksueel contact kan er, evenals na een prikaccident, aanleiding zijn een behandeling in te stellen gericht op het voorkómen van een infectie met het hepatitis-B-virus of hiv. Deze postexpositieprofylaxe (PEP) is aangewezen bij contacten met een verhoogd risico. Er is sprake van een verhoogd risico bij onbeschermd contact (of een gescheurd condoom) met een

partner van wie bekend is of zeer waarschijnlijk is dat deze besmet is met het hepatitis-B-virus of hiv. Verder dient PEP overwogen te worden na verkrachting.[59] Bespreek dit met de patiënt en verwijs in het voorkomende geval hiervoor met spoed (liefst binnen 2 uur, uiterlijk binnen 72 uur) naar de arts infectieziekten van de GGD, of – afhankelijk van plaatselijke werkafspraken – naar die instelling die hier de zorg voor draagt.

Pre-expositieprofylaxe. PrEP (pre-expositieprofylaxe) wordt vooralsnog alleen in onderzoeksverband voorgeschreven en daarom niet geadviseerd.[60]

Partners. Overweeg om bij een *partner van een patiënt met een chlamydia- of gonorroe-infectie* of *Trichomonas* na materiaalafname (van partner) alvast direct, zonder uitslagen van nadere diagnostiek af te wachten, te behandelen. Ook als de partner geen klachten heeft, tenzij er geen seksueel contact is geweest binnen de incubatieperiode. Handel verder, afhankelijk van de risicoschatting en aan- of afwezigheid van klachten, conform de paragraaf *Diagnostiek*. Behandel partners uit het verleden zo nodig, rekening houdend met de incubatieperiode, ook mee. Zie [**tabel 2**].

CONTROLE EN VERWIJZING

Controle

Spreek met de patiënt een controle af na ongeveer een week als er aanvullende diagnostiek is ingezet om de uitslag en eventueel verder beleid te bespreken. Dit kan telefonisch of op het spreekuur.

Bespreek met de patiënt, als een chlamydia-, gonorroe-, syfilis-, hepatitis-B- of hiv-test positief is, diagnostiek naar de overige aandoeningen indien dat nog niet is gebeurd.

Het controlebeleid is afhankelijk van de aandoening en aangetoonde verwekker.

Controle per aandoening

Urethritis: spreek een controle af bij aanhoudende klachten na behandeling:

- Ga bij mannen met persisterende klachten na of de oorspronkelijke behandeling is afgemaakt, en of er mogelijk sprake is van herbesmetting of een nieuwe besmetting. Is de behandeling goed opgevolgd en is er geen sprake van een herbesmetting of nieuwe besmetting, geef dan aan patiënten die nog geen azitromycine gekregen hebben alsnog een behandeling met azitromycine omdat er mogelijk sprake is van *Mycoplasma genitalium*, en een behandeling gericht tegen *Trichomonas* (al dan niet na testen, in overleg met de patiënt).
- Verricht bij een bewezen gonorroe-infectie tevens een kweek met resistentiebepaling gezien de mogelijkheid van een multiresistente gonokok, of ga als deze al was afgenomen na wat de uitslag is en stem het beleid hierop af.

Epididymitis: spreek een controle af na drie dagen. Evalueer de klachten en stel zo nodig het beleid bij.

Proctitis: spreek een controle af na ongeveer een week en zo nodig eerder afhankelijk van de ernst van de klachten.

- Evalueer de klachten en bespreek de resultaten van het aanvullend onderzoek en of daar nog verdere actie op nodig is.
- Verricht indien bij proctitis *Chlamydia trachomatis* gevonden is bij MSM, aanvullend onderzoek op LGV.[20] Het laboratorium kan dit uitvoeren op het al ingestuurde materiaal.

Zie bij twijfel of aanhoudende klachten ook de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies.

Controle per verwekker

Chlamydia- en/of gonorroe-infectie: controle na behandeling is niet nodig na een ongecompliceerde chlamydia- of gonorroe-infectie indien behandeld is met het eerstekeusmiddel. Verricht wel een controletest in de volgende gevallen:

- bij zwangeren: verricht een controletest na drie weken;
- bij aanhoudende of recidiverende klachten (verricht bij gonorroe een kweek met resistentiebepaling);
- bij re-expositie aan een onbehandelde bron;
- indien niet behandeld is met een eerstekeusmiddel (azitromycine of doxycycline voor chlamydia, ceftriaxon voor gonorroe).

Geef de patiënt bij wie een chlamydia-

Aanbevelingen voor preventie en vroege opsporing van soa's

- Raad patiënten die door hun gedrag (veel wisselende contacten, MSM) of beroep (prostituees) veel risico lopen op een soa aan zich regelmatig te laten testen op chlamydia, gonorroe, syfilis, hiv en hepatitis B. Dit gebeurt bij voorkeur bij de GGD, maar kan ook bij de huisarts plaatsvinden. De aanbevolen controlefrequentie is: bij MSM 1 à 2 keer per jaar, prostituees 4 keer per jaar, patiënten met veel wisselende partners 1 à 2 keer per jaar. Bespreek de wenselijkheid van dit beleid met de patiënt en spreek af waar de patiënt zich laat testen.
- Besteed aandacht aan veilig vrijen en aan partnerwaarschuwing. Zie *Beleid*.
- Bespreek met patiënten uit risicogroepen (MSM en sekswerkers) of zij gevaccineerd zijn tegen hepatitis B (gratis voor deze risicogroepen) en adviseer vaccinatie bij niet-gevaccineerden.
- Bied laagdrempelig een hiv-test aan bij aandoeningen zoals cervixdysplasie, herpes zoster (met name bij jongere patiënten), hepatitis B of C, (nieuw, ernstig) seborrhoïsch eczeem, persisterende leukopenie/trombocytopenie, mononucleosis/pfeifferachtige beelden en recidiverende pneumonieën omdat bij deze aandoeningen de kans op ongediagnosticeerde hiv verhoogd is.[63]
- Sinds 2009 worden meisjes via het Rijksvaccinatieprogramma gevaccineerd met een vaccin gericht tegen humaan papillomavirus (HPV), typen 16 en 18. Deze vaccinatie is gericht tegen het ontstaan van baarmoederhalskanker en is effectief, vooral bij vrouwen die nog niet eerder besmet zijn geraakt met het virus. Meisjes met vragen hierover krijgen het advies zich te laten vaccineren conform het Rijksvaccinatieprogramma.
- Er is ook een vaccin verkrijgbaar dat behalve tegen HPV type 16 en 18 tevens beschermt tegen de typen 6 en 11 die condylomata acuminata veroorzaken (quadrivalent vaccin). Bespreek de mogelijkheden met meisjes/jonge vrouwen die het spreekuur bezoeken met vragen over HPV-vaccinatie buiten het Rijksvaccinatieprogramma om.[64] Vaccinatie is aan te bevelen bij meisjes/vrouwen die nog niet zijn gevaccineerd en geen seksuele contacten hebben gehad, en kan overwogen worden bij vrouwen die slechts enkele seksuele contacten hebben gehad. De voorkeur gaat bij deze groepen uit naar het quadrivalente vaccin. Bij andere patiënten is wegens gebrek aan bewijs vooralsnog geen uitspraak te doen over het nut van vaccinatie.

infectie is vastgesteld in overweging zich opnieuw te laten testen binnen een jaar. In onderzoeken werd een hoog percentage positieve chlamydiatests gevonden bij patiënten een half jaar na het stellen van de diagnose chlamydia-infectie.[61]

Syfilis: bij syfilispatiënten vindt klinische en serologische controle plaats 6 en 12 maanden na behandeling. Deze controles zullen veelal plaatsvinden in, of in afstemming met, de tweede lijn. De behandeling is succesvol als de titer van de VDRL-test een factor 4 daalt. Als de titer na 12 maanden niet gedaald is of na een aanvankelijke daling weer stijgt, is er sprake van een falende behandeling of een recidief. De TPHA- en FTA-ABS-test blijven doorgaans positief.

Hepatitis: zie de NHG-Standaard Virushepatitis en overige leveraandoeningen.

Hiv: de behandeling van hiv en begeleiding van hiv-patiënten vindt plaats in de tweede lijn. Door verbetering van de behandeling neemt het aantal oudere hiv-patiënten toe. De huisarts krijgt daardoor ook te maken met hiv-patiënten met chronische, leeftijdgerelateerde aandoeningen, die bij hen enkele jaren vroeger lijken te ontstaan dan bij mensen zonder hiv.

Herpes genitalis: controle is over het algemeen niet nodig.

Condylomata acuminata: controle is over het algemeen niet nodig, tenzij de klachten aanhouden.

Verwijzing

Verwijs voor:

- *Urethritis:* indien de klachten persisteren ondanks adequate behandeling wordt aanbevolen te overleggen met of te verwijzen naar de uroloog.
- *Epididymitis:* voor diagnostiek bij twijfel over de diagnose of als de klachten niet binnen enkele dagen na adequate behandeling verbeteren naar de uroloog.
- *Proctitis:* indien een proctitis onvoldoende verbetert met de ingestelde behandeling wordt aanbevolen te overleggen met een MDL-arts of een internist. Zie de NHG-Standaard rectaal bloedverlies.
- *PID:* zie de NHG-Standaard PID.
- *Ulcus:* verwijs bij aanwezigheid van een ulcus en onvoldoende mogelijkheden voor diagnostiek of bij een ulcus zonder duidelijke verklaring naar de dermatoloog.
- *Syfilis:* verwijs voor behandeling en controle naar een dermatoloog. De huisarts kan indien hij hier voldoende kennis en ervaring mee heeft er ook voor kiezen om een patiënt met vroege syfilis zelf te behandelen. Patiënten met behandelfalen of een herinfectie moeten alsnog worden verwezen. Verwijs zwangeren en patiënten met een hiv co-infectie altijd.
- *Hepatitis B en hepatitis C:* zie de NHG-Standaard Virushepatitis.
- *Hiv-seropositieve patiënt:* naar internist voor controle en behandeling.[62]
- *Condylomata acuminata:* naar een dermato-veneroloog of gynaecoloog wanneer behandeling in de eerste lijn niet effectief of door de lokalisatie of zwan-

Totstandkoming

In oktober 2010 begon een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Het soa-consult. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt. De werkgroep bestond uit de volgende leden: prof.dr. J.E.A.M. van Bergen, huisarts te Amsterdam en bijzonder hoogleraar soa en hiv in de eerste lijn aan de afdeling Huisartsgeneeskunde AMC-UVA, tevens werkzaam bij Soa AIDS Nederland; dr. A.J.P. Boeke, huisarts te Amsterdam; dr. J.H. Dekker, huisarts te Groningen en hoofddocent afdeling Huisartsgeneeskunde UMCG; E.H.A. Kronenberg, huisarts te Eindhoven; R. van der Spruit, huisarts te Leiden.

E. Verlee begeleidde de werkgroep tot augustus 2013 en deed de redactie. Zij is huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. Dr. M. Bouma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. M.A. Kijser was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie.

In januari 2013 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden twintig commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten dr. E. van Leeuwen en dr. P. Koeck, beiden huisarts namens Domus Medica België; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, verbonden aan het UMC St. Radboud te Nijmegen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde/Vrouwenstudies Medische Wetenschappen; C.J.G. Kampman, arts Infectieziektenbestrijding KNMG, werkzaam bij de GGD Twente; prof.dr. M. van Doornum, arts-microbioloog, verbonden aan het Erasmus MC, namens de NVDV; C. Rümke, stafmedewerker namens HIV Vereniging Nederland; prof.dr. H.J.C. de Vries, dermatoloog-venereoloog, verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, afdeling dermatologie, tevens SOA polikliniek, cluster infectieziekten bij de GGD Amsterdam, afvaardiging namens NVDV domeingroep huidinfectieziekten NVDV domeingroep SOA; dr. J. Oltvoort, senior beleidsadviseur werkzaam bij Nefarma; dr. E. van Leeuwen, gynaecoloog verbonden aan het AMC te Amsterdam; J.F.L. Weel, namens de NVMM, als arts-microbioloog werkzaam bij Izore, Centrum voor Infectieziektendiagnostiek te Friesland; dr. J. Spaargaren, namens de NVMM; P. Leusink, namens de Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid (SeksHAG), huisarts en seksuoloog NVVS, werkzaam bij het Groene Hart Ziekenhuis Gouda; dr. W.I. van der Meijden, dermatoloog-venereoloog bij het Havenziekenhuis te Rotterdam; M.L.H.A. van Oppenraay, apotheker en redacteur Farmacotherapeutisch Kompas namens het CVZ te Diemen; dr. M.T.W.T. Lock, uroloog namens de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap; R. Soetekouw, als internist werkzaam bij het Kennemer Gasthuis te Haarlem, namens de Nederlandse Vereniging van HIV Behandelaren (NVHB); prof.dr. J. Prins, hoogleraar Infectieziekten, verbonden aan het AMC te Amsterdam; R.M. Dull, apotheker, P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker, A.R. Dreijer, apotheker, D. Dost, apotheker en K. de Leest, allen namens de KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; dr. H. Götz, voorzitter werkgroep voor artsen werkzaam in de GGD-soa-bestrijding bij de GGD te Rotterdam.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. R.J. Hinloopen en dr. R. Starmans hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In mei 2013 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

Belangenverklaring: Prof.dr. J.E.A.M. van Bergen bekleedt een leerstoel ingesteld vanwege de Stichting Aids Fonds - Soa Aids Nederland. Door de overige leden werd geen belangenverstrengeling gemeld.

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

gerschap niet mogelijk is. Verwijs ook wanneer er sprake is van erg veel of grote wratten.
- *Herpes genitalis:* bij zwangeren die ≥ 34 weken zwangerschap een primo-infectie hebben opgelopen: naar de gynaecoloog voor een sectio caesarea (zwangeren met een recidief kunnen vaginaal bevallen).
- *Eventuele postexpositieprofylaxe:* met spoed naar de GGD of – afhankelijk van plaatselijke werkafspraken – naar die instelling die hier de zorg voor draag.
- *Contactopsporing:* naar de sociaal-verpleegkundige van de GGD of soa-polikliniek.

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek, NHG: Standaard.

Gé Donker, Ingrid van den Broek

Seksuele anamnese cruciaal bij soa-consult

De herziene NHG-Standaard Het soa-consult bepleit het doorvragen naar klachten en risicofactoren in elk soa-consult. Wat is een soa-consult? In de praktijk komen seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) aan de orde bij (1) patiënten met klachten die kunnen wijzen op soa, (2) patiënten met vragen of ongerustheid, bijvoorbeeld het aanvragen van een soa-test bij een nieuwe relatie en (3) patiënten bij wie de huisarts op eigen initiatief aandacht besteedt aan soa, bijvoorbeeld het bespreken van veilig vrijen bij het voorschrijven van anticonceptie of het navragen van de hiv-test of hepatitis B-vaccinatiestatus bij mannen die seks hebben met mannen (MSM).

RISICO-INSCHATTING BEPAALT TESTBELEID

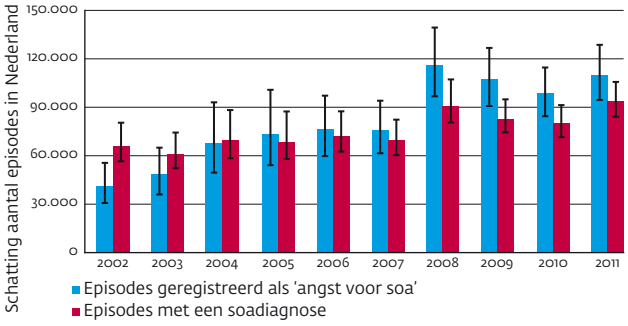
Het aantal soa-consulten bij huisartsen steeg aanzienlijk gedurende het afgelopen decennium [**figuur 1**]. Het aantal geregistreerde episodes 'angst voor soa' nam duidelijk toe, dus verzoeken om een soa-test ('schonegrondverklaring') of ongerustheid over soa waarbij geen soa-diagnose werd vastgesteld. Ook het aantal soa-diagnoses nam toe.

Bij jongeren onder de 25 jaar wordt er bij risico op soa meestal getest op chlamydia en gonorroe, maar niet op syfilis, hiv en hepatitis B [**figuur 2**]. Jongeren met laag risico worden volgens de NHG-Standaard alleen op chlamydia getest, maar jongeren uit risicogroepen moeten worden getest op de vijf meest voorkomende soa ('the big five'). Opvallend is dat jongeren met wisselende seksuele contacten, MSM en patiënten of partners van patiënten die afkomstig zijn uit gebieden met een hoge hiv-prevalentie in minder dan 20% van de gevallen volgens de richtlijn worden getest. Prostituees worden wel vaak op 'the big five' getest. Ook het nemen van monsters van andere anatomische locaties blijkt zeer beperkt in de huisartsenpraktijk. Slechts bij 10 tot 15% van de MSM werd ook een anale test afgenomen en beschikbare data van laboratoria lieten nog lagere percentages zien, terwijl op de soa-poliklinieken meer dan 35% van de gonorroe-infecties en 65% van de chlamydia-infecties bij MSM alleen anaal werden gediagnosticeerd.

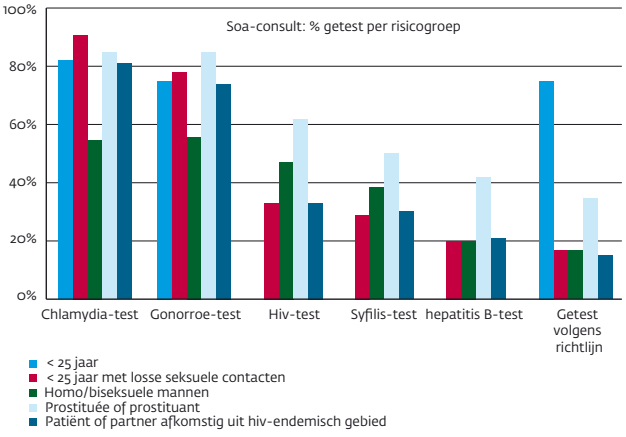
CONCLUSIES

Hoewel het aantal soa-consulten toeneemt, worden er nog te veel kansen op verbeterde soa-diagnostiek bij risicogroepen gemist. Het soa-consult begint met een goede risico-anamnese, om te bepalen of testen op chlamydia volstaat (bij mannen middels eerste-straal-urine, bij vrouwen een vaginale uitstrijk met wattenstok) of dat het beter is op zoek te gaan naar 'the big five'. Bij jongeren met wisselende seksuele contacten, MSM en patiënten of partners van patiënten die afkomstig zijn uit gebieden met een hoge hiv-prevalentie wordt dit complete testpakket niet vaak aangevraagd. De frequentie van anorectale tests bij MSM is verontrustend laag. Maar de seksuele geaardheid, het aantal partners en de etniciteit van partners is vaak niet bekend bij de huisarts. Alleen een gerichte soa-risicoanamnese kan helpen het testbeleid te verbeteren. Een hiv-test en zo nodig een test op hepatitis B moet laagdrempelig worden aangeboden bij MSM en mensen afkomstig uit hiv-endemische gebieden. De nieuwe NHG-Standaard biedt houvast voor een doelmatig testbeleid. ■

Figuur 1 Schatting aantal episodes 'angst voor soa' en soa-diagnoses per jaar in Nederland met 95%-BI, 2002 – 2011 (Bron: LINH/CMR Peilstations)



Figuur 2 Het percentage tests chlamydia, gonorroe, hiv, syfilis en hepatitis B ('the big five') per risicogroep (bron: CMR Peilstations)



De gebruikte gegevens komen uit een samenwerkingsproject van NIVEL en RIVM met 2 databronnen: 1. Soa-gegevens die van januari 2002 tot en met december 2012 werden verzameld door huisartsen die deel uitmaken van LINH/CMR Peilstations, 80 huisartspraktijken verspreid over Nederland. 2. CMR Peilstations, 42 huisartspraktijken verspreid over Nederland. Deze huisartsen rapporteerden van 2008-2011 naast morbiditeit ook gegevens over etniciteit, seksuele voorkeur, aantal sekspartners in het afgelopen half jaar, reden van het consult, soa-voorgeschiedenis, aangevraagde tests en de testuitslag in een follow-upvragenlijst na een week.

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

Wist u dat u een patiënt met diabetes een dieet kunt adviseren met een hoog gehalte aan koolhydraten? Er heersen nog veel misvattingen over voeding bij diabetes, zelfs onder huisartsen en praktijkondersteuners.

In zijn artikel in nummer 4 van Tijdschrift voor praktijkondersteuning ontzenuwt Hans van Wijland deze misvattingen. Hij baseert zich daarbij op Richtlijnen en (andere) wetenschappelijke inzichten. Talloze onderwerpen passeren de revue, zoals koolhydraten, vetten, supplementen, vlees, vis en alcohol. Bij elk onderwerp volgt een praktische conclusie waaraan de praktijkondersteuner houvast heeft voor voedingsadvies aan patiënten met diabetes.

Tevreden patiënten

Patiënten zitten niet altijd te wachten op adviezen van de praktijkondersteuner over een gezonde leefstijl. Over andere aspecten zijn ze juist wel heel tevreden. Zo vinden ze het fijn dat praktijkondersteuners de tijd nemen om goed te luisteren en serieus op hun vragen en problemen in te gaan. Dat blijkt uit het derde deel van een korte serie waarin Sietsche van Gunst ingaat op de ervaringen met de praktijkondersteuner.

Alleen: die adviezen voor een gezonde leefstijl, dat hoeft niet voor alle patiënten. Te confronterend misschien?

SOLK

De taken van praktijkondersteuners breiden zich uit. In het vorige nummer berichtten wij over het preconceptieconsult. In dit nummer besteden we aandacht aan somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Nu er een NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten is verschenen, gaan ook praktijkondersteuners signaleren, monitoren en meedenken over behandelplannen. Praktijkondersteuners-somatiek (POH-S) zullen daarin meer en meer samen gaan werken met praktijkondersteuners-GGZ (POH-ggz).

Een *eye opener* is de aanpak in de praktijk van huisarts Nikki Makkes en POH-ggz Erik te Biesebeke in het Utrechtse Overvecht. Zij weten uit ervaring hoe belangrijk het is dat de neuzen van het hele team dezelfde kant op staan. Dus ook de POH-S en de praktijkassistente werken mee in de begeleiding van patiënten met SOLK.

POH-ggz

Een POH-ggz betekent een verrijking van het team. De andere achtergrond van de POH-ggz voegt veel toe. Is het immers niet zo dat lichaam en geest elkaar beïnvloeden? POH-ggz Erik te Biesebeke legt in een interview uit dat beweegangst daar een goed voorbeeld van is: door (chronische) pijn durven mensen niet goed te bewegen, bang om iets te forceren. Dat beperkt hun actieradius en hun (spier)conditie gaat steeds verder achteruit. Hij vertelt over zijn aanpak en wat hij voor het team kan betekenen.

Dementie

De praktijkondersteuner heeft doorgaans een intensief contact met ouderen en mantelzorgers en is dé persoon om mogelijke dementie te signaleren, vindt kaderarts Ouderengeneeskunde Toos de Boer. Het artikel geeft antwoorden op veelgestelde vragen over dementie. Ook besteedt het artikel aandacht aan de begeleiding van mantelzorgers. Die zijn vaak overbelast. Veel verschil maakt het dan als de praktijkondersteuner een luisterend oor biedt. Een vragenlijst gebruiken zoals de Caregivers Strain Index (www.expertisecentrummantelzorg.nl/smartsite.dws?ch=&id=135868) kan problemen gemakkelijker bespreekbaar maken. En als de problemen te groot worden, kan het steunpunt mantelzorg of de casemanager dementie worden ingeschakeld.

Nieuwe competenties

De verbetering van zorg door de komst van de praktijkondersteuner is zo groot dat het inzicht ontstond dat er nog meer mogelijk is. In de Toekomstvisie spreken de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zich uit voor een praktijkondersteuner die generalistisch en protocoloverstijgend kan werken. Naar verwachting zullen de meeste opleidingen in 2014 beginnen met het aanbieden van het nieuwe onderwijsprogramma. Hogeschool Rotterdam biedt de nieuwe opleiding al vanaf dit jaar aan. Communicatie en professionele houding zijn belangrijke items in deze nieuwe opleiding. Dat leest u in het interview met docenten en onderwijsontwikkelaars Cor Vernooij en Willie Kouwenhoven-De Jong. ■

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

Fazil Baboe, Elly Lugtenburg

NASCHOLING

Het non-hodgkinlymfoom

EPIDEMIOLOGIE EN PATHOGENESE

Het non-hodgkinlymfoom (NHL) is een verzamelnaam voor ongeveer vijftig verschillende klinisch-pathologische entiteiten die zijn omschreven in de WHO-classificatie van 2008.[1] NHL is een zeldzame ziekte, met in westerse landen een incidentie van 10-15 per 100.000 in de algemene bevolking. De huisarts zal elke 3 jaar gemiddeld één nieuwe patiënt tegenkomen. De incidentie neemt toe met de leeftijd: 60% van de patiënten is ten tijde van de diagnose ouder dan 60 jaar. In 90% van de gevallen ontstaat NHL in een ontspoorde B-lymfocyt, slechts 10% ontstaat in een T-cel. In dit hoofdstuk bespreken wij de twee vaakst voorkomende subtypes: het folliculair non-hodgkinlymfoom, dat tamelijk indolent is en 20-30% van alle NHL uitmaakt, en het diffuus grootcellig B-cellymfoom, dat agressief is en 40% van alle NHL uitmaakt.

De oorzaak van NHL is niet bekend. Enkele zeldzame typen worden geassocieerd met infecties, onder andere door het epstein-barrvirus (EBV) dat opnieuw actief kan worden bij patiënten met afweerstoornissen, of door bacteriën zoals *Helicobacter pylori* (MALT-lymfoom van de maag) en *Chlamydia psittaci* (MALT-lymfoom van de adnexen van het oog).

Samenvatting

Baboe F, Lugtenburg PJ. Het non-hodgkinlymfoom. Huisarts Wet 2013;56(9):466-71.

Non-hodgkinlymfoom (NHL) is een verzamelnaam voor ongeveer vijftig verschillende lymfomen, waarvan folliculair lymfoom (20-30%) en diffuus grootcellig B-cellymfoom (40%) het vaakst voorkomen. De non-hodgkinlymfomen vormen de grootste groep hematologische maligniteiten, maar zijn desondanks tamelijk zeldzaam. Bij de meeste patiënten zijn het systeemziekten die verscheidende lymfeklierstations en vaak ook organen aantasten. Systemische behandeling is daarom vrijwel altijd geïndiceerd.

Meestal treedt een NHL aan het licht als een pijnloze lymfeklierzwelling, soms met zogeheten B-symptomen, algemene klachten zoals onverklaarde persisterende koorts, heftig nachtzweten en onverklaard gewichtsverlies.

Het folliculair lymfoom is vaak indolent, het diffuus grootcellig B-cellymfoom begint als een snel progressieve lymfadenopathie en heeft vaak ook extranodale lokalisaties.

De behandeling van FL varieert van watchful waiting tot combinaties van radio-, immuno- en chemotherapie in wisselende intensiteit. Allogene stamceltransplantatie biedt de enige mogelijkheid op genezing. De standaardbehandeling van DLBCL bestaat uit chemotherapie plus het monoklonale antilichaam rituximab (R-CHOP). Meer dan de helft van de patiënten geneest.

Erasmus MC, afdeling Hematologie, 's Gravendijkwal 230, 3015 CE Rotterdam: F. Baboe, internist-hematoloog; dr. P.J. Lugtenburg, internist-hematoloog • Correspondentie: p.lugtenburg@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

KLINISCHE PRESENTATIE

NHL treedt meestal aan het licht als een pijnloze lymfeklierzwelling, veelal (70%) in de hals. De ziekte heeft de neiging om zich vroeg te verspreiden via het bloed en kan daarom op veel verschillende plaatsen voorkomen, dit in tegenstelling tot het hodgkinlymfoom. Behalve in lymfeklieren kan NHL ook optreden in extranodale lokalisaties zoals maag, darm, huid, bot of hersenen. De klinische presentatie is daarom zeer gevarieerd. Soms wordt de ziekte bij toeval ontdekt bij iemand zonder klachten. Algemene klachten kunnen bestaan uit onverklaarde persisterende koorts, heftig nachtzweten en onverklaard gewichtverlies: de zogenoemde B-symptomen.

DIAGNOSTIEK EN STADIËRING

Hoeksteen van de diagnostiek is het lymfeklierbiopt waarop klassiek histologisch onderzoek wordt verricht. Maar men beschikt tegenwoordig ook over aanvullende technieken, zoals immunofenotypering, cytogenetisch en moleculair onderzoek, die richting kunnen geven aan de therapeutische strategie en van belang kunnen zijn voor de prognose. Na de diagnose volgt stadiëringsonderzoek (lichamelijk onderzoek, beenmergbiopsie, CT- of PET-CT-scans van hals, thorax en abdomen) om de uitbreiding in het lichaam vast te stellen. Als daar aanleiding toe is, worden ook het centraal zenuwstelsel (CT-hersenscan en liquoronderzoek) en de testes onderzocht. Nadat het stadium is bepaald [**tabel 1**], kan tot behandeling worden overgegaan.

De kern

- Meestal treedt een non-hodgkinlymfoom aan het licht als een pijnloze lymfeklierzwelling, soms met zogeheten B-symptomen (onverklaarde persisterende koorts, heftig nachtzweten en onverklaard gewichtsverlies).
- De diagnostiek bestaat uit lymfeklierbiopsie en stadiëringsonderzoek (anamnese, lichamelijk onderzoek, beenmergbiopsie, CT- of PET-CT-scans van hals, thorax en abdomen).
- Folliculair lymfoom (20-30% van alle NHL) is vaak indolent, met lymfadenopathie en relatief weinig B-symptomen. De behandeling varieert van watchful waiting tot combinaties van radio-, immuno- en chemotherapie in wisselende intensiteit. Allogene stamceltransplantatie biedt de enige mogelijkheid op genezing.
- Diffuus grootcellig B-cellymfoom (40% van alle NHL) begint als snel progressieve lymfadenopathie, vaak ook met B-symptomen en extranodale lokalisaties (maag-darmstelsel, skelet, centraal zenuwstelsel). De standaardbehandeling bestaat uit chemotherapie plus het monoklonale antilichaam rituximab (R-CHOP). Meer dan de helft van de patiënten geneest. Recidieven worden behandeld met hoge-dosischemotherapie en autologe stamceltransplantatie, maar slechts 25% overleeft langdurig.

Tabel 1 Non-hodgkinlymfoom, Ann-Arbor-classificatie

Stadium		Aangedane klierstations
I		één lymfeklier of
I	E	begrensde extranodale aandoening
II		≥ 2 lymfeklierstations (eventueel aan te geven als II2, II3 enzovoort) aan dezelfde zijde van het diafragma of
II	E	≥ 2 lymfeklierstations en begrensde aandoening van een extralymfatisch orgaan of gebied aan dezelfde zijde van het diafragma
III		lymfeklierstations aan beide zijden van het diafragma
III	E	begrensde extranodale aandoening
III	S	milt
III	ES	zowel extralymfatisch orgaan als milt
IV		diffuse/gedissemineerde extranodale aandoening in één of meer extralymfatische organen of gebieden (te specificeren door een symbool), met of zonder aandoening van lymfeklieren

Alle stadia zijn onder te verdelen met het suffix A (geen klachten) of B (onverklaard gewichtsverlies > 10% binnen 6 maanden en/of onverklaarde koorts > 38°C langer dan een week en/of profuus nachtzweten).

Tabel 2 FLIPI: prognostische index voor folliculair lymfoom

Score	Risico	Percentage patiënten	Totale vijfjaars-overleving	Totale tienjaars-overleving
0-1 punten	laag	36%	91%	71%
2 punten	intermediair	37%	78%	51%
≥ 3 punten	hoog	27%	53%	26%

FLIPI = Follicular Lymphoma International Prognostic Index. De originele FLIPI-score is gevalideerd vóór de registratie van rituximab, maar behoudt zijn prognostische waarde ook bij therapieën die rituximab bevatten.
Bron: Solal-Celigny, et al. 2004.[2]

Tabel 3 Behandelingen van folliculair lymfoom

stadium	aanpak
I en II	in principe curatieve radiotherapie van aangedane gebieden
III en IV	■ afwachtend beleid ■ immunochemotherapie: R-CVP, R-CHOP, R-chloorambucil, R-F(C) ■ chemotherapie, onder andere bendamustine ■ radiotherapie ■ radio-immunotherapie ■ autologe stamceltransplantatie ■ allogene stamceltransplantatie

R = rituximab; CVP = cyclofosfamide, vincristine, prednison; CHOP = cyclofosfamide, doxorubicine, vincristine, prednison; FC = fludarabine, cyclofosfamide.

FOLLICULAIR LYMFOOM (FL)

Het FL (in Nederland 20-30% van alle NHL) wordt gekenmerkt door de chromosoomtranslocatie t(14;18), die leidt tot activatie van het gen dat codeert voor het anti-apoptose-eiwit bcl-2. De maligne cellen omzeilen hiermee de geprogrammeerde celdood en verwerven zo een overlevingsvoordeel ten opzichte van normale lymfocyten. Het FL heeft vaak een indolent gedrag waarbij de meeste patiënten zich presenteren met lymfadenopathie en met relatief weinig B-symptomen. Vanwege het indolente karakter is in bijna 90% van de gevallen bij diagnose al sprake van een vergevorderd stadium.

Voor het folliculair lymfoom is een internationale prognostische index opgesteld, de FLIPI, die op grond van vijf prognostisch ongunstige kenmerken bij diagnose (> 60 jaar, stadium III-IV, Hb < 7,4, LDH verhoogd en > 4 nodale gebieden), drie prognostische groepen onderscheidt met een laag, intermediair of hoog risico en een vijfjaarsoverleving van respectievelijk 91%, 78% en 53% [**tabel 2**].[2,3]

Behandelingen

Slechts 10% van de patiënten met FL heeft bij diagnose een lokale ziekte (stadium I en beperkt stadium II); bij verreweg de meeste patiënten is de ziekte al uitgebreid (stadium III en IV). Tot voor kort bedroeg de mediane overleving 10-12 jaar, maar de laatste jaren is de behandeling dankzij de introductie van rituximab sterk verbeterd en momenteel overleeft de helft van de patiënten langer dan 18 jaar. Daardoor is FL een chronische ziekte geworden die talrijke (langdurige) remissies heeft, gevolgd door recidieven, remissies enzovoort, totdat de ziekte uiteindelijk ongevoelig wordt voor behandeling of transformeert tot een agressief NHL. Dit laatste gebeurt bij 30% van de patiënten binnen 10 jaar na de diagnose. Er zijn verschillende behandelingen mogelijk [**tabel 3**].

Afwachtend beleid

Watchful waiting is nog altijd te verdedigen, aangezien in de tot nu toe verrichte gerandomiseerde onderzoeken niet is aangetoond dat onmiddellijk ingrijpen een overlevingsvoordeel biedt ten opzichte van wachten totdat er ook ziekteverschijnselen ontstaan (B-symptomen, cosmetische of mechanische bezwaren door vergrote lymfeklieren, bedreiging van vitale organen, tekortschieten van de hematopoëse door beenmerginfiltratie).[4] Een aanzienlijk deel van de patiënten komt pas na een aantal jaren toe aan de eerste behandeling en ongeveer 20% hoeft zelfs nooit behandeld te worden voor FL.

Immunochemotherapie

Immunochemotherapie is standaard de eerste behandeling voor FL. Ruim twaalf jaar geleden leidde de introductie van het monoklonale antilichaam rituximab in de kliniek tot een doorbraak.[5] Bij FL heeft het middel de mediane overleving verbeterd van gemiddeld 10-12 jaar tot meer dan 18 jaar. Rituxi-

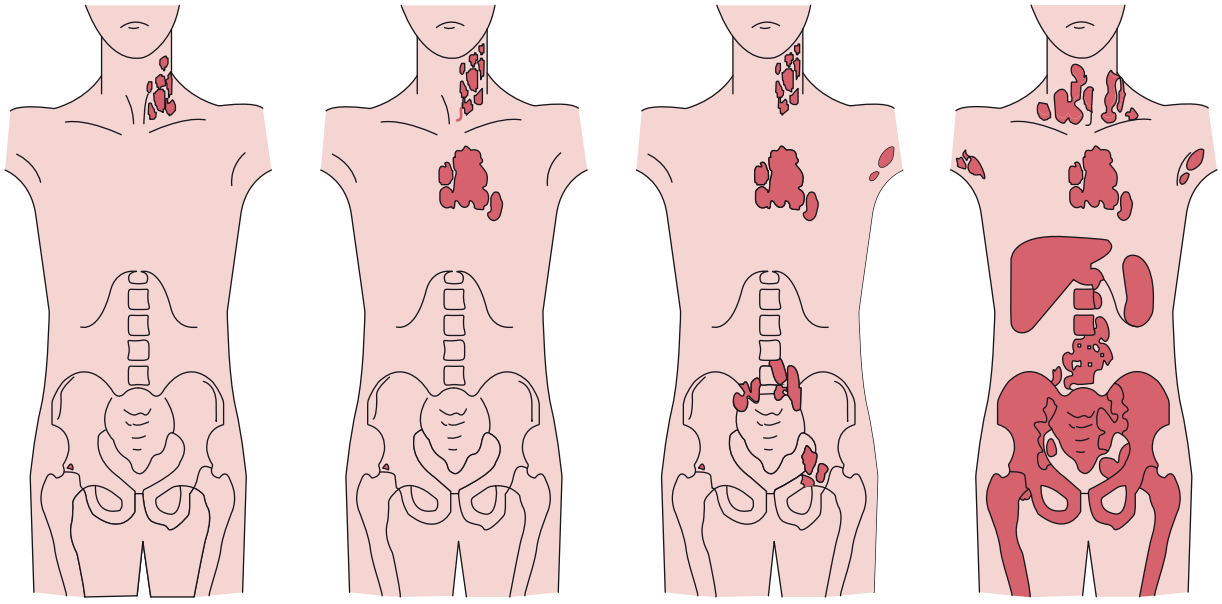
Abstract

Baboe F, Lugtenburg E. Non-Hodgkin's lymphoma. Huisarts Wet 2013;56(9):466-71.

Non-Hodgkin's lymphoma (NHL) is a collective term for about 50 different lymphomas, of which follicular lymphoma (20-30%) and diffuse large B-cell lymphoma (40%) are the most common. Although NHL forms the largest group of haematological malignancies, it is relatively rare. The disease is systemic in most patients, affecting multiple lymph nodes and often organs. For this reason, systemic treatment is nearly always indicated.

NHL often manifests as painless swelling of the lymph nodes, sometimes accompanied by so-called B symptoms, general symptoms such as persistent unexplained fever, severe night sweats, and unexplained weight loss. Follicular lymphoma is often indolent, whereas diffuse large B-cell lymphoma starts as a rapidly progressive lymphadenopathy and often occurs in extranodal sites. Treatment of follicular lymphoma ranges from watchful waiting to combinations of radiotherapy, immunotherapy, and chemotherapy of different intensity. Autologous stem cell transplantation offers the only possibility of cure. The standard treatment for diffuse large B-cell lymphoma is chemotherapy plus treatment with the monoclonal antibody rituximab (R-CHOP). Cure is achieved in more than 50% of patients.

Figuur Diverse stadia van het maligne lymfoom



mab is gericht tegen het CD20-antigeen, dat aanwezig is op gezonde B-cellen en in vrijwel alle B-cellymfomen. Vier grote gerandomiseerde onderzoeken hebben laten zien dat de toevoeging van rituximab aan chemotherapie het responspercentage, de progressievrije overleving en de totale overleving verbetert, een effect dat onafhankelijk leek te zijn van het gevolgde chemotherapieschema.[6-9]

In Nederland gebruikt men als initiële behandeling veelal het schema R-CVP (rituximab met cyclofosfamide, vincristine en prednison). Aangezien de toevoeging van rituximab de toxiciteit van de chemotherapie niet verhoogt, zal men zowel bij de primaire ziekte als bij recidieven bij voorkeur een combinatie van immuno- en chemotherapie toepassen. Intensievere schema's als R-CHOP (rituximab met cyclofosfamide, doxorubicine, vincristine en prednison) leiden tot een langere progressievrije overleving, maar niet tot een betere totale overleving.

Omdat er voor FL geen curatieve behandelingen zijn, is er veel onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van rituximab als onderhoudsbehandeling. Zo'n behandeling moet bij voorkeur weinig toxisch zijn. Rituximab als onderhoudsbehandeling is onderzocht na inductie met rituximab monotherapie (als initiële behandeling en bij recidief),[10,11] na inductie met chemotherapie alleen (als initiële behandeling)[12] en na inductie met immunochemotherapie (als initiële behandeling en bij recidief).[13-15] In al deze onderzoeken bleek de onderhoudsbehandeling wel de progressievrije overleving duidelijk te verbeteren, maar niet de totale overleving – dat laatste kon alleen in een meta-analyse worden aangetoond.[16] In het meest gebruikte toedieningsschema wordt rituximab twee jaar lang elke drie maanden toegediend. Het is nog onduidelijk of deze onderhoudsbehandeling het beste kan worden ingezet direct na de initiële behandeling, bij recidief of in beide gevallen. De behandeling kan leiden tot een lichte neutropenie en tot bacteriële infecties, vooral bovensteluchtweginfecties, maar in de meeste gevallen hoeft dit niet te leiden tot stopzetten van de onderhoudsbehandeling.

Chemotherapie

Naast bovengenoemde schema's wordt ook het recent geregistreerde middel bendamustine ingezet bij de behandeling van FL. Bendamustine is een oncolyticum met de structurele kenmerken van een purineanaloog en van een alkylerend middel, dat weinig interactie heeft met andere cytostatica. In een groot gerandomiseerd onderzoek is gebleken dat R-bendamustine effectiever en minder toxisch is dan R-CHOP.[17] Recent werd bendamustine in Nederland geregistreerd voor de behandeling van patiënten met een indolent lymfoom die ongevoelig zijn geworden voor rituximab.

Radiotherapie

Radiotherapie wordt tegenwoordig gereserveerd voor de palliatieve fase, wanneer het lymfoom niet meer gevoelig is voor chemotherapie. FL is zeer stralingsgevoelig en lokale bestraling kan zinvol zijn om snelle reductie van de tumorlast en daardoor van de symptomen te bewerkstelligen. Veelal volstaat een kortdurende bestraling van 2 × 2 Gy.

Radio-immunotherapie

Het is mogelijk om intraveneus anti-CD20-antilichamen toe te dienen, gekoppeld aan een radio-isotoop zoals de bèta-

straler yttrium-90. Het antilichaam bindt dan aan de CD20-positieve lymfoomcellen en het radio-isotoop doodt de cellen. Op deze wijze bereiken hoge doses radioactiviteit de plaatsen waar het lymfoom zich bevindt, terwijl de schade aan vitale organen beperkt blijft. Eén injectie kort nadat met chemotherapie een remissie is bereikt, levert een verlenging van de progressievrije overleving met drie jaar op.[18] De voornaamste bijwerking is een passagère beenmergdepressie.

Autologe stamceltransplantatie

Autologe stamceltransplantatie (auto-SCT: met stamcellen van de patiënt zelf) wordt in Nederland niet vaak toegepast. Het afnemen van autologe perifere bloedstamcellen, gevolgd door chemotherapie in zeer hoge dosis of totale lichaamsbestraling waarna reïnfusie van de stamcellen plaatsvindt, kan wel de progressievrije overleving verlengen, maar niet de totale overleving. Vrijwel alle patiënten ontwikkelen na de behandeling toch weer een recidief.

Allogene stamceltransplantatie

Allogene stamceltransplantatie biedt de enige mogelijkheid op genezing. Toegepast in tweede of latere remissie geneest ongeveer de helft van de patiënten door het graft-versus-lymfoomeffect, veroorzaakt door T-lymfocyten in het transplantaat. De hiermee gepaard gaande graft-versus-hostziekte in combinatie met infecties leidt echter bij 10-20% van de patiënten tot dodelijke complicaties. Bij patiënten tot 70 jaar, die geen comorbiditeit hebben, is dit de standaardbenadering. Als donor fungeert bij voorkeur een HLA-identieke broer of zuster, maar het kan ook een niet-verwante donor zijn.

Een nieuwe ontwikkeling is het verwerven van hematopoetische stamcellen uit navelstrengbloed. De stamcellen worden na bewerking opgeslagen in een 'navelstrengbank'. Het voordeel hiervan is een ruim aanbod, zodat de wachttijd voor een stamceltransplantatie niet lang hoeft te zijn. Nadelen zijn een verhoogd risico op het niet-aanslaan van het transplantaat en trager herstel van het immuunsysteem.

DIFFUUS GROOTCELLIG B-CELLYMFOOM (DLBCL)

Het DLBCL, verantwoordelijk voor 40% van alle NHL, is een verzameling van verschillende klinische varianten. Anders dan bij het folliculair lymfoom is het karyotype van DLCBL vaak erg complex, met veel chromosomale afwijkingen. Meestal begint de ziekte als een snel progressieve lymfadenopathie en in veel gevallen zijn er ook B-symptomen (koorts, nachtzweten, gewichtsverlies). Vaak zijn er ook extranodale lokalisaties, bijvoorbeeld in het maag-darmstelsel, de botten en het centraal zenuwstelsel.

Net als voor het folliculair lymfoom geldt voor het DLBCL een internationale prognostische index (IPI) op basis van prognostisch ongunstige factoren: leeftijd > 60 jaar, klinisch stadium III of IV, *performance status* (maat voor conditie van de patiënt) ≥ 2, serum-LDH hoger dan normaal en meer dan één extranodale lokalisatie [**tabel 4**].[19]

Evenals de FLIPI is de IPI gevalideerd in een cohort dat niet met rituximab is behandeld. Maar ook hier is de index na de introductie van rituximab nogmaals gevalideerd en heeft hij zijn prognostische betekenis behouden, al zijn er kleine verschillen.[20]

Tabel 4 IPI: prognostische index voor diffuus grootcellig B-cellymfoom

Score	Risico	Totale vijfjaarsoverleving	Complete remissie
0-1 punten	laag	73%	87%
2 punten	laag-intermediair	51%	67%
3 punten	hoog-intermediair	43%	55%
4-5 punten	hoog	26%	44%

Bron: A predictive model 1993.[19]

Naast de IPI-score zijn ook moleculair-biologische eigenschappen van de tumor van belang voor de prognose, maar deze worden in de kliniek nog niet algemeen gebruikt.[21]

Primaire behandeling

De standaardbehandeling van het DLBCL bestond decennialang uit de combinatie van cyclofosfamide, doxorubicine, vincristine en prednison (CHOP). Hoewel bij 80% van de patiënten een respons optrad, kwamen recidieven vaak voor en behaalde slechts 35-40% een ziektevrije overleving van 4 jaar.[22] Net als bij andere B-cellymfomen heeft het anti-CD20-antilichaam rituximab hierin verandering gebracht. Het middel heeft de totale overleving met 10-15% verbeterd zonder toename van de toxiciteit, en het is tegenwoordig een essentieel onderdeel van de behandeling bij zowel jongere als oudere patiënten.[23-27] De R-CHOP-kuur wordt om de 2-3 weken toegediend. Na maximaal 6-8 kuren is meer dan de helft van de patiënten genezen.

De behandeling hangt onder meer af van het stadium van de ziekte, de leeftijd van de patiënt en de IPI-score. Bij stadium I geeft men veelal 3 R-CHOP-kuren, al dan niet gevolgd door radiotherapie.[28] In verder gevorderde stadia worden veelal 6-8 kuren toegediend. Met name bij het tweewekelijkse R-CHOP-schema geeft men ook *granulocyte-colony-stimulating factor* (G-CSF) om de duur van de granulopenie tussen de kuren te verkorten zodat men de dosisintensiteit kan handhaven.[29]

Bij recidief

Hoge-dosischemotherapie en auto-SCT vormen de standaardbehandeling voor patiënten jonger dan 65 jaar met een recidief, mits de ziekte gevoelig is voor een tweede chemotherapie. Wegens grote kans op complicaties is deze behandeling niet geschikt voor patiënten boven de 65-70 jaar. Het enige gerandomiseerde onderzoek naar de toegevoegde waarde van rituximab bij hoge-dosischemotherapie is van Nederlandse oorsprong.[30] Van de jongere patiënten geneest uiteindelijk ongeveer 50% alsnog, maar uit recent onderzoek is gebleken dat patiënten die na een eerste behandeling met R-CHOP geen respons toonden of recidieven ontwikkelden, in tweede instantie veel moeilijker te behandelen zijn.

Tegenwoordig overleeft slechts 25% van de patiënten langdurig na de stamceltransplantatie.[31] Voor ouderen met een recidief DLBCL is geen curatie mogelijk en is een eventuele therapie louter palliatief. Tweedelijns chemothera-

pieschema's leiden weliswaar bij ongeveer de helft van de patiënten tot een tumorrespons, maar de duur van de respons is kort en de uiteindelijke overleving bedraagt slechts 9-12 maanden.

NIEUWSTE ONTWIKKELINGEN

De laatste twee decennia is het biologische inzicht in de pathogenese van het B-cel-NHL en de interacties tussen lymfoom en gastheer enorm toegenomen. Dit heeft geleid tot een explosie aan nieuwe middelen, waaronder *small molecules*. Die remmen specifieke processen in de lymfoomcel die betrokken zijn bij de tumorvorming, en verschillende monoklonale antilichamen en immunomodulerende medicijnen. Enkele voorbeelden zijn bortezomib (proteasoomremmer), lenalidomide (immunomodulator), verschillende bcl-2-remmers, ibrutinib (brutontyrosinekinaseremmer), rapamycineremmers, histondeacetylaseremmers en angiogeneseremmers [**tabel 5**].

Al deze nieuwe middelen verkeren nog in het onderzoeksstadium, zowel voor FL als voor DLBCL, maar lijken grote werkzaamheid tegen lymfomen te hebben. Men onderzoekt thans ook combinaties met monoklonale antilichamen en chemotherapeutica om een maximaal effect te bewerkstelligen.

Tabel 5 **Nieuwe targeted therapieën tegen non-hodgkinlymfoom**

Doelwit	Middel
Groeisignalen	enzastaurin, CAL-101 (PI3K-remmer), temsirolimus, fostamatinib
Insensivering van groeiremmende signalen	vorinostat, belinostat
Versterking van geprogrammeerde apoptose	YM155 (antisurvivine-antilichaam)
Beperking van replicatiemogelijkheid	flavopiridol, SYK-remmers
Remming van angiogenese	sorafenib
Remming van invasie en metastasering	dasatinib, ibrutinib (brutontyrosinekinaseremmer)
Immunomodulatie	lenalinomide
Stressrespons	bortezomib, carfilzomib

Tabel 6 **Aandachtspunten voor de huisarts**

Kankerbehandeling	Klacht	Aanpak
Chemotherapie	koorts	overleg met hematoloog in verband met risico op neutropene koorts
	haaruitval, kaalheid	informatie over pruiken bij hematologieverpleegkundige
	obstipatie (vooral bij vincristine)	dagelijks laxantia gebruiken
	mictieklachten (vooral bij cyclofosfamide)	met name hoge doses cyclofosfamide geven kans op hemorragische cystitis; patiënten krijgen om deze reden mercapto-ethaansulfonzuur (mesna) voorafgaand aan de cyclofosfamide
Rituximab	groter risico op infecties	alert bij koorts en andere tekenen van infectie; laagdrempelig antibiotica starten
	hinderlijke klierzwellingen in palliatieve fase (vooral bij folliculair lymfoom)	overleg met hematoloog over de mogelijkheid te bestralen
	lymfoedeem als gevolg van klierzwelling	compressie, oedeemtherapie ter verlichting

AANBEVELINGEN VOOR DE HUISARTS

De non-hodgkinlymfomen vormen de grootste groep hematologische maligniteiten. Bij de meeste patiënten zijn het systeemziekten die verscheidende lymfeklierstations en vaak ook organen aantasten. Systemische behandeling is daarom vrijwel altijd geïndiceerd. Het monoklonale antilichaam rituximab heeft de behandeling en prognose van zowel het indolente FL als het agressieve DLBCL sterk verbeterd. Rituximab wordt in eerste en tweede instantie toegepast in combinatie met chemotherapeutica, en bij het FL ook zelfstandig als onderhoudsbehandeling. De ziektevrije en de totale overleving van patiënten met een FL zijn sterk verbeterd, en ook patiënten met DLBCL genezen vaker. Er zijn vele nieuwe middelen in onderzoek, en het zal de komende jaren een grote uitdaging zijn om die in te passen in de huidige therapieschema's. Nieuwe behandelingsmogelijkheden moeten allereerst in onderzoeksverband worden uitgezocht, omdat alleen dan hun waarde binnen het therapeutisch arsenaal goed te bepalen is [**tabel 6**]. Voor de huisarts is het van belang de B-symptomen tijdig te herkennen zodat een NHL al in een vroeg stadium kan worden vastgesteld. Ook het herkennen van therapiegerelateerde complicaties is belangrijk. Met name snelle antibiotische behandeling van neutropene koorts kan de therapiegerelateerde sterfte doen afnemen. ■

LITERATUUR

1 Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al., editors. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Oxford (UK): Oxford University Press, 2008.
2 Solal-Celigny P, Roy P, Colombat P, White J, Armitage JO, Arranz-Saez R, et al. Follicular lymphoma international prognostic index. Blood 2004;104:1258-65.
3 Buske C, Hoster E, Dreyling M, Hasford J, Unterhalt M, Hiddemann W. The Follicular Lymphoma International Prognostic Index (FLIPI) separates high-risk from intermediate- or low-risk patients with advanced-stage follicular lymphoma treated front-line with rituximab and the combination of cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone (R-CHOP) with respect to treatment outcome. Blood 2006;108:1504-8.
4 Ardeshna KM, Smith P, Norton A, Hancock BW, Hoskin PJ, MacLennan KA, et al. Long-term effect of a watch and wait policy versus immediate systemic treatment for asymptomatic advanced-stage non-Hodgkin lymphoma: A randomised controlled trial. Lancet 2003;362:516-22.
5 Marcus R, Hagenbeek A. The therapeutic use of rituximab in non-Hodgkin's lymphoma. Eur J Haematol Suppl 2007;(67):5-14.
6 Marcus R, Imrie K, Solal-Celigny P, Catalano JV, Dmoszynska A, Raposo JC, et al. Phase III study of R-CVP compared with cyclophosphamide, vincristine, and prednisone alone in patients with previously untreated advanced follicular lymphoma. J Clin Oncol 2008;26:4579-86.
7 Marcus R, Imrie K, Belch A, Cunningham D, Flores E, Catalano J, et al. CVP chemotherapy plus rituximab compared with CVP as first-line treatment for advanced follicular lymphoma. Blood 2005;105:1417-23.
8 Herold M, Haas A, Srock S, Neser S, Al-Ali KH, Neubauer A, et al. Rituximab added to first-line mitoxantrone, chlorambucil, and prednisolone chemotherapy followed by interferon maintenance prolongs survival in patients with advanced follicular lymphoma: an East German Study Group Hematology and Oncology Study. J Clin Oncol 2007;25:1986-92.
9 Hiddemann W, Kneba M, Dreyling M, Schmitz N, Lengfelder E, Schmits R, et al. Frontline therapy with rituximab added to the combination of cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone (CHOP) significantly improves the outcome for patients with advanced-stage follicular lymphoma compared with therapy with CHOP alone: results of a prospective randomized study of the German Low-Grade Lymphoma Study Group. Blood 2005;106:3725-32.
10 Ghielmini M, Schmitz SF, Cogliatti SB, Pichert G, Hummerjohann J, Waltzer U, et al. Prolonged treatment with rituximab in patients with follicular lymphoma significantly increases event-free survival and response duration compared with the standard weekly x 4 schedule. Blood 2004;103:4416-23.
11 Hainsworth JD, Litchy S, Shaffer DW, Lackey VL, Grimaldi M, Greco FA. Maximizing therapeutic benefit of rituximab: maintenance therapy ver-

sus re-treatment at progression in patients with indolent non-Hodgkin's lymphoma – a randomized phase II trial of the Minnie Pearl Cancer Research Network. J Clin Oncol 2005;23:1088-95.
12 Hochster H, Weller E, Gascoyne RD, Habermann TM, Gordon LI, Ryan T, et al. Maintenance rituximab after cyclophosphamide, vincristine, and prednisone prolongs progression-free survival in advanced indolent lymphoma: results of the randomized phase III ECOG1496 Study. J Clin Oncol 2009;27:1607-14.
13 Van Oers MH, Van Glabbeke M, Giurgea L, Klasa R, Marcus RE, Wolf M, et al. Rituximab maintenance treatment of relapsed/resistant follicular non-Hodgkin's lymphoma: long-term outcome of the EORTC 20981 phase III randomized intergroup study. J Clin Oncol 2010;28:2853-8.
14 Forstpointner R, Unterhalt M, Dreyling M, Bock HP, Repp R, Wandt H, et al. Maintenance therapy with rituximab leads to a significant prolongation of response duration after salvage therapy with a combination of rituximab, fludarabine, cyclophosphamide, and mitoxantrone (R-FCM) in patients with recurring and refractory follicular and mantle cell lymphomas: Results of a prospective randomized study of the German Low Grade Lymphoma Study Group (GLSG). Blood 2006;108:4003-8.
15 Salles G, Seymour JF, Offner F, Lopez-Guillermo A, Belada D, Xerri L, et al. Rituximab maintenance for 2 years in patients with high tumour burden follicular lymphoma responding to rituximab plus chemotherapy (PRIMA): a phase 3, randomised controlled trial. Lancet 2011;377:42-51.
16 Vidal L, Gafter-Gvili A, Salles G, Dreyling MH, Ghielmini M, Hsu Schmitz SF, et al. Rituximab maintenance for the treatment of patients with follicular lymphoma: an updated systematic review and meta-analysis of randomized trials. J Natl Cancer Inst 2011;103:1799-806.
17 Rummel MJ, Niederle N, Maschmeyer G, Banat AG, Von Gruenhagen U, Losem C, et al. Bendamustine plus rituximab (B-R) versus CHOP plus rituximab (CHOP-R) as first-line treatment in patients with indolent and mantle cell lymphomas (MCL): Updated results from the StiL NHL1 study. J Clin Oncol 2012;30(suppl):abstr 3.
18 Morschhauser F, Radford J, Van Hoof A, Vitolo U, Soubeyran P, Tilly H, et al. Phase III trial of consolidation therapy with yttrium-90-ibritumomab tiuxetan compared with no additional therapy after first remission in advanced follicular lymphoma. J Clin Oncol 2008;26:5156-64.
19 A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. N Engl J Med 1993;329:987-94.
20 Ziepert M, Hasenclever D, Kuhnt E, Glass B, Schmitz N, Pfreundschuh M, et al. Standard International prognostic index remains a valid predictor of outcome for patients with aggressive CD20+ B-cell lymphoma in the rituximab era. J Clin Oncol 2010;28:2373-80.
21 Lenz G, Wright G, Dave SS, Xiao W, Powell J, Zhao H, et al. Stromal gene signatures in large-B-cell lymphomas. N Engl J Med 2008;359:2313-23.
22 Fisher RI, Gaynor ER, Dahlberg S, Oken MM, Grogan TM, Mize EM, et al. Comparison of a standard regimen (CHOP) with three intensive chemotherapy regimens for advanced non-Hodgkin's lymphoma. N Engl J Med 1993;328:1002-6.
23 Sehn LH, Donaldson J, Chhanabhai M, Fitzgerald C, Gill K, Klasa R, et al. Introduction of combined CHOP plus rituximab therapy dramatically improved outcome of diffuse large B-cell lymphoma in British Columbia. J Clin Oncol 2005;23:5027-33.
24 Coiffier B, Lepage E, Brière J, Herbrecht R, Tilly H, Bouabdallah R, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. N Engl J Med 2002;346:235-42.
25 Feugier P, Van Hoof A, Sebban C, Solal-Celigny P, Bouabdallah R, Ferme C, et al. Long-term results of the R-CHOP study in the treatment of elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma: a study by the Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte. J Clin Oncol 2005;23:4117-26.
26 Habermann TM, Weller EA, Morrison VA, Gascoyne RD, Cassileth PA, Cohn JB, et al. Rituximab-CHOP versus CHOP alone or with maintenance rituximab in older patients with diffuse large B-cell lymphoma. J Clin Oncol 2006;24:3121-7.
27 Coiffier B, Thieblemont C, Van Den Neste E, Lepeu G, Plantier I, Castaigne S, et al. Long-term outcome of patients in the LNH-98.5 trial, the first randomized study comparing rituximab-CHOP to standard CHOP chemotherapy in DLBCL patients: a study by the Groupe d'Etudes des Lymphomes de l'Adulte. Blood 2010;116:2040-5.
28 Pfreundschuh M, Trumper L, Osterborg A, Pettengell R, Trneny M, Imrie K, et al. CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma: a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MInT) Group. Lancet Oncol 2006;7:379-91.
29 Pfreundschuh M, Schubert J, Ziepert M, Schmits R, Mohren M, Lengfelder E, et al. Six versus eight cycles of bi-weekly CHOP-14 with or without rituximab in elderly patients with aggressive CD20+ B-cell lymphomas: a randomised controlled trial (RICOVER-60). Lancet Oncol 2008;9:105-16.
30 Vellenga E, Van Putten WL, Van 't Veer MB, Zijlstra JM, Fibbe WE, Van Oers MH, et al. Rituximab improves the treatment results of DHAP-VIM-DHAP and ASCT in relapsed/progressive aggressive CD20+ NHL: a prospective randomized HOVON trial. Blood 2008;111:537-43.
31 Thieblemont C, Brière J, Mounier N, Voelker HU, Cuccuini W, Hirchaud E, et al. The germinal center/activated B-cell subclassification has a prognostic impact for response to salvange therapy in relapsed/refractory diffuse large B-cell lymphoma: a bio-CORAL study. J Clin Oncol 2011;29:4079-87.

Klinische lessen voor H&W gevraagd

Klinische lessen in H&W zijn een door lezers hooggewaardeerde rubriek. Aan de hand van één of twee patiëntencasussen wordt aandacht gevraagd voor een opmerkelijk diagnostisch traject, klinisch beloop of een medisch basisprincipe. Deze rubriek biedt de schrijver de mogelijkheid een ervaring te delen en de lezers de mogelijkheid te leren van wat een collegahuisarts heeft meegemaakt. Omdat de rubriek zo nauw aansluit bij de dagelijkse praktijk willen wij u aanmoedigen uw praktijkervaring door middel van een klinische les met de lezers van H&W te delen.

Als u een casus voor ogen heeft, bedenk dan eerst waar deze het best past: in de rubriek klinische les of casuïstiek. Een klinische les draait, anders dan de rubriek casuïstiek, niet om een pure beschrijving van een ziektebeeld maar om de lering die collegahuisartsen kunnen trekken uit de gepresenteerde casus. De patiëntencasus beschrijft stapsgewijs, vanaf de eerste presentatie door de patiënt, de gedachten van de huisarts gedurende het diagnostisch proces. De beschreven casussen dienen ter illustratie van een boodschap, die u elders in het artikel met feiten verantwoordt.

Overweegt u een klinische les te schrijven? Kijk dan op onze website voor de auteursinstructies (http://www.henw.org/voorauteurs) Bij vragen kunt u contact opnemen met hoofdredacteur Just Eekhof (j.eekhof@nhg.org of 030-2823500). ■

Just Eekhof

Remke van Staveren

NASCHOLING

Medicatietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie

INLEIDING

Ongeveer de helft van de patiënten neemt voorgeschreven medicijnen niet of op de verkeerde manier in.[1,2] Dat is zonde, want bij een beter medicatiegebruik valt veel winst te halen. Meer therapietrouw, dat wil zeggen gedrag van de patiënt dat overeenkomt met het voorgeschreven advies van de arts, zou niet alleen meer kwaliteit van leven en een hogere levensverwachting opleveren, maar ook een aanzienlijke besparing op de kosten van de gezondheidszorg.[1,3,4]

Termen als 'therapietrouw', 'compliance' (letterlijk: meegaandheid) en 'adherence' (letterlijk: aanhankelijkheid) drukken onbedoeld een veroordeling uit van de patiënt die het voorschrift van de arts niet trouw opvolgt. In de praktijk zijn de meeste mensen, ook artsen zelf, min of meer 'ontrouw': iedereen vergeet wel eens een dosis, maakt zijn kuur niet helemaal af of neemt juist meer in dan voorgeschreven. Het niet of slechts gedeeltelijk opvolgen van een medicatieadvies is voor patiënten vaak een bewuste keuze, en vanuit hun gezichtspunt volstrekt logisch.[5] De kernvraag die de arts zich bij het bevorderen van therapietrouw moet stellen, is dan ook: 'Hoe vergroot ik de motivatie van de patiënt voor medicatie?'[6]

THERAPIETROUW EN COMMUNICATIE

Therapietrouw hangt van vele factoren af, die samenhangen met de patiënt, de arts, de sociaal-economische omstandigheden, de ziekte en het geneesmiddel zelf [**tabel 1**]. De arts heeft niet op al deze factoren invloed, maar heeft wel belangrijke instrumenten in handen: de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie en de wijze waarop hij of zij met de patiënt communiceert.[4,8-12] Een meta-analyse heeft aangetoond dat het risico op therapieontrouw onder patiënten van goed communicerende artsen 19% lager ligt dan onder onder patiënten van slecht communicerende artsen.[12]

Dit artikel beschrijft hoe de huisarts met patiëntgerichte communicatie medicatietrouw kan bevorderen. Patiëntgerichtheid houdt in dat de arts het perspectief van de patiënt probeert te achterhalen, aandacht heeft voor diens opvattingen over ziekte en behandeling, en de macht en verantwoordelijkheid met de patiënt deelt als die dat wil.[13] De kans dat de patiënt het medicatieadvies ter harte neemt, wordt groter als de arts aandacht besteedt aan mogelijke misvattingen, expliciet rekening houdt met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt, relevante en begrijpelijke informatie geeft, zich positief opstelt en de patiënt actief bij de besluitvorming betrekt.[8,9,12,14,15]

VOORBEREIDEN

Algemene denkbeelden over medicatie

'Hoe denkt u over het innemen van medicijnen?'

Een goede voorbereiding is het halve werk. Als de arts weet hoe zijn patiënt over het gebruik van medicatie denkt, dan kan hij rekening houden met diens persoonlijke opvattingen en eventuele misvattingen corrigeren.[6,15] Veel mensen (patiënten én artsen) hebben een persoonlijke visie op medicijnen, die vaak cultureel bepaald is of vanuit het ouderlijk gezin is meegegeven en daarom moeilijk te weerleggen is. De een beschouwt het innemen van pillen als een persoonlijk teken van zwakte, terwijl de ander het gebruik van medicijnen juist heel verstandig vindt. Artsen schrijven soms vanuit hun persoonlijke visie meer of juist minder voor dan medisch noodzakelijk is. Patiënten zijn vaak bang voor bijwerkingen, of ze zijn bang dat ze verslaafd raken of 'voor altijd' medicijnen nodig zullen hebben.[16]

Samenvatting

Van Staveren R. Medicatietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. Huisarts Wet 2013;56(9):472-5.

Als patiënten hun medicijnen volgens voorschrift innemen, is dat bevorderlijk voor hun levensverwachting en hun kwaliteit van leven, en ook voor de kosten van de zorg als geheel. Verschillende factoren zijn van invloed op de medicatietrouw: de patiënt, de arts, sociaal-economische factoren, de aard van de aandoening en de medicatie zelf. Een belangrijke factor, die de huisarts grotendeels zelf in de hand heeft, is de communicatie met de patiënt. Effectieve, patiëntgerichte communicatie die berust op een goede arts-patiëntrelatie vergroot de medicatietrouw. Het helpt ook als de dokter misvattingen en misverstanden uit de weg ruimt en expliciet rekening houdt met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt.

De kern

- Goede communicatie en een goede arts-patiëntrelatie bevorderen therapietrouw.
- De arts bevordert therapietrouw als hij zich positief opstelt, vragen stelt, heldere en begrijpelijke informatie geeft en de patiënt bij de besluitvorming betrekt.
- Therapietrouw neemt toe als de arts aandacht besteedt aan mogelijke misvattingen en expliciet rekening houdt met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt.
- De patiënt is bereid en gemotiveerd om medicatie in te nemen als hij beseft dat hij ziek is en eventueel ook ziekte-inzicht heeft, als hij met medicatie wil proberen de klachten te verhelpen of te voorkomen en als hij gelooft dat de voordelen van medicatie (uiteindelijk) tegen de nadelen gaan opwegen.
- De arts informeert en adviseert, de patiënt beslist.

Tergooi Ziekenhuizen, Rijksstraatweg 1, 1261 AN Blaricum: R. van Staveren, psychiater • Correspondentie: vanstaverenexpertise@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 Belangrijke voorspellers van therapietrouw[1, 3, 4, 7, 8]

De patiënt heeft klachten of symptomen.
De patiënt beseft dat hij ziek is en heeft ziekte-inzicht.
De patiënt wil met medicatie proberen de klachten te verhelpen of te voorkomen.
De patiënt gelooft dat de voordelen van medicatie (uiteindelijk) tegen de nadelen zullen opwegen.
De patiënt heeft een algemeen positieve attitude ten opzichte van medicatie.
De patiënt heeft goede cognitieve functies.
De patiënt heeft geen psychische problemen, vooral geen depressie.
De therapie is effectief en heeft weinig of geen bijwerkingen.
De arts-patiëntrelatie is goed.
De follow-up is goed en de patiënt komt afspraken na.
De therapie is eenvoudig, past binnen de dagelijkse routine van de patiënt en heeft een beperkte duur.
De patiënt ervaart sociale steun bij het gebruik van medicatie.

Specifieke verwachtingen over medicatie

'Wat hoopt u of verwacht u van deze medicijnen?'

Wat is de hulpvraag? Om de patiënt voor de behandeling te kunnen motiveren moet de arts weten wat de patiënt en diens familie hopen of verwachten van de voorgestelde medicatie.[4,15] Slechts een kleine 10% van de patiënten heeft aan het begin van de behandeling het verminderen van symptomen als enige behandeldoel.[17] Daarbij wordt het overgrote deel van de chronische medicatie preventief voorgeschreven, als er (nog) geen symptomen of klachten bestaan. Juist dan is het van belang dat de arts aansluit bij de specifieke hulpvraag van de patiënt om zo diens motivatie voor medicatie te vergroten.

Samen beslissen en keuze(vrijheid) bieden

'Wilt u meedenken of meebeslissen over het beleid?'

De meeste patiënten (70%) willen actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke medische beslissingen.[18] Er is (nog?) geen wetenschappelijk bewijs dat gezamenlijke besluitvorming (*shared decision-making*) de therapietrouw rechtstreeks bevordert, maar een indirect effect is er waarschijnlijk wel, want het is aangetoond dat samen beslissen en de patiënt keuze bieden meer tevredenheid en een betere kwaliteit van leven opleveren, en bijdragen tot een betere arts-patiëntrelatie.[15,19]

Patiënten zijn eerder geneigd advies aan te nemen als ze mogen kiezen. Het is goed te bedenken dat de patiënt *altijd* een keuze heeft, hij kan er namelijk ook voor kiezen geen behandeling aan te gaan. Soms helpt het om die keuzevrijheid te expliciteren: 'Het is aan u...' Kiezen tussen verschillende medicijnen kan vooral als er verschillende, qua effectiviteit min of meer gelijkwaardige middelen zijn. Is er maar één middel evidence-based het beste, dan zou men de patiënt kunnen betrekken bij het opstellen van een haalbaar doseringsschema. Een eenvoudig voorschrift, dat in de dagelijkse routine past, bevordert de therapietrouw.[4,20]

VOORSCHRIJVEN

Patiëntgericht informeren

'Wat weet u al over het middel? Wat zou u nog meer willen weten?'

Op maat gesneden informatie bevordert de therapietrouw.[4,20] Het helpt dus, te vragen naar de specifieke zorgen, wensen en voorkeuren van de patiënt met betrekking tot de medicatie.[15,19,21] Veel patiënten zoeken tegenwoordig op internet informatie op. Sommigen hebben zelfs al een bepaald middel in gedachten. Het is goed daarnaar te vragen, want daarmee laat u de patiënt impliciet weten dat zijn mening telt.

Vraag ook naar eerdere ervaringen. Patiënten met chronische aandoeningen weten wat wel of niet bij hen werkt, welke middelen zij goed verdragen en welke minder goed. Kent de patiënt iemand (een familielid bijvoorbeeld) die de voorgestelde medicatie gebruikt? En? Hoe bevalt dat? [22]

De patiënt begrijpt en onthoudt informatie beter als deze aansluit bij zijn belangstelling.[18] Bied de informatie in kleine beetjes aan en vraag telkens naar een reactie of reageer op non-verbale signalen. Vragen als: 'Wat betekent dit voor u?' en: 'Hoe denkt u hierover?' maken de informatie specifiek en persoonlijk.[23]

Positief én eerlijk informeren

Er is steeds meer empirisch bewijs dat een groot deel van de werkzaamheid van medicatie afhangt van de wijze waarop de arts met de patiënt communiceert.[11] Medicatie werkt beter naarmate de arts er hogere verwachtingen van heeft en dit vertrouwen ook op de patiënt weet over te brengen.[7,11] Daar staat tegenover dat artsen de wettelijke plicht hebben patiënten te informeren over de werking, maar ook over alle eventuele bijwerkingen van het geneesmiddel. Er is geen pasklaar antwoord op dit dilemma. Het is in elk geval belangrijk eerlijk te blijven. Veel patiënten lezen de bijsluiter of zoeken op internet wat andere patiënten van het middel vinden. Voor het welslagen van de behandeling is uiteindelijk het vertrouwen van de patiënt in de behandelaar van doorslaggevende betekenis.[11] Laat in elk geval weten dat u eventuele bijwerkingen samen met de patiënt zult aanpakken.[7]

Abstract

Van Staveren R. Patient-centred communication can improve medication adherence. Huisarts Wet 2013;56(9):472-5.

Medication adherence contributes to a longer life expectancy, a better quality of life, and diminished healthcare costs. Many factors contribute to medication adherence: the patient, the doctor, socioeconomic factors, the nature of the disorder or disease, and the medication itself. An important factor, for which doctors are largely responsible, is patient communication – effective patient-centred communication, which is based on a good relationship between the patient and his/her doctor, improves medication adherence. Medication adherence is also facilitated if the doctor addresses any misconceptions about medications and explicitly takes the patient's circumstances and preferences into account.

Vragen naar de 'gevoeligheid' voor medicatie

'Bent u gevoelig voor medicatie?'

Mocht u weinig tijd hebben en toch willen weten hoe de patiënt over de voorgestelde medicatie denkt, vraag dan, bij wijze van spreken met het receptenblok in de hand, of de patiënt gevoelig is voor medicatie.[7] Is het antwoord: 'Ja, dokter, ik ben zelfs overgevoelig!' of laat de patiënt non-verbaal doorschemeren twijfels te hebben, vraag dan even door: 'Wat zijn uw ervaringen met medicijnen in het verleden? Hebt u snel last van bijwerkingen?'

De kans op therapietrouw wordt groter als de arts rekening houdt met de (vermeende) gevoeligheid van de patiënt: 'In verband met uw gevoeligheid voor medicijnen, mijnheer Janssen, stel ik voor dat we bij u de begindosering halveren. Gaat dat goed, hebt u weinig bijwerkingen, dan kunnen we altijd nog besluiten de dosering stapje voor stapje op te hogen. Kunt u zich hierin vinden?' Een dokter die geen rekening houdt met deze gevoeligheden, kan er tamelijk zeker van zijn dat veel van zijn patiënten ofwel nooit aan het medicijn beginnen, ofwel forse bijwerkingen krijgen om hem alsnog van hun gelijk te overtuigen.

VERVOLGEN

Vragen naar inname en bijwerkingen

'Iedereen vergeet wel eens zijn medicijnen in te nemen, hoe is dat bij u gegaan?'

Gebruikt de patiënt eenmaal medicatie, dan is het belangrijk om tijdens vervolgconsulten aandacht te blijven besteden aan therapietrouw en expliciet te vragen naar inname en bijwerkingen.[24,25] Dit geldt des te meer voor chronische medicatie. De therapietrouw neemt af naarmate een behandeling langer duurt, na zes maanden is de daling zelfs dramatisch.[18,26] Daarbij doet zich met het voorschrijven van generieke medicatie een relatief nieuw probleem voor: afhankelijk van de prijs kan de patiënt telkens wisselende verschijningsvormen ontvangen van één en hetzelfde middel. Volgens een recent onderzoek vermindert generiek voorschrijven op deze wijze de therapietrouw.[27]

Hoe informeer je naar de therapietrouw zonder de patiënt voor het hoofd te stoten? Slechts 12% van de patiënten vertelt spontaan of ze daadwerkelijk de medicatie innemen.[24] Veel patiënten stoppen vroegtijdig met hun medicijnen en van de patiënten die dat niet doen, vergeet nagenoeg iedereen wel eens een tablet in te nemen.[7] Dat is volstrekt normaal. Door daar expliciet van uit te gaan, voorkomt u gezichtsverlies bij de patiënt: 'Iedereen vergeet wel eens zijn medicijnen in te nemen. Dat is ook lastig. Hoe vaak bent u in de afgelopen maand uw medicijnen vergeten in te nemen, denkt u?' Of: 'Heel veel mensen overwegen te stoppen met hun medicijnen. Dat is logisch, vooral in het beginstadium als de pillen nog geen effect hebben, maar al wel bijwerkingen geven. Hoe is dat bij u? Overweegt u wel eens te stoppen? Bent u al gestopt?'

Respecteren dat de patiënt geen medicatie wil innemen

'U hebt vast een goede reden dat u met de medicatie gestopt bent. Mag ik vragen welke?'

Als de patiënt ondanks alle inspanningen van de dokter geen medicatie (meer) wil innemen, dan doet de huisarts er goed aan die beslissing te respecteren. Aandringen werkt zelden en gaat meestal ten koste van de arts-patiëntrelatie. Bovendien wil je als huisarts in gesprek blijven met de patiënt, zeker als diens besluit belangrijke implicaties voor zijn gezondheid kan hebben. Informeer liever naar de reden: 'U hebt vast een goede reden om met de medicatie gestopt te zijn. Mag ik vragen welke?'

Soms wegen de voordelen gewoon niet tegen de nadelen op.

BESCHOUWING

Het is de taak van de arts om therapietrouw te helpen bevorderen, zowel door gunstige voorwaarden te scheppen (zoals een eenvoudig doseerschema) als door de patiënt te motiveren tot goed geneesmiddelgebruik. Goed communiceren en een goede arts-patiëntrelatie bevorderen de therapietrouw en zijn ook noodzakelijke voorwaarden, maar het zijn helaas niet de enige voorwaarden.[6] Therapietrouw wordt eveneens bepaald door veel andere factoren, die de arts niet altijd kan beïnvloeden. Er is dan ook geen standaardinterventie om therapietrouw te bevorderen.[2,26]

Uiteindelijk beslist de patiënt of en in hoeverre hij medicatie gebruikt. Ook als de therapietrouw tekortschiet, is het belangrijk om met de patiënt in gesprek te blijven over goed geneesmiddelengebruik. De verantwoordelijkheid en het initiatief daartoe liggen weliswaar in eerste instantie bij de arts-voorschrijver, maar kunnen ook gedeeld worden met de apotheker, verpleegkundige of praktijkondersteuner, en natuurlijk met de patiënt zelf.[8]

Ten slotte: de beschreven gespreksvaardigheden en suggesties dienen vooral ter inspiratie. Iedere patiënt en elke situatie vragen om hun eigen benadering, en bovendien ontwikkelt iedere huisarts al doende zijn eigen strategie in het 'voorschrijven' en in het bespreken en bevorderen van goed geneesmiddelgebruik. ■

LITERATUUR

1 Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
2 Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montagne P. Interventions for helping patients follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev 2008;(2);CD000011.
3 Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;-353:487-97.
4 Sluijs E, Van Dulmen S, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: A meta review. Utrecht: NIVEL, 2006.
5 Klok T, Sulkers EJ, Kaptein AA, Duiverman EJ, Brand PLP. Therapietrouw bij chronisch zieken. Patiëntgerichte benadering noodzakelijk. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:A420.
6 Kaptein AA. Slikken of vertikken: De psychologie van therapietrouw. Pharmaceutisch Weekblad 2004;23:806-9.
7 Shea SC. Improving medication adherence. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2006.
8 Van Bijnen E, Van Dulmen S. Een goed gesprek over geneesmiddelgebruik; determinanten vanuit het perspectief van de voorschrijver. Utrecht: NIVEL, 2010.
9 Bultman DC, Svarstad BL. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment.

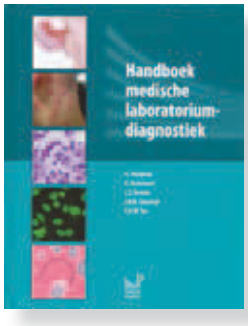
Patient Educ Couns 2000;40:173-85.
10 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM, redactie. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
11 Verheul W, Bensing JM. Het placebo-effect in de huisartspraktijk: Communicatie als medicijn. Bijblijven 2008;24:38-44.
12 Zolnierek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care 2009;47:826-34.
13 Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087-110.
14 De Regt HB, De Haan RJ, De Haes JCMJ. Uitvoering van de informed consent vereiste, een kwestie van communicatie. Utrecht: KNMG; 1997. Project Informed Consent, nr. IC-4.
15 Elwyn G, Edwards A, Britten N. 'Doing prescribing': How doctors can be more effective. BMJ 2003;327:864-7.
16 Geertjens LJJM. 'Wat een merkwaardig gevoel': Psychotherapie en psychofarmacagebruik; consequentie voor de behandelrelatie. Kinder- en Jeugdpsychotherapie 1991;4:214-31.
17 Grosse M, Grawe, K. Bern inventory of treatment goals: Part I, Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. Psychother Res 2002;12:79-99.
18 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2006.
19 Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks (CA): Sage, 1995.
20 Roberts KJ, Volberding P. Adherence communication: A qualitative analysis of physician-patient dialogue. Aids 1999;13:1771-8.
21 Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren: Gids voor de medische praktijk. Utrecht: de Tijdstroom, 2010.
22 Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren in de GGZ. Utrecht: de Tijdstroom, 2013.
23 Van Staveren R. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155:A3777.
24 Steele DJ, Jackson TC, Gutmann, MC. Have you been taking your pills? The adherence-monitoring sequence in the medical interview. J Fam Pract 1990;30:294-9.
25 Van Dulmen S, Van Dijk L. In gesprek over medicijngebruik en therapietrouw. Tijdschrift voor Praktijkondersteuning 2010;5:70-5.
26 Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Serv Res 2007;7:55.
27 Kesselheim AS, Misono AS, Shrank WH, Greene JA, Doherty M, Avorn J, et al. Variations in pill appearance of antiepileptic drugs and the risk of nonadherence. JAMA Intern Med 2013;173:202-8.

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

NA TIEN JAAR EEN FRAAI KOMPAS VOOR DIAGNOSTIEK EN TESTEN

Hooijkaas H, Mohrmann K, Smeets LC, Souverijn JHM, Tax GHM. Handboek medische laboratoriumdiagnostiek. Houten: Prelum Uitgevers, 2013. 905 pagina's, € 89. ISBN 978 90 8562 118 8. Digitale versie: www.klinischediagnostiek.nl, € 69,50.

Doelgroep Ziekenhuis-specialisten, huisartsen, verloskundigen.
Inhoud Elke week komt er wel eens een patiënt of een labuitslag binnen en ga ik zoeken naar de juiste test of de juiste interpretatie van die test. Via mijn favorieten op internet vind ik meestal wel een antwoord op mijn vraag. Toch blijven er vragen over waarop ik geen evidence-based en beargumenteerd antwoord vind. In 2003 was er het Diagnostisch Kompas, we leven nu tien jaar later. Dit handboek kwam als opvolger in 2009 en beleeft nu een tweede, volledig herziene druk met meer illustraties en schema's, in kleur, op stevig papier. De geselecteerde tests (microbiologie, immunologie en klinische chemie) staan in alfabetische volgorde. Het uitgebreide register is nodig om te zoeken, op aandoening of op test. Zo staat de ziekte van Lyme niet in de inhoudsopgave, maar wel in het register. Onder coeliakie vind ik een verwijzing naar vier tests. T3 kon ik niet vinden in de inhoud, noch in het register en ook niet onder 'schildklier'. Had ik maar moeten weten dat het om tri-joodthyronine gaat. Op de betreffende pagina wordt T3 dan weer wel genoemd. Groep-B-streptokokken zijn niet te vinden onder 'streptokokken' of 'zwangerschap', wel onder hemolytische streptokokken. De voor huisartsen relevante laboratoriumtests staan vermeld, daarnaast ook tests op het randje van de specialist, zoals de anti-CCP bij reumatoïde artritis. De beschrijving per test is eenduidig: methode, belasting voor de patiënt, storende factoren, mogelijke toepassingen, en de meeste tekst gaat over de interpretatie. Voor microbiologie zijn er paragrafen over de aard van elk pathogeen (van Actinomyces tot Yersinia), voorkomen en symptomen.



Oordeel Een fraai vormgegeven naslagwerk, een zwaargewicht voor de huisarts. Per test is de tekst meestal beknopt genoeg. Soms is de tekst van de interpretatieparagraaf te lang en lijkt dan op die van een leerboek. Toegang tot de digitale versie www.klinischediagnostiek.nl kun je separaat kopen. Die vind ik veel handiger: bovenstaande voorbeelden van mijn problemen met zoeken gingen direct goed bij de digitale versie. Aan die website is ook de inhoud van de in 2012 uitgekomen tweede druk van het boek 'Klinische probleemstellingen' gekoppeld, met 236 klachten en ziektebeelden, van acromegalie tot zwangerschapshypertensie, inclusief differentiaaldiagnostiek. Bovendien wordt de website geregeld geüpdatet door onafhankelijk werkende vakgenoten. De waardering van 4 sterren is dan ook voor de digitale versie. ■

Sjoerd Zwart

Waardering: ● ● ● / ● ● ● ●

Ad van Esch, Quirijn de Mast

KLINISCHE LES

Een reiziger met koorts

Nederlanders gaan in totaal zo'n achttien miljoen keer per jaar op vakantie in het buitenland, en ze kiezen daarbij steeds vaker een (sub)tropische bestemming. Ook steeds meer zakenreizigers bezoeken (sub)tropische streken in bijvoorbeeld Zuidoost-Azië. Ongeveer de helft van deze verre reizigers krijgt te maken met een ziekte, meestal reizigersdiarree, gevolgd door luchtweginfecties, huidaandoeningen, koorts of de gevolgen van een ongeval. In die gevallen moet de huisarts rekening houden met een importziekte.[1,2] In deze klinische les bespreken we hoe om te gaan met patiënten die koorts hebben na een reis (zie casus).

KOORTS NA EEN REIS

Chikungunya, dengue en rickettsiose zijn belangrijke oorzaken van koorts bij reizigers naar de tropen geworden.[3–5] Omdat deze infectieziekten relatief onbekend zijn, volgt hieronder een korte beschrijving van deze ziekten.

Chikungunya

Het chikungunyavirus (CHIKV) is een alfavirus uit de familie der *Togaviridae*, dat in de jaren vijftig werd ontdekt als ziekteverwekker in Afrika. Rond de eeuwwisseling is het aantal ziektegevallen sterk toegenomen, eerst in Afrika en later in Azië. CHIKV is één van de zogeheten arbovirussen, virussen die door insecten worden overgedragen. CHIKV wordt overgedragen door *Aedes*-muggen en door de sterke verspreiding van vooral *Aedes albopictus*, de Aziatische tijgermug, is de laatste jaren in verschillende Zuid-Europese landen autochtone transmissie van deze virussen opgetreden.[6] Ook in Nederland worden met enige regelmaat tijgermuggen gevonden, maar er zijn tot nu toe geen aanwijzingen dat zij ook hier arbovirusinfecties hebben overgebracht.[7] Chikungunya is in de acute fase alleen vast te stellen met een polymerasekettingreactie (PCR); met serologisch onderzoek is IgM pas drie en IgG pas zes dagen na aanvang van de klachten aantoonbaar. De oorzaak laat zich niet behandelen, maar ernstige complicaties doen zich zelden voor. Chikungunya geneest spontaan na drie tot zeven dagen, al kunnen de gewrichtsklachten vele maanden aanhouden en behoorlijk invaliderend zijn.[8] De pathogenese van deze persisterende artralgie is nog niet opgehelderd.

Dengue

Het denguevirus (DENV), een flavivirus, wordt door dezelfde muggen overgedragen als CHIKV. Transmissie van DENV vindt inmiddels in vrijwel alle tropische en subtropische gebieden plaats.[9] Klinisch zijn chikungunya en dengue moeilijk van elkaar te onderscheiden.[10] Beide worden gekenmerkt door koorts en vaak huiduitslag. Bij gewrichtsklachten van de grote gewrichten wordt chikungunya meer waarschijnlijk, bij trombopenie en bloedingneiging dengue.[11] Een positieve NS1-antigeentest bevestigt de diagnose dengue, maar een negatieve uitslag sluit dengue zeker niet uit en bovendien is de test slechts op weinig plaatsen beschikbaar. Dengue kan door bloedingen en plasmalekkage ernstig verlopen; bij symptomen die hierop wijzen is ziekenhuisopname geïndiceerd. De complicaties van dengue worden vooral gezien kort na het verdwijnen van de koorts. Omdat de kans op complicaties groter is bij een diepe trombopenie adviseren sommige experts dagelijks het bloedbeeld te controleren.[12,13] Verder moet de patiënt NSAID's vermijden zolang dengue niet is uitgesloten, vanwege het verhoogde bloedingsrisico. De kans op een ernstig beloop van dengue is groter bij een herhaalde infectie, maar is zeker

Samenvatting

Van Esch A, De Mast Q. Een reiziger met koorts. Huisarts Wet 2013;56(9):476-9.

De huisarts krijgt steeds vaker patiënten op het spreekuur die koorts hebben na een verblijf in de tropen. Een malaria-infectie is levensbedreigend en moet altijd als eerste worden uitgesloten. De laatste jaren worden ook andere ziekten, zoals dengue, chikungunya of rickettsiose, steeds vaker gezien. Deze kunnen soms ernstig verlopen. Systematische anamnese, lichamelijk onderzoek, bloedbeeld en microbiologische diagnostiek zijn geboden. Deze klinische les bespreekt aan de hand van een casus de mogelijkheden en beperkingen van diagnostiek en behandeling in de eerste lijn.

De kern

- Informeer bij koorts of de patiënt de laatste maanden nog in het buitenland is geweest.
- Koorts na een bezoek aan de tropen vergt een systematische aanpak.
- Als de patiënt een gebied heeft bezocht waar malaria endemisch is, moet met spoed malariadiagnostiek worden aangevraagd.
- Andere tropische infecties met een potentieel fataal beloop zijn buiktyfus, hemorragische virale koorts, dengue, leptospirose, Oost-Afrikaanse slaapziekte en een amoebenabces van de lever.
- Dengue is een belangrijke oorzaak van koorts uit de tropen geworden.
- Denk bij persisterende artralgie aan chikungunya.
- Start laagdrempelige behandeling met doxycycline (kinderen < 8 jaar claritromycine) als er klinisch aanwijzingen zijn voor rickettsiose.
- Raadpleeg bij twijfel over diagnostiek of behandeling een internist-infectioloog met kennis van tropenziekten.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, Intern huispostnr. 166, 6500 HB Nijmegen: A.W.C. van Esch, reizigersgeneeskundige. Afdeling Algemeen Interne Geneeskunde: dr. Q. de Mast, internist-infectioloog • Correspondentie: a.vanesch@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

Een 35-jarige man is voor wetenschappelijk onderzoek tien dagen in Indonesië geweest. Hij heeft vijf dagen in vrij primitieve omstandigheden doorgebracht op het eiland Flores en is daarna doorgereisd naar Semarang, de hoofdstad van Centraal-Java. Als ervaren reiziger heeft hij alle aanbevolen vaccinaties gehad tegen DTP, hepatitis A en B en buiktyfus. Tijdens het verblijf slikte hij malariatabletten (atovaquon/proguanil) en op Flores sliep hij onder een klamboe. Tijdens het verblijf had de man geen gezondheidsklachten, maar in het vliegtuig op weg naar huis heeft hij het koud en merkt hij dat hij pijn heeft in het DIP-gewricht van zijn rechter middelvinger. Nog tijdens de vliegreis krijgt hij koorts, hoofdpijn, spierpijn en last van prikkelhoest. Op romp en extremiteiten verschijnen kleine maculae. De autorit van de luchthaven naar huis verloopt zeer onprettig vanwege toenemende artralgie van polsen, enkels en knieën. De man gaat onmiddellijk langs zijn huisarts en vertelt het verhaal.

De aanvullende anamnese geeft weinig aanknopingspunten. Wel is de man in verband met zijn wetenschappelijk onderzoek in contact geweest met patiënten in lokale ziekenhuizen. Bij onderzoek ziet de huisarts een matig zieke man. Naast de eerder beschreven huiduitslag levert het algemeen lichamelijk onderzoek geen afwijkende bevindingen op. Gelet op de symptomen en het tijdsverloop is hier waarschijnlijk sprake van een tijdens de reis opgelopen infectieziekte met een korte incubatietijd (maximaal tien dagen, zie kader).

De huisarts laat cito-bloedonderzoek verrichten: Hb 9,6 mmol/l, trombocyten 203 × 109/l, leukocyten 6,2 × 109/l, CRP < 5 mg/l. Malariaonderzoek (quantitative buffy coat) en denguesneltest (NS1-antigeentest) zijn beide negatief. De huisarts vraagt serologisch onderzoek aan naar dengue, chikungunya en rickettsiose. Er wordt een thoraxfoto gemaakt in verband met de hoest, maar hierop zijn geen afwijkingen te zien.

Vanwege de negatieve testuitslagen en het ontbreken van trombopenie acht de huisarts malaria en dengue minder waarschijnlijk. Omdat patiënt geen contact met zoet oppervlaktewater heeft gehad en er ook geen conjunctivale roodheid en leukocytose geconstateerd is, is leptospirose eveneens minder waarschijnlijk, en het ontbreken van buikklachten pleit tegen buiktyfus. Vanwege de opvallende artralgie staat chikungunya boven aan de lijst, gevolgd door rickettsiose. Omdat rickettsiose een soms ernstig beloop heeft, start de huisarts met doxycycline 2 dd 100 mg en maakt hij een controleafspraak voor de volgende dag.

De dagen daarna blijft de patiënt flink ziek. Naast koorts zijn de belangrijkste klachten hoofdpijn, misselijkheid en artralgieën van vooral de grote gewrichten. Op de vijfde ziektedag ontwikkelt zich een grofvlekkig, confluerend maculopapulair exantheem op romp en extremiteiten [**figuur 1 en 2**].

De koorts verdwijnt en acht dagen na het ontstaan van de klachten voelt patiënt zich beter. Wel houdt hij nog een maand of vier last van milde artralgieën die hem niet noemenswaardig hinderen in zijn dagelijkse activiteiten.

In onze casus was het serologisch onderzoek dat op de eerste ziektedag werd ingezet negatief voor dengue en chikungunya. Antistoffen van Rickettsia (IgG positief en IgM negatief) wezen op een vroeger doorgemaakte infectie, wat niet verwonderlijk was omdat de patiënt zijn jeugd in Afrika had doorgebracht en vaak naar de tropen reist. Herhaling van het serologisch onderzoek twee weken later liet een seroconversie zien voor chikungunya (IgM en IgG positief), maar de uitslag voor dengue was nog steeds negatief. Dit bevestigde de diagnose chikungunya.

Figuur 1 **Maculopapulair exantheem op de onderarmen**

Figuur 2 **Confluerend exantheem op de pols**

Differentiaaldiagnose bij koorts, gewrichtsklachten en huiduitslag met korte incubatietijd na verblijf in Zuidoost-Azië

- Dengue
- Chikungunya
- Rickettsiose
- Leptospirose
- Buiktyfus
- Acute hiv-infectie
- Cave: malaria

Hoewel gewrichtsklachten niet kenmerkend zijn voor malaria, mag malariadiagnostiek niet achterwege blijven

Abstract

Van Esch A, De Mast Q. The traveller with fever. Huisarts Wet 2013;56(9):476-9.

General practitioners increasingly see patients with fever who have travelled to tropical countries. Malaria is a life-threatening disease and needs to be ruled out without delay. Dengue, chikungunya, and rickettsiosis are increasingly diagnosed causes of fever among travellers and are potentially serious. The patient's history should be carefully taken and a physical examination and laboratory investigations performed. This case study discusses the possibilities and limitations of diagnosis and treatment in primary care.

Internetbronnen over koorts bij reizigers
- Practice guidelines for evaluation of fever in returning travelers or migrants. Lausanne: FeverTravel project, 2012. http://www.fevertravel.ch, geraadpleegd juli 2013.
- Huisarts-migrant.nl, informatie over onder andere reizigersgeneeskunde en ziektebeelden. Utrecht: Pharos, 2013. http://www.huisarts-migrant.nl, geraadpleegd juli 2013.
- ProMED-mail, uitbraaknieuws. Brookline (MA): International Society for Infectious Diseases, 2010. http://www.promedmail.org, geraadpleegd juli 2013.

niet afwezig bij de eerste keer.[14] In de literatuur zijn verscheidene sterfgevallen door dengue bij reizigers beschreven.[15]

Rickettsiose

Rickettsiose is een heterogene groep infectieziekten die wereldwijd voorkomen, en een onderschatte oorzaak van koorts bij reizigers.[16,17] Er bestaan twee belangrijke groepen: een tyfusgroep en een groep *spotted fevers*, waaronder de Afrikaanse tekenkoorts (*African tick bite fever*), de Mediterrane tekenkoorts (*Mediterranean spotted fever* of *fièvre boutonneuse*) en de *Rocky Mountain spotted fever*. De verwekker wordt overgedragen door teken, mijten, kleerluizen of vlooien. Vaak is een inoculatiezweer (*tache noir*, eschar) zichtbaar, maar het ontbreken hiervan sluit een rickettsiose niet uit. Bij reizigers die na terugkomst koorts hebben, zeker in combinatie met huiduitslag, moet rickettsiose altijd worden overwogen.[18] Er is een kans op complicaties als behandeling te laat wordt ingesteld of achterwege blijft, en de diagnose wordt meestal pas laat bevestigd door serologie. Daarom is het raadzaam om bij klachten die kunnen passen bij rickettsiose te starten met doxycycline 100 mg 2 dd gedurende 7 dagen. Kinderen jonger dan 8 jaar kan men claritromycine voorschrijven, 7,5 mg/kg 2 dd gedurende 7 dagen.

DIAGNOSTIEK

Huisartsen krijgen steeds vaker te maken met aandoeningen die reizigers mee naar huis nemen. Koorts na een bezoek aan de tropen is vaak een lastig diagnostisch dilemma. De differentiaaldiagnose is breed, en omvat naast tropische infecties ook kosmopolitische (dat wil zeggen, wereldwijd voorkomende) aandoeningen, zoals luchtweginfecties, acute infectieuze diarree, mononucleoseachtige beelden en urogenitale infecties. In het grootste gepubliceerde Europese onderzoek naar koorts bij reizigers ging het bij 39% om een tropische infectie, bij 34% om een kosmopolitische infectie en kon bij 24% geen oorzaak voor de koorts worden aangetoond.[19]

De differentiaaldiagnose bij koorts na een reis wordt onder meer bepaald door de bestemming, het tijdsverloop en de bevindingen bij anamnese en (aanvullend) onderzoek. Kennis van de geografische verspreiding van infectieziekten is onontbeerlijk bij de beoordeling van reizigers met koorts. Het internet kan hierbij behulpzaam zijn (zie kader).

De oorzaken van koorts zijn voor elk werelddeel verschillend. Naast de kosmopolitische infecties zijn de meest voorkomende oorzaken, in grote lijnen, bij reizigers uit Zuid- en Zuidoost-Azië: dengue, buiktyfus, bacteriële enteritis, chikungunya en malaria tertiana (*P. vivax*); bij reizigers uit tropisch Afrika: malaria tropica, rickettsiose, bacteriële enteritis en acute schistosomiasis; en bij reizigers uit Midden- en Zuid-Amerika: dengue, malaria (tropica en tertiana) en buiktyfus.[19,20] Brucellose moet overwogen worden bij reizigers uit het Midden-Oosten.

Ook de incubatietijd van de verschillende infectieziekten is een belangrijk gegeven in de differentiaaldiagnose. Ziekten als dengue, chikungunya en rickettsiose hebben een korte incubatietijd, meestal enkele dagen tot maximaal twee weken. Een langere incubatietijd hebben bijvoorbeeld acute schistosomiasis, amoebenabces van de lever en infecties door een mycobacterium.

Anamnese en lichamelijk onderzoek

Bij een reiziger die koorts heeft, is systematisch onderzoek belangrijk. In de anamnese moet apart gevraagd worden naar de reis, het verblijf, eventuele bijzondere activiteiten en welke preventieve maatregelen de patiënt genomen heeft [**tabel 1**]. Het tijdpad moet goed in kaart worden gebracht. Ook de achtergrond van de reis is belangrijk, zeker bij migranten, omdat die vanwege de aard van hun verblijf vaak meer risico lopen op reizigersziekten. Bij het lichamelijk onderzoek moet er speciale aandacht zijn voor lever, milt, lymfomen en inspectie van de huid [**tabel 2**]. Patiënten die na een reis ernstig ziek zijn, zullen in de regel direct verwezen worden. In andere gevallen hangt het van de ervaring en kennis van de huisarts af of diagnostiek en behandeling in de eerste lijn verantwoord kunnen plaatsvinden.

Tabel 1 **Reisanamnese**

Waar ben je geweest?	ook tussenstops
Wat heb je gedaan?	verblijfswijze, bijzondere activiteiten, voedingshygiëne, contact met zieken, contact met dieren, insecten- en tekenbeten, contact met zoet oppervlaktewater, nieuwe (onbeschermde) seksuele contacten,
Ziek geweest tijdens de reis?	medische behandeling gehad?
Wat was de reisduur, wanneer ben je teruggekomen?	
Preventieve maatregelen?	malariamiddelen, vaccinaties, antibiotica
(Tractus)anamnese huidige klachten	koude rillingen, nachtzweten, gewichtsverlies, hoofdpijn, fotofobie, hoesten, sputum, gelokaliseerde pijn, pijn bij ademen, diarree (vooral met bloed of slijm), mictieklachten

Tabel 2 **Lichamelijk onderzoek**

Pols, bloeddruk, temperatuur	
Algemeen lichamelijk onderzoek	let vooral op hepatomegalie, splenomegalie, lymfeklierzwelling, drukgevoelige lever met percussiepijn
Inspectie huid	let op exantheem, petechiën, purpura, icterus, inoculatiezweer, conjunctivale injectie

Malaria altijd uitsluiten

Koorts na een bezoek aan de tropen kan een eerste uiting zijn van een levensbedreigende infectie. Malaria tropica (*Plasmodium falciparum*) moet altijd dezelfde dag nog worden uitgesloten, wanneer koorts optreedt na een bezoek aan een endemisch gebied, óók wanneer de patiënt malariaprofylaxe heeft gebruikt.[21] Andere infecties met een potentieel fataal beloop zijn buiktyfus, hemorragische virale koorts (waaronder dengue), leptospirose, Oost-Afrikaanse slaapziekte en amoebenabces van de lever.

Het klachtenpatroon bij malaria is vaak aspecifiek, daarom is bij een patiënt met koorts altijd diagnostiek naar malaria nodig, ook als de klachten een andere diagnose suggereren (hoesten en dyspneu, of buikpijn en diarree). Dubbelinfecties komen voor, dus malaria moet zelfs nog uitgesloten worden als er al een andere focus voor de infectie gevonden is. Herhaal het onderzoek de volgende dag als de test negatief is. De gebruikte test verschilt per laboratorium; de gouden standaard is nog steeds een dikke druppel preparaat met bloeduitstrijk, ook al is deze in sommige centra vervangen door de *quantitative buffy coat*. Steeds vaker worden ook malaria-antigeentests gebruikt, maar deze mogen vooralsnog niet als enige test voor de malariadiagnostiek gebruikt worden. Malaria tropica uit zich in de regel binnen twee maanden na vertrek uit een malariagebied of het beëindigen van de malariaprofylaxe. Malaria door *P. vivax* en *P. ovale* kan zich nog maanden tot jaren na terugkeer openbaren. Indien koorts optreedt binnen een week na aankomst in een malariagebied is malaria onwaarschijnlijk.

Bloedonderzoek

Bij koorts door onbekende oorzaak wordt, naast malariadiagnostiek, als initieel onderzoek aanbevolen: bloedbeeld met differentiatie, leverfunctie en urineonderzoek. Het bloedbeeld kan belangrijke informatie opleveren: een normaal of verlaagd leukocytenaantal past bij buiktyfus, rickettsiose of een virale infectie zoals dengue, terwijl leukocytose kan wijzen op een *Leptospira*-infectie of een amoebenabces. Trombocytopenie is kenmerkend voor dengue, acute hiv-infectie of malaria; eosinofilie wordt gezien bij parasitaire infecties als acute schistosomiasis. Op indicatie worden een bloedkweek, X-thorax en echo van de lever verricht, maar deze onderzoeken vinden in de regel pas plaats na verwijzing. Sommige laboratoria bieden ook een denguesneltest (NS1-antigeentest) aan.[22] Laagdrempelig moet ook een hiv-test verricht worden.

RESISTENTIE

Over de hele wereld is het aantal bacteriën dat resistent is tegen antibiotica de afgelopen jaren snel gestegen. Daaronder zijn *extended-spectrum* bètalactamaseproducerende bacteriën (ESBL), penicillineresistente pneumokokken en methicillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). Een recent Scandinavisch onderzoek bij patiënten met reizigersdiarree die een bestemming buiten Europa hadden bezocht, wees op een onrustbarend hoge prevalentie van ESBL-dragerschap (36%).[23] Bij het voorschrijven van antibiotica moet men hiermee ter dege rekening houden. ■

LITERATUUR

1 Caumes E, Legros F, Duhot D, Cohen JM, Arnould P, Mosnier AJ. Health problems in returning travelers consulting general practitioners. Travel Med 2008;15:457-9.
2 Van Gompel AML, Sonder GJB, redactie. Reizen en ziekte. 2e druk Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
3 Johnston V, Stockley JM, Dockrell D, Warrell D, Bailey R, Pasvol G, et al. Fever in returned travellers presenting in the United Kingdom: Recommendations for investigation and initial management. J Infect 2009;59:1-18.
4 Chen LH, Wilson ME. Dengue and chikungunya infections in travelers. Curr Opin Infect Dis 2010;23:438-44.
5 Chen LH, Wilson ME. Dengue and chikungunya in travelers: Recent updates. Curr Opin Infect Dis 2012;25:523-9.
6 Rezza G, Nicoletti L, Angelini R, Romi R, Finarelli AC, Panning M. CHIKV study group. Infection with chikungunya virus in Italy: An outbreak in a temperate region. Lancet 2007;370:1840-6.
7 Jager MM, Hofhuis A, De Boer AS, Takken W, Scholte EJ, Reimerink JHJ, et al. Import van de tijgermug, risico voor volksgezondheid? Infectieziekten Bulletin 2008;19:108-12.
8 Schilte C, Staikovsky F, Couderc T, Madec Y, Carpentier F, Kassab S, et al. Chikungunya virus-associated long-term arthralgia: a 36-month prospective longitudinal study. PLoS Negl Trop Dis 2013;7:e2137.
9 Van de Logt P, Knuistingh Neven A, Visser LG. Dengue. Huisarts Wet 2010;53:399-401.
10 Hassing RJ, Heijstek MW, Van Beek Y, Van Doornum GJJ, Overbosch D. Chikungunya voor het eerst gediagnosticeerd in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 2008;152:101-3.
11 Lee VJ, Chow A, Zheng X, Carrasco LR, Cook AR, Lye DC, et al. Simple clinical and laboratory predictors of chikungunya versus dengue infections in adults. PLoS Negl Trop Dis 2012;6:e1786.
12 Wilder-Smith A, Schwartz E. Dengue in travelers. N Engl J Med. 2005;353:924-32.
13 Johnston V, Stockley JM, Dockrell D, Warrell D, Bailey R, Pasvol G, et al. Fever in returned travellers presenting in the United Kingdom: recommendations for investigation and initial management. J Infect 2009;59:1-18.
14 Da Silva-Voorham JM, Tami A, Juliana AE, Rodenhuis-Zybert IA, Wilschut JC, Smit JM. Dengue: Een toenemend risico voor reizigers naar tropische en subtropische landen. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:A778.
15 Bomers MK, Lettinga KD, Van Gorp EC, Martina BE, Peerbooms PG, Veenstra J. Dengue-infectie met fatale afloop. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:A725.
16 Jensenius M, Davis X, von Sonnenburg F, Schwartz E, Keystone JS, Leder K, et al. Multicenter GeoSentinel analysis of rickettsial diseases in international travelers, 1996-2008. Emerg Infect Dis 2009;15:1791-8.
17 Jensenius M, Parola P, Raoult D. Threats to international travellers posed by tick-borne diseases. Travel Med Infect Dis 2006;4:4-13.
18 Tan L, Beersma TM, Van Beek Y, Van Genderen PJJ. Twee reizigers met vlektyfus. Ned Tijdschr Geneeskd 2012;156:A3845.
19 Bottieau E, Clerinx J, Schrooten W, Van den Enden E, Wouters R, Van Esbroeck M, et al. Etiology and outcome of fever after a stay in the tropics. Arch Intern Med 2006;166:1642-8.
20 Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, von Sonnenburg F, et al.; GeoSentinel Surveillance Network. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. N Engl J Med 2006;354:119-30.
21 Askling HH, Bruneel F, Burchard G, Castelli F, Chiodini PL, Grobusch MP, et al. Management of imported malaria in Europe. Malar J 2012;11:328.
22 Stelma FF, Galama J. Dengue: epidemiologie, kliniek, diagnostiek en pathofysiologie, een update. Ned Tijdschr Med Microbiol 2011;19:21-7.
23 Tham J, Odenholt I, Walder M, Brolund A, Ahl J, Melander E. Extended-spectrum beta-lactamase-producing Escherichia coli in patients with travellers' diarrhoea. Scand J Infect Dis 2010;42:275-80.

Linda Bröker

Jeukende bultjes na een boswandeling

Casus
Een 7-jarige jongen komt op een maandagmorgen bij de huisarts omdat hij sinds de vorige avond heftig jeukende bultjes heeft, voornamelijk in zijn gezicht en nek en op zijn handen. Het is medio oktober en hij heeft de dag daarvoor met zijn ouders en oma een boswandeling gemaakt, waarbij hij uitgebreid met en in de afgevallen bladeren heeft gespeeld. Zijn ouders hebben geen klachten, maar oma heeft ook enkele vergelijkbare jeukende bultjes op haar polsen. Oma is tijdens de wandeling gestruikeld en heeft zich met haar handen op de bosgrond opgevangen. Bij onderzoek ziet de huisarts rode papels in het gezicht, in de nek, op de handen, polsen en onderbenen met ook enkele papels op de romp ter hoogte van de broekband. Rondom de ogen is wat oedeem en in de nek zijn er krabeffecten. Bij vermoeden van uitgebreide insectenbeten schrijft de huisarts symptomatisch een antihistaminicum en hydrocortisonacetaatcrème voor. Bij telefonische controle twee dagen later zijn de klachten sterk verminderd.

BESCHOUWING

Jeukende huiduitslag na verblijf in de natuur in de nazomer past bij beten van de oogstmijt, de *neotrombicula autumnalis*. Deze uitslag wordt trombidiose of trombiculiasis genoemd. De oogstmijt komt vooral voor op de bodem van klei- en lössgebieden, met name in het oosten van Nederland, en ziet eruit als een klein rood spinnetje. Volwassen mijten zijn onschadelijk voor mensen, maar larven van de oogstmijt leven parasitair op dieren of mensen. Deze larven zijn slechts 0,2 tot 0,3 mm groot en leven van half juli tot half oktober met een piek in september. Ze bijten zich vast in de huid waarna ze enzymen inspuiten om huidweefsel te verteren en zich te kunnen voeden. Dit brengt 6 tot 12 uur na contact een huidreactie bij de gastheer te weeg die zich uit als hevig jeukende erythemateuze papels, één tot enkele millimeters in doorsnee, met name op plaatsen waar de kleding nauw aan de huid sluit zoals broekbanden, sokken en manchetten. De klachten zijn self-limiting en verdwijnen spontaan na vier tot zeven dagen. De jeuk kan echter heftig zijn, en symptomatische behandeling met mentholgel en corticosteroïdcreme of systemische behandeling met orale antihistaminica is beschreven. Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiefste behandeling. Beten kunnen worden voorkomen door het dragen van beschermende kleding en door de polsen, enkels en nek in te smeren met insectenwerende crème die DEET bevat.

In de beschreven casus was de huidreactie zeer sterk doordat de jongen uitbundig in de herfstbladeren had gespeeld. Dit verklaart ook waarom de papels zich niet hadden beperkt tot de voorkeursplaatsen. Veel mensen zullen niet naar de huisarts gaan als ze een paar jeukende bultjes hebben na een boswandeling, en huisartsen zullen bij jeukende papels misschien niet direct aan de oogstmijt denken. Bij een uitgebreidere presentatie is het goed te weten dat larven van de oogstmijt deze hinderlijke maar onschuldige klachten geven. ■

LITERATUUR

1 Guarneri F, Puliese A, Giudice E, Guarneri E, Gianetto S, Guarneri B. Trombiculiasis: clinical contribution. Eur J Dermatol 2005;15:495-6.
2 Hoefnagel JGM. Plaaggeest in het park: huidklachten door oogstmijt. Infectieziekten Bulletin 2010;21:6-7.
3 Kuyvenhoven JV, Duijm F. Trombidiose, een prurigo-epidemie door mijten. Ned Tijdschr Geneesk 1990;134:2351-3.

Huisartsenpraktijk Stationsstraat, Stationsstraat 20, 5431 CD Cuijk: dr. L.E. Bröker, huisarts en redactielid H&W • Correspondentie: lebroker@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Paula Koekkoek

Cognitieve beperkingen bij DM2

WAT IS DE PRAKTIJKVRAAG?

Waarom blijven cognitieve beperkingen bij mensen met diabetes mellitus type 2 (DM2) regelmatig onopgemerkt?

WAT IS HET HUIDIGE BELEID?

De huisarts onderzoekt het cognitief functioneren van een patiënt wanneer deze komt met klachten van zijn geheugen. De NHG-Standaard Dementie adviseert verschillende cognitieve domeinen uit te vragen en een Mini-Mental State Examination (MMSE) en kloktekentest af te nemen.

WAT IS DE RELEVANTIE VAN DIT VRAAGSTUK?

Mensen met DM2 krijgen twee keer zo vaak dementie als mensen zonder diabetes. Een op de veertien gevallen van dementie is toe te schrijven aan diabetes. In alle stadia van diabetes kunnen cognitieve beperkingen aanwezig zijn die nog niet voldoen aan de criteria van dementie, maar wel invloed hebben op het dagelijks functioneren. Deze cognitieve beperkingen komen voor in de domeinen geheugen, informatieverwerkingssnelheid, aandacht en uitvoerende functies,[1] en blijven vaak uit beeld bij de huisarts. Dementie blijft in tweederde van de gevallen onopgemerkt. Het duurt gemiddeld 18 tot 30 maanden na de eerste presentatie van symptomen of aanwijzingen van de familie voordat de diagnose dementie wordt gesteld. Het onopgemerkt blijven van cognitieve beperkingen kan belangrijke consequenties hebben. Het kan leiden tot problemen in het dagelijks functioneren en tot verminderde therapietrouw, en daardoor tot een toename van complicaties van zowel de behandeling als de ziekte. In tegenstelling tot andere diabetescomplicaties worden cognitieve beperkingen niet routinematig opgespoord. Als cognitieve beperkingen eerder herkend zouden worden, zou dit de huisarts kunnen helpen om te anticiperen op problemen bij de behandeling en de diabetesbehandeling te individualiseren.

WAT IS DE STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR?

In de literatuur worden diverse redenen genoemd voor de terughoudendheid in de diagnostiek van cognitieve problemen.

Ten eerste zien artsen het nut van het stellen van de diagnose dementie niet, omdat er geen behandeling mogelijk is.[2] Daarnaast vrezen zij de stigmatisering en impact die een diagnose dementie kan hebben op de patiënt.[2] Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten vaak zelf al een vermoeden hebben en de diagnose dementie graag willen horen omdat dit een einde maakt aan de onzekerheid en mogelijkheden geeft voor verdere toekomstplanning.[2] Voor de diagnose dementie is het ervaren van klachten door de patiënt of zijn familie een vereiste, het is dus geen donderslag bij heldere hemel.

Een tweede probleem is de moeite waarmee een diagnose kan worden gesteld. Wanneer een patiënt wordt verdacht van cognitieve problemen, neemt een arts vaak de MMSE af. Dit instrument is echter ontwikkeld voor het opsporen en volgen van patiënten met de ziekte van Alzheimer en is minder gevoelig voor het opsporen van lichtere cognitieve beperkingen in de algemene populatie. Daarnaast duurt het afnemen van de MMSE gemiddeld 8 minuten. Dit is, met een gemiddelde consultduur van 12 minuten, relatief lang. De laatste jaren is daarom onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van een betrouwbare diagnostische methode, die gemakkelijk is toe te passen. Momenteel is er nog geen instrument beschikbaar dat alle ingrediënten van een bruikbare test (snel, zonder hulp af te nemen en gevoelig voor lichtere cognitieve beperkingen van alle soorten dementie) in zich heeft. Voor de praktijk van de huisarts lijken de tests die door de patiënt zelf in de wachtkamer ingevuld kunnen worden veelbelovend, zoals de 'Test Your Memory-test' (TYM) en de 'Self-Administered Gerocognitive Examination' (SAGE). Het is van belang onderzoek te doen naar de karakteristieken van deze tests en hun toepasbaarheid in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

CONCLUSIE

Omdat dementie vaker bij DM2 voorkomt, is het opsporen van cognitieve problemen bij patiënten met DM2 relevant, maar er zijn nog veel hobbels op de weg. De MMSE voldoet onvoldoende en er is behoefte aan een ander screeningsinstrument. De relevantie van opsporing zal sterk toenemen als er een behandeling voor het vertragen of genezen van cognitieve achteruitgang beschikbaar komt.

WAT IS DE BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG?

Hoe toepasbaar zijn twee nieuwe cognitieve vragenlijsten (TYM en SAGE) voor het opsporen van cognitieve stoornissen bij mensen met DM2 in de huisartsenpraktijk? ■

LITERATUUR

1 Awad N, Gagnon M, Messier C. The relationship between impaired glucose tolerance, type 2 diabetes, and cognitive function. J Clin Exp Neuropsychol 2004;26:1044-80.
2 Bamford C, Lamont S, Eccles M, Robinson L, May C, Bond J. Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2004;19:151-69.

De aiotho kort uitgelicht
Paula Koekkoek is arts-in-opleiding-tot-huisarts-onderzoeker bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

INTERVIEW

‘Knieklachten hebben vaak een minder gunstige prognose dan de huisarts denkt’

Dit voorjaar promoveerde Marlous Kastelein op haar proefschrift *Traumatic and non-traumatic knee complaints in general practice*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksresultaten die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Van student naar aiotho

Gevraagd naar de aanloop tot haar onderzoek vertelt Kastelein: ‘Al tijdens mijn basisopleiding raakte ik betrokken bij dit onderzoek van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC. Het bewegingsapparaat is immers een van de twee onderzoekslijnen die ze daar onder handen hebben. En ik ben altijd sportief geweest, dus dat onderwerp sprak me wel aan. De eerste twee hoofdstukken van mijn proefschrift gaan over het onderzoek dat ik in die tijd deed. Dat beviel me heel goed en dat was gelukkig wederzijds. Daarom besprak ik bij Huisartsgeneeskunde de mogelijkheid van een aiotho-traject na mijn basisopleiding. Dat kon en zo kreeg ik de mogelijkheid om dit onderzoek voort te zetten, waarbij de aanvankelijke follow-uptermijn van één jaar werd verlengd tot zes jaar.’

Die verlenging van de follow-uptermijn leverde veel op: ‘In z’n algemeenheid wordt gedacht dat knieklachten bij jonge mensen of na een trauma een gunstig beloop hebben, maar uit mijn onderzoek blijkt dat veel mensen klachten houden, ook na lange tijd.’

Ook in andere opzichten heeft het onderzoek van Kastelein vele voordelen. Het is wereldwijd het eerste grootschalige onderzoek in de eerste lijn naar het beloop op lange termijn van álle knieklachten, al dan niet na een trauma, bij jongeren én ouderen.

Anamnese, onderzoek en MRI

Het eerste deel van Kasteleins onderzoek betrof de diagnostiek van mediaal collateraal bandletsel en van effusie. ‘Met je anamnese en lichamelijk onderzoek kun je beide diagnoses niet echt aantonen, maar hooguit waarschijnlijker maken – je kunt namelijk de kans grofweg verdubbelen van 30 naar 60%. Maar meer dan dat wordt het niet. Wel kun je met je anamnese en lichamelijk onderzoek de diagnoses met 86 tot 94% zekerheid uitsluiten en dat is voor huisartsen ook het meest interessant omdat wij vooral gericht zijn op het uitsluiten van serieuze problematiek. Op basis daarvan kun je de patiënt dus wel geruststellen: “Uw knie is waarschijnlijk alleen gekneusd.” Als de klachten na een week of zes niet verbeteren, laat je de patiënt terugkomen. Tegenwoordig kun je als huisarts dan zelf een MRI-scan laten maken en afhankelijk van de uitslag daarvan verwijs je de patiënt eventueel naar de orthopeed. Maar het is de vraag wat je precies aan zo’n MRI-scan hebt, want ons onderzoek laat zien dat de diagnose op de baseline-MRI niet van prognostische waarde is na één en zes jaar follow-up. Nader onderzoek moet hier meer helderheid over geven.’

Dat heeft wellicht ook gevolgen voor de behandeling: ‘Als er op de MRI iets te zien is, wordt er mogelijk eerder geopereerd. Maar we weten ook niet wat de waarde daarvan precies is. Het is nog onvoldoende onderzocht of opereren op langere termijn effectiever is dan afwachten of bijvoorbeeld fysiotherapie.’

Langdurige klachten

In het onderzoek werden 3 groepen geïncludeerd: alle patiënten vanaf 12 jaar met knieklachten na een trauma; jongeren van 12 tot 35 jaar met knieklachten zonder trauma en patiënten vanaf 35 jaar zonder trauma. Kastelein: ‘Van de jongeren zonder trauma heeft 47% nog klachten na 1 jaar en rond de 30% nog klachten na 6 jaar. Dat was heel opvallend, want je denkt dat de klachten bij jonge mensen wel snel zullen overgaan. Patellofemorale problematiek lijkt een grote rol te spelen bij de langer durende klachten onder jongeren.’

Ook bij ouderen blijken de niet-traumatische klachten vaak lang te blijven bestaan. ‘Dat is natuurlijk minder verbazingwekkend, want bij hen zal relatief vaak sprake zijn van artrose en daar kom je in principe niet meer vanaf. Toch betrof het meer patiënten dan verwacht; van de ouderen had 39% na 6 jaar nog klachten.

Na een trauma had 30% van de mensen nog klachten na zowel 1 als 6 jaar.

Prognose en interventies

Kastelein heeft bij de drie patiëntengroepen gekeken naar factoren die de prognose beïnvloedden (zie kadertekst). ‘Als huisarts wil je nu eenmaal graag weten bij wie van al je patiënten die klachten zullen aanhouden. Maar ook: als je die hoogrisicopatiënten herkend hebt, wat moet je er vervolgens mee? Want veel aspecten die de prognose beïnvloeden, kun je niet veranderen. Natuurlijk, we zien vaak overgewicht en daar kun je eventueel iets aan doen, maar niet aan iemands leeftijd of aan zijn opleidingsniveau.

Vooralsnog is niet goed onderzocht wat zinvolle interventies zijn bij deze hoogrisicopatiënten, bijvoorbeeld oefentherapie. Daar kunnen we nu

alleen nog maar over filosoferen. Je kunt als huisarts dus niet veel meer doen dan de patiënt informeren over een verhoogd risico op klachten die lang zullen blijven bestaan. In onderzoek is aangetoond dat patiënten graag willen weten waar ze aan toe zijn, ook al kunnen ze daar niet altijd iets mee.'

Beïnvloedende factoren

De factoren die de prognose negatief beïnvloeden verschillen per onderzochte patiëntengroep. Uiteraard was overgewicht bijna altijd een van die factoren. En zeker bij artrose speelt leeftijd natuurlijk een rol. Maar ook een laag of middelhoog opleidingsniveau beïnvloedt de prognose vaak negatief. Heeft Kastelein daarvoor een verklaring? 'Nee, daar heb ik geen goed antwoord op. Je ziet dat een lager opleidingsniveau bij heel veel aandoeningen een rol speelt. Wellicht hebben deze patiënten een minder goede copingstrategie.'

Prognostische factoren voor aanhoudende knieklachten

- *Niet-traumatische knieklachten bij adolescenten en jongvolwassenen (12 – 35 jaar):* overgewicht, laag/middelhoog opleidingsniveau, slechte algemene gezondheid, bilaterale klachten, zelfgerapporteerde gezwollen knie, slotstand van de knie, pijnlijk patellair ligament, afwezigheid balloterende patella.
- *Niet-traumatische knieklachten bij volwassenen (> 35 jaar):* laag/middelhoog opleidingsniveau, comorbiditeit van het skeletale systeem, duur van de knieklachten > 3 maanden, bilaterale knieklachten, zelfgerapporteerde warme knie, voorgeschiedenis van niet-traumatische knieklachten, valgusstand, pijn bij passieve flexie/extensie, benige verbreding van het kniegewricht.
- *Traumatische knieklachten (> 12 jaar):*
  - na één jaar: slechte algemene gezondheid, voorgeschiedenis van niet-traumatische knieklachten, afwezigheid van balloterende patella, laxiteit bij voorste-schuifladetest;
  - aanvullend na zes jaar: overgewicht, niet-skeletale comorbiditeit, zelfgerapporteerd kraken van de knie.
- *Knieartrose (> 35 jaar):* leeftijd, overgewicht, zelfgerapporteerde gezwollen knie, voorgeschiedenis van niet-traumatische knieklachten, zelfgerapporteerde instabiliteit van de knie.

Als het gaat om de ontwikkeling van knieartrose zijn er ook bijna altijd knieklachten in het verleden geweest. 'Dat is natuurlijk wel logisch. Als er in het verleden iets is beschadigd of in het gewricht aan de hand is geweest, dan blijft de knie kennelijk toch een zwakke plek.'

Voorts is een zelf-gerapporteerde zwelling van de knie een risicoverhogende factor. 'Opmerkelijk is dat de ballottementtest tegenstrijdige prognostische informatie geeft. Mensen die positief scoren op die test zijn anderen dan degenen die zelf een zwelling van de knie aangeven. Misschien omdat die een wat meer uitwendige zwelling hebben. Maar hoe dat ook zij, een zelf aangegeven zwelling van de knie is geen goede prognostische factor.'

Niet-terugkomende patiënten

De bevindingen van Kastelein wijzen op een veel ongunstiger prognose van knieklachten dan in de NHG-Standaard is vermeld. Zullen haar onderzoeksresultaten in een actualisering worden verwerkt? 'De Standaard Traumatische knieproblemen is in 2010 aangepast en daarin zijn mijn bevindingen al wel verwerkt. Maar de laatste herziening van de Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen stamt uit 2008, dus die is niet erg actueel. Mijn onderzoek was het eerste dat geheel is uitgevoerd in de huisartsenpraktijk, voordien waren de richtlijnen gebaseerd op onderzoek in de tweede lijn of op *common sense*. En wat dat laatste betreft: de indruk van huisartsen is dat knieklachten vaak een gunstig beloop hebben, waarschijnlijk omdat ze de patiënten niet meer terugzien. Maar die patiënt komt niet terug omdat hij denkt dat de huisarts er toch niets aan kan doen. Bij artrose bestaat behandeling bijvoorbeeld vooral uit paracetamol of een NSAID. De patiënt denkt dan: dat is alleen maar pijnstilling, daarvoor hoef ik niet terug naar de huisarts. En op een nieuwe knie zit hij ook al niet te wachten. Het is dus lastig om daar grip op te krijgen, maar de indruk van huisartsen dat knieklachten meestal vanzelf overgaan is hierdoor wel onterecht.'

MRI versus röntgen

Na zes jaar is bij een groot deel van de onderzoekspopulatie een röntgenfoto van de knie genomen; bij degenen met traumatische knieklachten die op baseline hadden meegedaan met de MRI-studie werd na zes jaar bovendien de MRI herhaald. Leverde dit nog interessante informatie op? 'Als het gaat om artrose weten we al langere tijd dat de klachten niet overeenkomen met wat op de röntgenfoto te zien is. Iemand kan veel klachten hebben en nauwelijks zichtbare artrose, of er kan duidelijk sprake zijn van artrose bij iemand die nauwelijks klachten heeft. De standaard adviseert dan ook geen röntgenfoto. Op een MRI-scan zijn meer details zichtbaar, bijvoorbeeld beenmergoedeem, en dat lijkt een sterke vroege aanwijzing voor artrose en is ook prognostisch belangrijk. Nu is dus onderzoek gaande of MRI een beter diagnostisch middel is dan röntgen, maar er is nog geen gevalideerde definitie van artrose op MRI. Ook de definitie die wij hanteerden is dus nog niet gevalideerd.'

Na de promotie

Zou Kastelein overwegen om zelf in de werkgroepen te gaan zitten die de standaarden rond knieklachten actualiseren? 'Voorlopig kan dat nog even niet. Ik heb pas net mijn promotie achter de rug, maar mijn huisartsenopleiding heb ik nog niet afgerond. Bovendien heb ik een dochter van twee jaar en ben ik zwanger van de tweede. Maar als straks de opleiding klaar is zou ik het wel heel leuk vinden om bij de standaardenontwikkeling betrokken te zijn.'

En zou Kastelein ook nog verder onderzoek willen doen? 'Ja, dat wil ik wel, maar ook dat moet even wachten. Het lijkt me hoe dan ook goed om straks eerst een poosje als huisarts aan de slag te gaan en dan pas te kijken wat ik ernaast kan en wil doen. Vooralsnog heb ik meer belangstelling voor richtlijnen en onderwijs, maar wie weet komt er ook nieuw onderzoek.'

Ans Stalenhoef

Pieter Ramler, Wout Raadgers

Het ideale huisartsenteam

Wie zoeken we

Wij begeleiden maatschappen en vakgroepen bij allerlei samenwerkingsvraagstukken, ook bij het selecteren van maten. Veelal wordt ingezoomd op iemands kwaliteiten als medicus en 'of het klikt'. Op zich terechte criteria, maar te weinig gericht op iemands *aanvullende* kwaliteiten voor het team. Stel nu eens dat de vier collega's bij het voorbereiden van de selectieprocedure de complementariteit zouden meewegen en zich zouden afvragen welke *nadelen* er aan de gelijkheid kleven? Bijvoorbeeld: grenzeloosheid en alles oplossen door steeds harder te werken. De maatschap zou geholpen zijn bij een maat die behalve zorgzaamheid ook zakelijkheid meebrengt. Het is verfrissend als er iemand is die ziet dat het werk efficiënter kan worden georganiseerd en ook nee durft te zeggen.

Het is verstandig (en leuk) om een analyse te maken van de aanwezige kwaliteiten binnen het team. Dat kan door met en voor elkaar kernkwadranten in te vullen.[1] Iedereen beschikt over een aantal opvallende kwaliteiten maar als je daarin doorschiet kom je in je valkuil terecht. Te veel daadkracht wordt drammen, te veel behulpzaamheid wordt bemoeizucht, te veel zelfstandigheid wordt solisme. De kernkwadranten tonen dat aan. Je kunt kwadranten ook invullen op het niveau van de maatschap: wat zijn onze belangrijkste gemeenschappelijke kenmerken en wat zijn onze valkuilen? Zo zijn sommige groepspraktijken sterk op de inhoud of 'de bovenstroom' (goed volgen van de standaarden, gezonde financiën, optimale logistiek) maar hebben ze weinig oog voor het onderlinge welzijn of de 'onderstroom' (hoe gaat de samenwerking, hoe zit iedereen er bij?). Het omgekeerde komt ook voor.

Teamrollen van Belbin

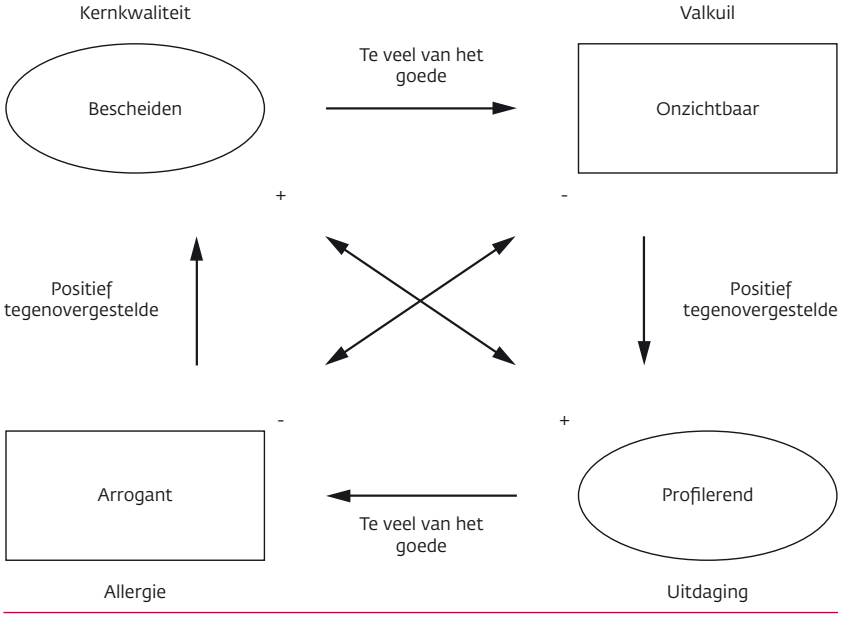
Een andere mogelijkheid is het maken en bespreken van de teamrollentest van Belbin[2] die goed laat zien welke teamrollen de maatschap in huis heeft en welke ontbreken. Belbin zegt dat teameffectiviteit wordt vergroot als er acht complementaire persoonskenmerken verdeeld over de teamleden (een persoon kan meerdere rollen hebben) aanwezig zijn. Dat zijn de groepswerker (zorgt voor het behoud van de dwarsverbanden), de ondernemer (zorgt voor het benutten van kansen en groei), de toetser (zorgt voor analyses), de stille werker (zorgt voor nuchterheid), de afmaker (zorgt voor kwaliteit), de creatieveling (zorgt voor ideeën), de voorzitter (zorgt voor voortgang), de onderzoeker (zorgt voor kennis). Je kunt de teamrollen gebruiken om de taakverdeling mede op te baseren: maten datgene laten doen wat ze interessant vinden, goed kunnen en waardoor ze worden uitgedaagd. Het is iets anders als de maat daarin doorschiet, waardoor anderen niet meer mogen meedenken. Teamrollen kunnen ook verklaren waarom samenwerken soms zo moeilijk is, en hoe patronen in stand worden gehouden.

Behoud conditie team

Complementariteit helpt, maar is niet genoeg om de maatschap in goede conditie te houden. Het is net als met een relatie: verliefdheid gaat over en wil je de relatie goed houden, dan moet je investeren. In de maatschap gebeurt dat door onderhoud te plegen op de samenwerking door regelmatig de boven- en de onderstroom te bespreken en te bepalen welke factoren de samenwerking positief en negatief beïnvloeden. De bovenstroom gaat over de structuuraspecten: de gezamenlijke visie, een evenredige taakverdeling, de beleidsafspraken en een vlotte vergadering. De onderstroom gaat over het vertrouwen: wat voor elkaar over hebben, elkaar bedanken en elkaar aanspreken wanneer dat vereist is, zonder dat het direct tot conflicten leidt. Een maatschap die alleen de nadruk legt op de bovenstroom en de onderstroom afdoet als 'soft geneuzel' komt zichzelf vroeg of laat tegen.[3]

Het is van belang om als maten in alle nuchterheid vast te stellen op welk niveau de verbetering nodig is en het dáár op te lossen. Het niet nakomen van afspraken kan een vraagstuk zijn op de bovenstroom (afspraken zijn niet helder) of op de onderstroom (afspraken worden genegeerd door ontevredenheid over het

Figuur 1 Voorbeeld van een kernkwadrant



VvAA opleidingen & teamcoaching, Orteliuslaan 750, 3528 BB Utrecht: P. Ramler, W. Raadgers, beiden teamcoach en trainer • Correspondentie: opleidingen@vvaa.nl

Foto: Frank Muller / Hollandse Hoogte

- Besluiten worden vaak opnieuw ter discussie gesteld door Maarten, zeker wanneer het besluit op warme instemming kan rekenen van Guus.

In plaats van de besluitvorming lam te leggen, kan Maarten beter eens met Guus praten over de onderliggende spanningen die hij ervaart (onderstroom).

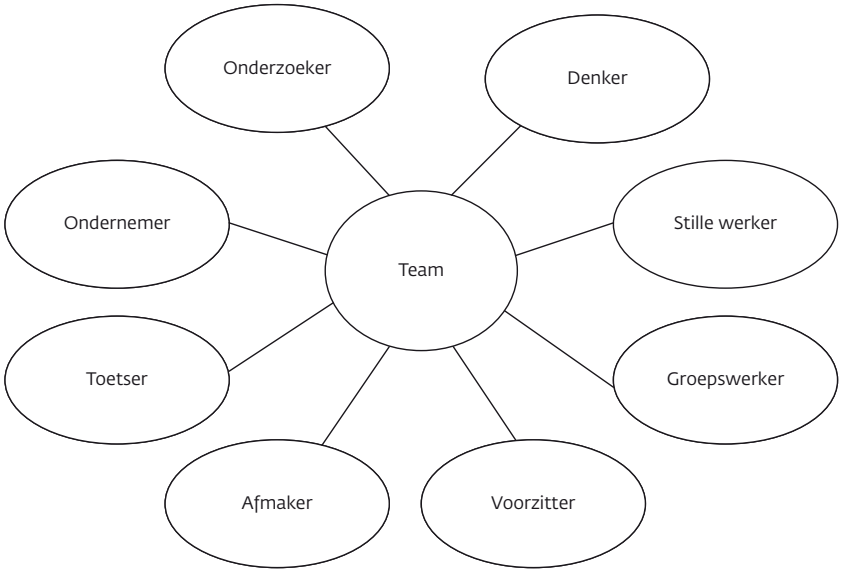
- Bij Monique begint het over de schoenen te lopen omdat ze veel taken naar zich toe trekt.

Voordat de emmer overloopt, kan Monique beter de taakverdeling agenderen (bovenstroom).

functioneren van andere maten of door een gebrek aan waardering).
Voorbeeld uit de genoemde huisartsenmaatschap:

Groepspraktijken zijn moeilijker bestuurbaar dan een- of tweemanspraktijken. De interne besluitvorming vergt bijvoorbeeld onderhandelingskunst,[4] maar ook onderhoud. Het bespreken van de samenwerking is een investering die al snel tot een cliché verwordt als de intentie niet goed is. Die moet luiden: willen verbeteren. Maten moeten daarbij het belang van het investeren in de onderlinge samenwerking zien. Pas dan kun je complementariteit in het team benutten. ■

Figuur 2 **Teamrollen van Belbin**



LITERATUUR

1 Ofman D. Bezieling en kwaliteit in organisaties. Utrecht: Servire, 2006.
2 Belbin RM. Teamrollen op het werk. Den Haag: Academic Service, 2010.
3 Ramler P, Raadgers W. Samenwerken vergt onderhoud. Een handleiding om de samenwerking binnen medische maatschappen goed te houden. Utrecht: VvAA, 2005.
4 Ramler P, Raadgers W. De ring in. Onderhandelen binnen en namens medische maatschappen. Utrecht: VvAA, 2005.

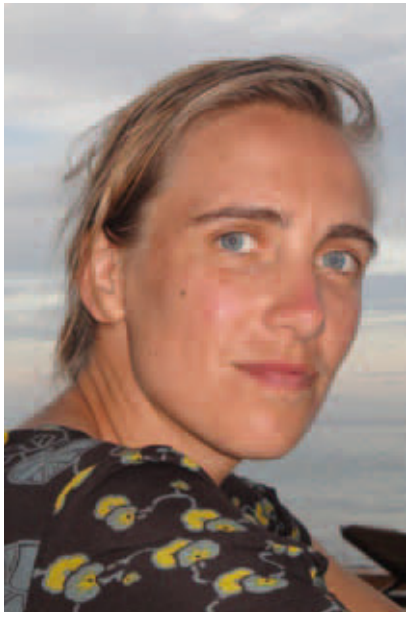
COLUMN

Telefoontje

'Zijn ze wegdrukbaar?'
'Zijn ze wat?'
'De vlekjes, zijn ze wegdrukbaar?'
'Hoe bedoelt u?'
'Nou, wanneer u met uw vinger of een glas over de vlekjes strijkt, verdwijnen ze dan even?'
'Moet ik met glas over mijn kind strijken??!!'
'Nee, ja, ik bedoel... weet u wat, komt u maar even langs.'

Telefonische consulten, het lijken kleine zaken die je snel even afhandelt. Er is ook de minste tijd voor ingeroosterd in je agenda. Onterecht wat mij betreft. Uiteraard is het een prima manier om uitslagen of kleine vragen te bespreken. Maar regelmatig is de situatie ingewikkeld en ben je om jezelf te overtuigen dat het wel meevalt langer met een casus bezig dan tijdens een gewoon consult.

Vooral in de dienst kunnen telefonische consulten lastig zijn. Patiënten die je zelf niet hebt gezien en niet kent zijn verraderlijk. Het is over de telefoon zoveel lastiger om in te schatten wat de ernst van een situatie is. Ik laat mensen het liefst even langskomen. Vaak weet je met één blik meer van de patiënt dan na een telefoongesprek van tien minuten. Helemaal bij kleine kinderen of mensen die gebrekkig Nederlands spreken. Mijn ervaring is dat het dan meestal wel meevalt met de nekstijfheid, de helse pijn of de niet wegdrukbare vlekjes. Maar daar was ik over de telefoon moeilijk achter gekomen.



Laatst had ik tijdens een nachtdienst een bijzonder telefonisch consult. De assistente had de ambulance aan de telefoon, deze wilde even met mij overleggen. De kordate ambulancezuster vertelde mij kort en bondig in welke situatie ze zich bevonden. 'We zijn hier bij een vrouw, er is niets aan de hand, de controles zijn goed, we willen gaan, bent u het daar mee eens?' Ik wilde graag iets meer informatie voordat ik daar mijn fiat voor gaf.

De verpleegkundige vertelde wat uitgebreider hoe de situatie was. In paniek had de echtgenoot van een Italiaanse vrouw 112 gebeld. De vrouw was opeens op de grond gezakt en gaf geen antwoord meer op zijn vragen. Tegen de tijd dat de ambulance arriveerde was de vrouw klaarwakker en zeer ontstemd over de komst van de hulpverleners. Ze was verder gezond, slikte geen medicijnen en was op het moment helder en vooral erg boos. Dit laatste was mij al duidelijk want gedurende het hele gesprek hoorde ik op de achtergrond een tierende vrouwenstem met een Italiaanse tongval.

Ik wilde de vrouw zelf even spreken. Dat leek de ambulancezuster ook wel een goed idee. Het kostte me enige moeite en overredingskracht om haar wat vragen te mogen stellen, maar uiteindelijk wilde ze wel naar me luisteren. Toch ging het niet van harte. Op de vraag of ze wist welke dag het was, antwoordde de vrouw met de vraag of ik wel wist hoe laat het was?! Had de dokter niets beters te doen, levens redden bijvoorbeeld?!

Uiteindelijk bleek de vrouw precies te weten waar ze was en wat er was gebeurd. Ze had genoeg van het eindeloze gekibbel met haar man en was van vermoeidheid tegen de wasmachine gaan zitten. Ze had geen hulp nodig en wilde nu echt met rust gelaten worden. En ik moest het niet in mijn hoofd halen om langs te komen, ze zou de deur niet opendoen. 'Waarom die sukkel de ambulance heeft gebeld, moet u hem zelf maar vragen.' Ik kreeg een angstige man aan de telefoon. Met een zachte stem zei hij dat hij niet goed wist wat hij met zijn vrouw aan moest. Ik kon me daar iets bij voorstellen, alleen dat hield ik maar even voor me. Haar gedrag was niet onlangs veranderd, hun relatie was al jaren zo, dat was wellicht ook het probleem. Toen zijn vrouw niet meer tegen hem praatte raakte hij in paniek. De echtgenoot dacht dat de zoveelste ruzie haar te veel was geworden en had de ambulance gebeld. Op de achtergrond hoorde ik zijn vrouw weer in de buurt komen. Direct veranderde de man van toon. 'U moet ons met rust laten dokter, u mag van mij niet langskomen!' probeerde hij stoer te klinken. 'En wanneer ik het echt niet vertrouw dan bel ik gewoon weer,' fluisterde hij er zachtjes achter aan. ■

Siri Visser

Siri Visser is waarnemend huisarts.

KENNISTOETS: VRAGEN

Kees, 23 jaar, heeft een trisomie-21 (Down). Hij komt op het spreekuur met klachten. Kees is bij inspanning kortademig vanwege een congenitaal hartgebrek, heeft vaak last van obstipatie en heeft geleidingsdoofheid. De opleider heeft een leergesprek over trisomie-21 en bespreekt de casus van Kees. Hij beweert dat onderstaande klachten van Kees vaker voorkomen bij een trisomie:

1. - klachten als gevolg van een congenitaal hartgebrek;

2. - geleidingsdoofheid;

3. - obstipatie.

Mevrouw Zwart, 23 jaar, komt bij de huisarts met buikklachten. Het laatste half jaar heeft zij een aantal keren bloederige diarree gehad. Ook heeft ze vaak buikpijn. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts geen afwijkingen. Ze denkt aan een inflammatoire darmziekte en wil bloed laten prikken. Op het laboratoriumformulier kruist zij onder meer BSE, CRP, Hb, trombocyten, leukocyten, kreatinine en albumine aan.

4. Het aanvragen van kreatinine is hier geïndiceerd.

5. Het aanvragen van albumine is hier geïndiceerd.

De huisarts stelt bij Joris, 2 jaar en bekend met atopie, de diagnose otitis media met effusie (OME). Hij zwemt wekelijks met zijn moeder. Zij vraagt de huisarts hoe Joris aan deze aandoening komt. De huisarts legt uit dat de oorzaak niet helemaal duidelijk is, maar dat er een aantal risicofactoren voor OME bestaat. Daartoe behoort/behoren in dit geval:

6. - de atopische aanleg;

7. - het zwemmen.

Mevrouw Van de Acker, 84 jaar, woont in een verzorgingstehuis. Ze is sinds enige tijd volledig bedlegerig als gevolg van een terminaal mammacarcinoom. De huisarts bezoekt mevrouw Van de Acker vanwege een huidverkleuring op beide hielen. Bij inspectie ziet hij dat er sprake is van lokale niet wegdrukbare roodheid op beide hielen. (1) Ze stelt de diagnose decubitus stadium I. De huisarts adviseert voor de hielen (2) lokale therapie met paraffinegazen. Verder raadt zij aan patiente in zijligging te leggen. De verzorgende is van mening dat het liggen in halve zijligging de voorkeur heeft.

8. De diagnose bij 1 is correct.

9. Het advies na 2 is correct.

10. De voorkeurshouding die de huisarts noemt is correct.

De antwoorden staan op pagina 492.

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.

Sylvie Lo Fo Wong

Partnergeweld

WAT IS HET PROBLEEM?

Partnergeweld is geweld in de intieme partnerrelatie. Een op de vier tot vijf vrouwen maakt dit ooit in haar leven mee. Actueel geweld komt bij 11% voor. Uit nationale en internationale cijfers blijkt dat partnergeweld vooral vrouwen treft. De uitingsvormen zijn: fysieke mishandeling, emotioneel, psychologisch en seksueel geweld zoals vernedering, verbod op anticonceptie en seksuele dwang tot verkrachting toe.[1] De medische gevolgen zijn divers en langdurig, en naar schatting van het ministerie van Justitie overlijden zeker 60 vrouwen per jaar door partnergeweld. Uit grootschalig onderzoek blijkt dat verwondingen door geweld minder vaak voorkomen dan depressie, angst, alcoholmisbruik, chronisch onverklaarbare pijn en gynaecologische klachten.

WAT MOET IK WETEN?

Een fulltime werkende huisarts ziet gemiddeld één tot twee vrouwen per week met klachten gerelateerd aan partnergeweld. In Nederland maken vrouwen uit andere culturen anderhalf keer vaker geweld mee in de relatie.[2] Vrouwen die antidepressiva gebruiken of met depressieve klachten op het spreekuur komen, hebben een vier tot vijf keer grotere kans op ervaren partnergeweld, actueel of in het verleden.[3,4]

Vrouwen op het spreekuur praten zelden spontaan over het geweld, uit schaamte, schuldgevoel, angst voor de partner of om de kinderen kwijt te raken. Een recente scheiding, voorgeschiedenis van seksueel misbruik of kindermishandeling, geen open contact, dubieuze verklaringen voor letsels en een angstige wijze van communiceren dragen bij aan een vermoeden van partnergeweld. Regelmatig komt uit onderzoek onder vrouwelijke patiënten naar voren dat zeker 85% het goed vindt dat de huisarts vraagt naar partnergeweld. Kinderen zijn altijd getuige van het geweld. Dit maakt hen angstig en is de meest voorkomende vorm van psychische kindermishandeling. Een op de drie kinderen die getuige is van partnergeweld wordt later zelf ook slachtoffer of pleger. Het zien van geweld brengt veel gedrags- en leerproblemen met zich mee. Oudere kinderen mengen zich in het geweld, willen het opnemen voor hun moeder en raken daardoor zelf ook direct betrokken.

WAT MOET IK DOEN?

Depressieve klachten bij vrouwen zijn veelvuldig geassocieerd met partnergeweld en daarom is het raadzaam en legitiem om hierbij ervaringen van partnergeweld te exploreren.[3,4] Het inleiden van de vragen is belangrijk. Leg uit dat er bij dit soort klachten een verband kan zijn met relationele problemen en of de patiënte het goed vindt dat u hierover vragen stelt. Reageert zij positief, vraag dan of er vaak, soms of nooit spanningen zijn in de relatie. Stel daarna de vraag of het bespreken van onenigheden altijd, soms of juist nooit moeizaam verloopt. Exploreer verder bij vrouwen die aangeven dat er soms of altijd spanningen zijn en dat onenigheden bespreken lastig gaat. Vraag of er gevoelens van vernedering zijn na een conflict en of zij weleens bang is voor haar partner. Daarmee hebt u de belangrijkste relationele problemen die samenhangen met partnergeweld geëxploreerd. U kunt verwachten dat zij inmiddels uit zichzelf verder durft te praten over wat er werkelijk aan de hand is thuis. Verwacht geen directe beslissing want vaak bent u de eerste aan wie zij dit toevertrouwt. Stel ook de vragen: zijn er kinderen bij als het gebeurt, worden zij ook mishandeld? Zijn er gedrags- of leerproblemen op school?

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Relationeel geweld komt veel voor en leidt vaak tot depressieve klachten. Die kunnen lang duren, ook nadat de mishandeling is gestopt. Niemand verdient geweld en hulp biedt uitzicht op verbetering van de situatie, ook voor de kinderen. Die hulp hoeft niet in alle gevallen tot een relatiebreuk te leiden, maar het is heel goed mogelijk dat het geweld stopt met hulp van buiten. Voor overleg en advies kunt u terecht bij organisaties als het Advies Steunpunt Huiselijk Geweld en het Advies en Meldpunt Kindermishandeling. ■

LITERATUUR

1 Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen AL. Mishandeling van vrouwen binnen de partnerrelatie: signalering in de medische praktijk. NTvG 2005;149:6-9.
2 Prosman GJ, Jansen SJ, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen AL. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. Fam Pract 2011;28:267-71.
3 Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. BMJ 2004;328:621-4.
4 Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Butte E, Lagro-Janssen AL. Healthcare utilization by abused women: a case control study. Eur J Gen Pract 2012;18:107-13.

UMC St Radboud Nijmegen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde/sectie Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Postbus 9101/118, 6500HB Nijmegen: dr. S.H. Lo Fo Wong, huisarts en senior onderzoeker • Correspondentie: s.lofowong@elg.umcn.nl

Philippe Hoogsteder, Klaus Hautermans

Droge ogen

WAT IS HET PROBLEEM?

Droge ogen kunnen hinderlijk zijn. De patiënt kan zich presenteren met een verscheidenheid aan klachten waardoor het voor de huisarts moeilijk is deze klacht te onderscheiden van andere oogaandoeningen. Droge ogen zijn vaak chronisch, maar er zijn voldoende effectieve behandelingsmogelijkheden.

WAT MOET IK WETEN?

De prevalentie van droge ogen varieert, afhankelijk van de leeftijd, tussen 4% en 15%. Het is een multifactoriële aandoening van de traanfilm die gepaard gaat met inflammatie van het oogoppervlak. De kwaliteit van de traanfilm is afhankelijk van de balans tussen de traanproductie, traanafvoer, knipperfrequentie en de oppervlakteverdamping. De traanfilm is opgebouwd uit drie lagen: de binnenste mucinelaag (geproduceerd door slijmbekercellen op de conjunctiva), de middelste waterige laag (geproduceerd door de traanklier/slijmbekercellen) en de buitenste lipidenlaag (geproduceerd door de Meibom-kliertjes in oogleden).

De oorzaak van droge ogen kan worden onderverdeeld in twee hoofdgroepen: een verminderde traanproductie of een toegenomen verdamping van traanvocht. Een verminderde traanproductie wordt onder andere veroorzaakt door de ziekte van Sjögren, hogere leeftijd, contactlenzen, diabetes, ooglaseren en medicatie (zoals antihistaminica, anticholinergica en bètablokkers). Een toename van de verdamping wordt veroorzaakt door een slechte kwaliteit van het traanvocht. Dit ontstaat bij onvoldoende productie van de buitenste lipidenlaag in de Meibom-kliertjes door bijvoorbeeld een chronische blefaritis/meibomitis, hoge leeftijd of contactlensgebruik. Toegenomen verdamping kan verder ontstaan door externe factoren, zoals airconditioning, droge/warme omgevingslucht, veel lezen of computerwerk waardoor de patiënt minder knippert. Ook zeldzame oogziekten of onregelmatigheden van het hoornvlies (pterygium, oogoperaties) kunnen zorgen voor een ongelijkmatige verdeling van de traanfilm, waardoor droge ogen ontstaan.

De diagnose kan worden gesteld met de gevalideerde McMonnies-vragenlijst (14 items, score > 14,5 diagnose droge ogen, score > 10 suggestief voor droge ogen). Een specifieke test voor droge ogen is de fluoresceïne 'tear breakup time test' en de Schirmertest. Door de lage positief voorspellende waardes van deze tests, respectievelijk 25% en 31-47%, lijken deze binnen de huisartsenpraktijk echter weinig meerwaarde te hebben.

In de huisartsenpraktijk blijft de exacte oorzaak van droge ogen vaak onbekend, waardoor de behandeling zich voornamelijk richt op symptoombestrijding. Schrijf bij medicamenteuze behandeling kunsttranen voor zoals een carbomeer ooggel of hypromellose oogdruppels 0,3%, zo nodig 3-4 dd 1 druppel. Probeer bij onvoldoende effect een ander preparaat, omdat de effectiviteit hiervan sterk verschilt per individu. Verlaag de druppelfrequentie als de klachten verminderen. Kies bij toename of chronisch gebruik van kunsttranen voor een conserveermiddelvrije kunsttraan die minder overgevoeligheidsreacties geeft (zo nodig elk uur een druppel). Ook bij het gebruik van contactlenzen gaat de voorkeur uit naar conserveermiddelvrije preparaten. Pas de behandeling aan als de droge ogen het gevolg zijn van een oogaandoening als blefaritis/meibomitis of van medicatiegebruik.

WAT MOET IK DOEN?

Informeer naar alarmsymptomen (pijn, visusdaling, lichtschuwheid). Vraag verder naar het ontstaan, beloop en karakter van de oogklachten. Van belang is ook de aanwezigheid van afscheiding, allergieën, corpus-alienumgevoel, medicatiegebruik, chronische ziekten, contactlensgebruik, oogheelkundige voorgeschiedenis en omgevingsfactoren (rokerige of warme ruimtes, airconditioning, computergebruik, veel lezen). Gebruik de McMonnies-vragenlijst om de diagnose te bevestigen. Verricht aanvullend een algemeen oogonderzoek, bestaande uit inspectie van de oogleden en cornea. Vul dit zo nodig aan met een visusbepaling, pupilinspectie en onderzoek van het corneaepitheel en de voorste oogkamer. Wanneer de diagnose waarschijnlijk is, kunt u deze aandoening goed in de eerste lijn behandelen. Verwijs alleen naar de oogarts bij hardnekkige klachten om daarmee andere behandelingsopties te bekijken (zoals een plug in de traanbuis).

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Vertel de patiënt dat droge ogen verschillende oorzaken kunnen hebben. De klacht kan wisselend aanwezig zijn, maar heeft vaak een chronisch karakter. De behandeling is enerzijds gericht op het optimaliseren van de omgevingsfactoren (vermijden droge/warme ruimtes, voldoende knipperen met de ogen), anderzijds op de behandeling met kunsttranen. Het is belangrijk aan te geven dan deze kunsttranen de klachten waarschijnlijk verminderen, maar de onderliggende oorzaak niet oplossen, en daardoor soms langdurig gebruikt dienen te worden. Verwijs ook naar www.thuisarts.nl/droge-ogen. ■

LITERATUUR

1 Rietveld RP, Cleveringa JP, Blom GH, Baggen MEJM, Bink D, Oltheten JMT, et al. NHG-Standaard Het rode oog (eerste herziening). Huisarts Wet 2006;49:78-91.
2 Research in dry eye: report of the Research Subcommittee of the International Dry Eye Workshop (2007). Ocul Surf 2007;2:179-93.
3 http://www.oogartsen.nl/oogartsen/overige_oogziekten/droge_ogen.
4 Nichols KK, Nichols JJ, Mitchell GL. The reliability and validity of McMonnies Dry Eye Index. Cornea 2004;23:365-71.

Maastricht University, afdeling Huisartsgeneeskunde, CAPHRI *School for Public Health and Primary Care*, Postbus 616, 6200MD Maastricht: P.H.J. Hoogsteder, huisarts-in-opleiding en onderzoeker; K. Hautermans, huisarts • Correspondentie: philippe.hoogsteder@maastrichtuniversity.nl

Willemijn de Graaf, Arie Knuistingh Neven

CATS

Nycturie bij ouderen en desmopressine

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.knuistinghneven@chello.nl

Vraagstelling Nycturie komt bij meer dan 50% van de ouderen voor (vrouwen > 70 jaar: 28-62%, mannen > 70 jaar: 29-59%). Patiënten komen echter zelden met deze klacht naar de huisarts en de arts zelf vraagt er niet naar. Dit is een van de redenen waarom nycturie weinig gerapporteerd, bestudeerd en herkend wordt. Toch is nycturie een belangrijk symptoom dat gepaard gaat met verlaagde kwaliteit van leven, slaapstoornissen, vallen en toegenomen mortaliteit. Bij nycturie speelt nachtelijke polyurie een rol en dit wordt onder andere veroorzaakt door een verstoring in het vasopressinesysteem. Nachtelijke polyurie is te behandelen met desmopressine, een synthetisch analoog van vasopressine. Een bijwerking van desmopressine is echter symptomatische hyponatriëmie. Wij vroegen ons af of er wetenschappelijke onderbouwing is voor een positief effect van desmopressine op de nachtelijke mictiefrequentie bij ouderen (65+) en hoe groot de kans is op het ontstaan van een hyponatriëmie.

Zoekstructuur Zoekstrategie in PubMed: 'Nocturia'[MeSH] AND 'Deamino Arginine Vasopressin'[MeSH] en voor de tweede zoekopdracht 'hyponatremia' [MeSH] toegevoegd. Verder zochten we in de Cochrane Library, op de NTvG-site en de H&W-site. Ook keken we naar relevante referenties.

Resultaten PubMed en relevante referenties leverden 29 artikelen op. Twee systematische reviews en twee RCT's waren relevant voor onze vraagstelling.

Bespreking Cornu (2012) heeft een meta-analyse van vijf placebogecontroleerde RCT's met desmopressine (meestal 0,1-0,4 mg) uitgevoerd (1739 volwassenen > 18 jaar) met als primaire uitkomst nachtelijke mictiefrequentie.[1] Desmopressine blijkt de mictiefrequentie significant te verminderen met 0,54 (95%-BI 0,28-0,80) nachtelijke micties. De onderzoeken zijn echter zeer heterogeen en betreffen niet specifiek de oudere populatie.

De RCT van Wang (2011) onderzoekt een oudere populatie mannen met BPH (115 mannen > 65 jaar) met als primaire uitkomst het verminderen van de mictiefrequentie met twee micties.[2] De klinische respons (vermindering van 2 of meer nachtelijke micties) bij de interventiegroep (0,1 mg desmopressine) was 61,4% versus 13,8% in de placebogroep (p < 0,001, OR 4,5; 95%-BI 4,0-105,2).

De RCT van Weiss (2012) (799 volwassenen ≥ 18 jaar) beschrijft bij vrouwen een daling in de mictiefrequentie van 1,22 micties (p = 0,02) ten opzichte van placebo bij een desmopressinedosis van 25 microg.[3] Bij mannen die 100 microg desmopressine kregen was er een daling van 1,38 micties ten opzichte van placebo (p < 0,005). Ook deze populatie betrof niet specifiek ouderen.

Weiss beschrijft bij een dosering van 100 microg desmopressine een verlaging van het natrium naar waarden tussen de 125-130 mmol/l bij 14,1% van de patiënten boven de 65 jaar.[3] Bij 4,7% daalde de natriumspiegel onder 125 mmol/l.

Over het risico op een hyponatriëmie bij desmopressinegebruik vond Weatherall (2004) in zijn meta-analyse van zeven studies (n = 398) een incidentie van hyponatriëmie bij ouderen van 7,6% (95%-BI 3,7-15,1).[4] In de meeste studies waren personen met cardiale of renale problematiek en medicatiegebruik (o.a. diuretica, SSRI's, TCA's, carbamazepine, loperamide) geëxcludeerd.

Conclusie Verlaging van de nachtelijke mictiefrequentie bij ouderen door desmopressine wordt in slechts twee onderzoeken beschreven. Een reductie van 0,5-1,5 micties per nacht bij ouderen is aangetoond. De kans op het ontstaan van een hyponatriëmie als gevolg van desmopressine is gemiddeld 7,6% bij patiënten zonder verdere comorbiditeit.

Betekenis Desmopressine verlaagt de nachtelijke mictiefrequentie bij ouderen. Of een vermindering van 0,5-1,5 micties per nacht klinisch relevant is, kun je je afvragen. Het effect is beperkt en we moeten het afwegen tegen het risico op hyponatriëmie. De kans op een verlaagd natriumgehalte is bij ouderen verhoogd door medicatiegebruik en comorbiditeit. Ter reductie van de nachtelijke mictiefrequentie kan desmopressine off-label worden voorgeschreven. De dosering bij vrouwen bedraagt 25 microg; bij mannen 100 microg. Het is raadzaam niet te starten bij een serumnatrium onder de 135 mmol/l en het serumnatrium te controleren na 4 dagen, 28 dagen en vervolgens elk half jaar. Bij een daling onder de 130 mmol/l is het advies te stoppen met desmopressine. ■

LITERATUUR

1 Cornu JN, Abrams P, Chapple CR, Dmochowski RR, Lemack GEA, Michel, MC, et al. Contemporary assessment of nocturia: definition, epidemiology, pathophysiology, and management: a systematic review and meta-analysis. Eur Urol 2012;l62:877-90.
2 Wang CJ, Lin YN, Huang SW, Chang CH. Low dose oral desmopressin for nocturnal polyuria in patients with benign prostatic hyperplasia: a double-blind, placebo-controlled randomized study. J Urology 2011;185:219-23.
3 Weiss JP, Zinner NR, Klein BM, Nørgaard JP. Desmopressin orally disintegrating tablet effectively reduces nocturia: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Neurourol Urodyn 2012;31:441-7.
4 Weatherall M. The risk of hyponatremia in older adults using desmopressin for nocturia: a systematic review and meta-analysis. Neurourol Urodyn 2004:23:302-5.

Huisartsenpraktijk Berg en Dal, Oude KLeefselaan 96, 6571 BJ Berg en Dal: W. de Graaf, huisarts en kaderarts ouderengeneeskunde; LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: a.knuistinghneven@chello.nl

Jelle Stoffers

Aspirine bij claudicatio intermittens?

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

Context Het eerste symptoom van obstructief arterieel vaatlijden in de benen is claudicatio intermittens. Patiënten die hieraan lijden lopen groot risico op andere cardio- of cerebrovasculaire aandoeningen, zoals een hartaanval of beroerte. Daarom komen zij behalve voor looptraining en eventueel stoppen met roken in aanmerking voor cardiovasculair risicomanagement, inclusief medicamenteuze preventie.

Klinische vraag Zijn trombocytenaggregatieremmers effectief voor reductie van cardio- en cerebrovasculaire mortaliteit en morbiditeit bij patiënten met (stabiele) claudicatio intermittens?

Conclusie auteurs Vergeleken met placebo reduceren trombocytenaggregatieremmers de mortaliteit (RR 0,76, 95%-BI 0,60-0,98) en de cardiovasculaire mortaliteit (RR 0,54, 95%-BI 0,32-0,93). De reductie van het aantal niet-fatale cardiovasculaire gebeurtenissen was wat kleiner en net niet statistisch significant (RR 0,88, 95%-BI 0,63-1,01). Deze review bevat 12 artikelen met in totaal 12.168 patiënten met stabiele claudicatio intermittens.

Beperkingen Bijwerkingen die stopzetten van de behandeling noodzakelijk maakten, waren in de behandelde groep vaker aanwezig dan in de placebogroep (RR 2,05, 95%-BI 1,53-2,75). Het overgrote deel van de middelen die in deze studies onderzocht zijn betreft trombocytenaggregatieremmers die in Nederland niet op de markt zijn. Studies waarin acetylsalicylzuur vergeleken wordt met placebo ontbreken en er is slechts één onderzoek waarin acetylsalicylzuur vergeleken wordt met clopidogrel. Cijfers over absolute risicoreductie en 'number needed to treat' ontbreken, maar zijn te berekenen aan de hand van de forestplots. Voor *all-cause* mortaliteit bedraagt het *'number needed to treat'* 70 en voor cardiovasculaire mortaliteit 50.

COMMENTAAR

Bij de titel van deze Cochrane-review denk je: dat weten we toch? Dat doen we toch al? Dat is niet nieuw! Van de 12 studies die in de huidige review aan de orde komen, is er één uit 2004 (over een niet in Nederland verkrijgbaar middel), de andere dateren uit 1982 tot 1996. De (oude) NHG-Standaard (2003) maakt geen onderscheid naar stadium van perifeer arterieel vaatlijden en adviseert het voorschrijven van acetylsalicylzuur (of clopidogrel). De nieuwe NHG-Standaard (in voorbereiding) handhaaft dit advies. Bij nadere inspectie van de bronnen (meta-analyse uit 2002, reviews uit 2001) blijkt het advies een extrapolatie te zijn van de bevinding dat trombocytenaggregatieremmers als groep het cardiovasculaire risico effectief verminderen bij claudicatiopatiënten. Het bewijs hiervoor komt grotendeels op rekening van in Nederland niet verkrijgbare plaatjesremmers (ticlopidine en picotamide). Nog verder terug in de tijd, in een review uit 1994, worden – onder meer – vijf trials beschreven onder claudicatiopatiënten, waaruit blijkt dat acetylsalicylzuur (990-1500 microg) superieur is aan placebo als het gaat om vermindering van het aantal cardiovasculaire events (door ondergetekende berekend RR 0,78). Later bleek 75-150 microg acetylsalicylzuur, over alle cardiovasculaire patiëntengroepen samen, effectief en veilig. Zo is de redenering achter de uit die tijd daterende richtlijnen wel te reconstrueren en te begrijpen.

Wat voegt deze nieuwe review dan toe? De auteurs beperken hun review tot een patiëntengroep die voor de huisarts relevant is: de vaatpatiënt die klachten heeft, maar geen specialistische interventie behoeft. Eigenlijk hadden de auteurs hun review nog verder moeten beperken tot die patiënten met claudicatio intermittens die nog niet bekend zijn met een andere hart- of vaatziekte, wat in de praktijk vooral neerkomt op afwezigheid van coronarialijden. Dat is de patiëntencategorie waarbij wellicht nog twijfel bestaat over al dan niet starten met acetylsalicylzuur. Daarover geeft de review geen uitsluitsel. Het advies dat de auteurs geven – 'geef een plaatjesremmer, maar wees alert op bijwerkingen' – slaat strikt genomen op middelen die in Nederland niet verkrijgbaar zijn. Onder de 12 trials was er geen enkele die acetylsalicylzuur met placebo vergeleek, en slechts één die clopidogrel met acetylsalicylzuur vergeleek.

Samenvattend deel ik de conclusie van de auteurs van de huidige Cochrane-review ('geef een claudicatio-patiënt een plaatjesremmer, maar wees alert op bijwerkingen'). Hoewel direct bewijs voor de risicoverlagend effectiviteit van in Nederland verkrijgbare plaatjesremmers voor patiënten met claudicatio intermittens pover is, denk ik dat niemand deze categorie cardiovasculaire patiënten acetylsalicylzuur zal willen onthouden. ■

LITERATUUR

1 Wong PF, Chong LY, Mikhailidis DP, Robless P, Stansby G. Antiplatelet agents for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev. 2011, Issue 11. Art. No.: CD001272.

Medisch Centrum West Kerkrade, Kampstraat 45, 6466 BR Kerkrade en Vakgroep Huisartsengeneeskunde, School for Public Health and primary care (CAPHRI), universiteit Maastricht: Dr. H.E.J.H. Stoffers, huisarts. • Correspondentie: jelle.stoffers@maastrichtuniversity.nl

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Juist / 3. Juist

Ongeveer 50% van de mensen met trisomie-21 heeft een aangeboren hartafwijking, meestal een ventrikelseptumdefect, atriumseptumdefect of atrioventriculair septumdefect. Een hartafwijking is het meest levensbedreigende symptoom van trisomie-21.

Bij 42,3% van de kinderen met trisomie-21 wordt een slechthorendheid gemeten van 25 dB of meer. Meestal betreft het een geleidingsstoornis ten gevolge van middenoorproblemen en tubaire dysfunctie. Presbyacusis ontstaat bij patiënten met trisomie-21 op lagere leeftijd, vooral in het tweede decennium. In vergelijking met andere verstandelijk gehandicapten vormen patiënten met trisomie-21 een risicogroep voor slechthorendheid. Voor deze groep is een levenslange driejaarlijkse gehoorscreening aanbevolen.

Trisomie-21 geeft ook vaker afwijkingen van het maag-darmkanaal. Te denken valt aan obstipatie door de ziekte van Hirschsprung (tekort aan zenuwcellen in het laatste deel van de dikke darm), coeliakie (bij 7% van de Nederlandse kinderen met trisomie-21) en hypothyreoïdie. Naar deze laatste afwijking dient men gericht onderzoek te doen aangezien het de meest voorkomende endocrinologische aandoening is bij trisomie-21.

Ziekten en handicaps. Reeks kinderen en adolescenten. Problemen en risicosituaties. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

Eekhof JAH, Van Balen FAM, Fokke HE, Mul M, Ek JW, Boomsma LJ. NHG-Standaard Slechthorendheid (eerste herziening). www.nhg.org.

Richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar. www.venvn.nl.

4. Onjuist / 5. Juist

Bij het vermoeden van een inflammatoire darmziekte (IBD) – bloederige diarree en algemene klachten, zoals buikpijn, koorts, malaise of gewichtsverlies, ook bij jonge patiënten – dient het volgende laboratoriumonderzoek plaats te vinden: bezinking, CRP, hemoglobinegehalte, leukocyten, trombocyten en albumine. De ziekte van Crohn is geassocieerd met een verhoogde CRP, maar bij colitis ulcerosa is vaak een licht verhoogde of normale CRP te zien. Een normale CRP sluit de aanwezigheid van IBD dus niet uit. Bij beide kan sprake zijn van verhoging van het leukocytenaantal. Trombocyten kunnen ook verhoogd zijn, maar zijn geen specifieke markers. Albumine en hemoglobine zullen tijdens ontsteking dalen. Normale laboratoriumuitslagen sluiten IBD niet uit.

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

6. Onjuist / 7. Onjuist

De ontstaanswijze van otitis media met effusie is niet geheel duidelijk. De hoge incidentie en het gunstige natuurlijke beloop suggereren een fysiologische reactie van het lichaam op virale of bacteriële infecties. Belangrijk bij het ontstaan ervan is de dysfunctie van de buis van Eustachius en het feit dat de patiënt een otitis media acuta heeft doorgemaakt. Naast infectieuze en immunologische factoren zijn erfelijke factoren van belang. Het optreden van infecties wordt beïnvloed door omgevingsfactoren, zoals het aantal broertjes en zusjes, crèchebezoek en jaargetijde. Tussen otitis media met effusie en zwemmen of atopie is geen verband aangetoond.

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.

8. Juist / 9. Onjuist / 10. Onjuist

Decubitus is het best te voorkomen door het mijden van schuiven en langdurige druk op één plaats, door een goede lig- of zithouding en door regelmatig van ligging of zithouding te veranderen. Ook als eenmaal decubitus is ontstaan, blijven deze maatregelen het belangrijkst. Liggen geschiedt bij voorkeur in halve zijligging, een positie waarbij het hele lichaam in het frontale vlak een hoek van 30 graden maakt met het horizontale vlak. Bij decubituspreventie wordt wisselligging per 4 uur aanbevolen, na ontstaan van decubitus is vaker wisselen nodig. Voor immobiele patiënten en patiënten die al decubitus hebben, moet daarnaast een anti-decubitusmatras worden aangevraagd. Bij stadium-I-decubitus (lokale niet wegdrukbare roodheid) vindt geen lokale behandeling plaats, tenzij een indifferente zalf voor droge huid geïndiceerd is. Ook als zich onder de roodheid een dieper gelegen necrotische massa bevindt (in de vorm van een subcutane, eventueel paarsblauw doorschemerende, palpabele tumor) wacht de huisarts met inzet van lokale behandeling totdat een ulcus ontstaat.

Chel VGM, Germs PH, Van der Wal J, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Decubitus. www.nhg.org.

H&W

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

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

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

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

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten) particulieren: € 182,00, studenten ontvangen 50% korting op de reguliere prijs.
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070

mvw media voor welzijn & wetenschap

HOI 2013 KEURMERK

Duizendpoot met speerpunten

Als je alle activiteiten van het NHG overziet, lijkt het alsof er een duizendpoot aan de slag is. Die ontwikkelt een scala aan activiteiten, waarbij de samenhang niet altijd even duidelijk is. Toch is de opbouw consistent. Als wetenschappelijke vereniging beginnen we met de wetenschappelijke kennis op een rij te zetten, meestal in richtlijnen maar ook in samenwerkingsafspraken en Standpunten. Vervolgens willen we u helpen bij het toepassen van die kennis en dat resulteert onder meer in scholingsactiviteiten, in groepen of via e-learning, instructiefilms of HIS-software. Ook steunen we u in uw patiëntenvoorlichting, voor, tijdens en na het consult, via het steeds populairder Thuisarts.nl.

In de recente ledenraadpleging is gevraagd wat u vindt van de mate waarin het NHG zich inspant om u inhoudelijk te ondersteunen bij uw werk als huisarts. Zo'n 70% van u gaf het NHG hiervoor een 8 of hoger; ongeveer 90% gaf een 7 of hoger.

Elk jaar bekijken we aan welke onderwerpen we in lijn met het meerjarenbeleidplan extra aandacht moeten besteden. De komende tijd betreft dit samenwerking, zowel in de keten als in de praktijk. Ook krijgt het 'inzicht in kwaliteit' meer aandacht. We gaan u ondersteunen bij het overzichtelijk op uw scherm krijgen van de gegevens uit uw HIS. Dat is handig bij vragen over de behandeling van uw patiënten, maar bijvoorbeeld ook bij uw leergesprek met de aios of het maken van een jaarverslag. De toename van de GGZ-praktijkondersteuning vraagt om extra aandacht voor GGZ-onderwerpen. En we stimuleren de rol van de patiënt door ondersteunend materiaal voor gezamenlijke besluitvorming en keuzehulpen door te ontwikkelen.
Een duizendpoot met richtingsgevoel...! ■

Rob Dijkstra

Luisteren naar Thuisarts.nl...

Misschien heeft u het al gezien: de voorlichtingsteksten op Thuisarts.nl kunnen tegenwoordig ook worden beluisterd. Zeker voor uw patiënten met leesvaardigheidsproblemen is deze nieuwe voorleesfunctie natuurlijk erg handig. Wie zich de informatie met behulp van 'Readspeaker' wil laten voorlezen, hoeft alleen maar op het icoontje met een luidspreker te klikken. De voorleessnelheid en andere instellingen kunnen worden aangepast door op het icoontje met een sterretje te klikken. ■

Toine Lagro-Janssen ontvangt NHG-speld

Foto: W. van Gerwen

Onlangs nam Toine Lagro-Janssen afscheid van de huisartsgeneeskunde en het hoogleraarschap Vrouwenstudies Medische Wetenschappen. Tijdens haar afscheidssymposium ontving zij de NHG-speld – de op een na hoogste onderscheiding van het NHG – als blijk van waardering voor haar inzet voor de huisartsenzorg en de gendergerelateerde thema's daarin. Bovendien heeft ze in de loop der jaren buitengewoon veel voor het NHG gedaan. Zo was ze – onder nog veel meer – lid van de NHG-Adviesraad Standaarden, de Autorisatiecommissie, de redactiecommissie H&W en van de congrescommissie die het WONCA-Congres in Amsterdam organiseerde. Ze was voorzitter van het NHG-Congres *Huisarts en somatiek* en initiatiefnemer en voorzitter van de NHG-commissie *Vrouwen en Huisartsgeneeskunde*, en ze trad op als vaste referent van de NHG-Standaarden voor de beoordeling op genderaspecten. De NHG-speld heeft ze dus dubbel en dwars verdiend! NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra bevestigde deze tijdens het afscheidssymposium op haar toga. ■

Adequate dossiervorming met het EPD (2013)

De derde versie van de NHG-Richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD (Adepd) is onlangs geautoriseerd. Hierin blijven de grote lijnen – episodegericht registreren, ICPC-codering en SOEP-notering – gehandhaafd. Nieuwe dossierdelen zijn:
- Behandeling en operaties
- Beleid en doel

Ook zijn er nieuwe begrippen die een plek gaan krijgen in het EPD, zoals 'Episode-elastiekjes of -bundels', 'Reden van voorschrijven', 'Reden van stoppen' en 'Profylaxe'. De richtlijn geeft verder registratieadviezen bij programmatische zorg en bij toekomstige ontwikkelingen in het EPD.

U kunt de NHG-Richtlijn Adepd inzien of downloaden via www.nhg.org; vanaf medio september is ook een papieren versie verkrijgbaar.
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Khing Njoo, senior wetenschappelijk medewerker NHG (k.njoo@nhg.org). ■

&NHG

Dementie... wat kún je?

Om uiteenlopende redenen is het vaak lastig om de diagnose dementie te stellen. Patiënten presenteren hun klachten vaak niet of niet duidelijk. Sommige huisartsen geven aan dat zij over onvoldoende kennis, tijd of hulpmiddelen beschikken voor de diagnostiek of ze denken na de diagnose geen hulp te kunnen bieden. Maar waarschijnlijk kunt u meer dan u denkt!

Internet-PIN over dementie

Eind deze maand – als de campagne *DementieEnDan?* begint – ontvang u gratis de internet-PIN *Dementie*. Deze e-learning helpt u de eerste signalen te herkennen, serieus om te gaan met de diagnose en actief invulling te geven aan uw rol als huisarts van een dementerende patiënt en diens mantelzorger. Behalve het inrichten van de diagnostiek en zorg komt ook een casus over rijvaardigheid aan bod. Met hulp van kaderhuisartsen wordt treffend in beeld gebracht waar u in uw praktijk tegenaan kunt lopen. Mede dankzij financiering van Achmea is deze internet-PIN voor huisartsen tegelijk ontwikkeld met e-learning voor verpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde; de inhoud van dat alles sluit dus goed bij elkaar aan.

Thuisarts.nl, HAweb en website

De teksten op Thuisarts.nl over dementie zijn recentelijk geactualiseerd. Ook zijn daar aansprekende clips van IDTV aan toegevoegd, bijvoorbeeld over de vraag: *Wat kan nog wel?* Op uw dashboard op HAweb.nl is onder 'Spreekuur' het Medisch dossier *Dementie* toegevoegd. Zo kunt u bijvoorbeeld de 'Zorg voor veilig'-module *Vroegsignalering dementie*, de informatiekaart die de Landelijke Adviesgroep Eerstelijnsgeneeskunde voor Ouderen (Laego) heeft ontwikkeld, of de toolkit mantelzorg gemakkelijk terugvinden. Hier zijn bovendien alle NHG-producten over dementie bijeengebracht. Maar u vindt deze producten natuurlijk ook naast de NHG-Standaard *Dementie* op www.nhg.org. ■

Linda Tolsma, beleidsmedewerker NHG
(l.tolsma@nhg.org)

Algemene Ledenvergadering NHG

Woensdagavond 11 december
Domus Medica te Utrecht

Voorafgaand aan de ALV in juni vond een symposium over de oncologische nazorg door de huisarts plaats, waarin werd gediscussieerd over het in ontwikkeling zijnde NHG-Standpunt *Oncologie*. Nu zal dit Standpunt ter vaststelling aan de leden worden voorgelegd.
Ook wordt een herzien reglement van de Autorisatie Commissie ter goedkeuring aan de leden voorgelegd. Het huidige reglement is in 2005 opgesteld en sindsdien vonden diverse ontwikkelingen plaats die een actualisering van het reglement wenselijk maken. Daartoe behoort bijvoorbeeld het rapport *Richtlijnen voor richtlijnen* van de Regieraad, waaraan het NHG zich conformeert.
Verder staan op de agenda de vaststelling van het jaarplan en de begroting voor 2014. De overige agendapunten vindt u een week voor de ALV op www.nhg.org.
U kunt zich voor de ALV opgeven via directie@nhg.org. U krijgt dan alle vergaderstukken tijdig toegestuurd.

Ook nu gaat een symposium aan de ALV vooraf. Meer informatie hierover leest u in het komende nummer van H&W. ■

NHG-AGENDA 2013/2014 data

- **NPA-Congres** *Een praktijk om trots op te zijn!* 3 oktober
- **Startersdag** 5 oktober
- **NHG-Congres** *Help, een spoedgeval!* 22 november
- **ALV-Symposium** 11 december
- **Algemene Ledenvergadering** 11 december
- **Nieuwjaarssymposium kaderhuisartsen** 9 januari
- **Huisartsbeurs** 22 maart
- **Derde Nederlands Triage Congres** 10 april
- **Algemene Ledenvergadering** 5 juni

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

NPA-Congres *Een praktijk om trots op te zijn!*

NHG-Praktijkaccreditering® bv organiseert op 3 oktober een congres dat zich richt op huisartsen en praktijkmedewerkers die actief betrokken zijn bij de opzet van kwaliteitsbeleid. Er zijn drie hoofdthema's:
- Passie in de zorg
- Patiëntveiligheid
- Nieuwe ontwikkelingen bij accreditering

Na de plenaire inleidingen kunt u de keuze maken uit twaalf sessies waarin de hoofdthema's worden uitgediept. U vindt meer informatie over het programma op www.nhg.org; daar kunt u zich ook opgeven. ■

Nieuw: *serious gaming* met het ABCDE!

Heeft u altijd al eens willen oefenen met spoedgevallen zonder het risico te lopen dat een eventuele foute beslissing uw patiënt in gevaar brengt? Binnenkort kan dat, zo vaak u maar wilt, in een *serious game*. Daarin kunt u diverse scenario's volgen waarbij u steeds keuzes maakt wat u in het onderhavige spoedgeval zou doen. Erg leuk én leerzaam!

Het ABCDE in spoedgevallen

Het is niet altijd gemakkelijk het ABCDE te volgen in spoedsituaties. Deze benadering, waarmee de vitale functies worden gecontroleerd in de volgorde waarin die voor de patiënt het meest bedreigend zijn (Airway, Breathing, Circulation, Disabilities, Environment/Evaluation), gaat voorbij aan het 'instinct' van de huisarts om te denken in diagnoses en behandeling. Daarom start de *game* met een korte introductie van het denken in toestandsbeelden en een toelichting op de ABCDE-benadering. Daarna krijgt u de keuze uit diverse scenario's die voor de huisartsgeneeskundige spoedzorg zijn ontwikkeld. U kunt gedurende een jaar zo vaak u wilt de scenario's doorlopen, zodat u zich de vaardigheden goed eigen kunt maken.

Alvast spelen op het congres...

Tijdens het NHG-Congres *Help, een spoedgeval!* kunt u voor het eerst op diverse computers gaan oefenen met dit *serious gaming*.

Daarna wordt de *game* als losstaande nascholing aangeboden. Ook is deze een vast onderdeel van een uitgebreider onderwijsaanbod, waartoe ook vaardigheidstrainingen en 'live' scenariotrainingen behoren. Houd hiervoor de scholingsagenda in de gaten op www.nhg.org en in de NHG-Nieuwsbrieven. Welke vorm u ook kiest, het gaat bij de *game* altijd om geaccrediteerde nascholing. Leuker kunnen we het niet maken...! ■

Inschrijving NHG-Congres 2013 gestart

Help, een spoedgeval!

Als het goed is viel onlangs het programmaboekje van het NHG-Congres bij u op de deurmat. Wellicht heeft u er al doorheen gebladerd en gezien wat het congres u allemaal te bieden heeft. De Congrescommissie had het dit jaar lastig, niet omdat het moeilijk was om interessante, leuke of wetenswaardige onderwerpen bijeen te sprokkelen, maar juist omdat er zo verschrikkelijk véél over dit onderwerp te zeggen valt. Ze zijn er wonderwel in geslaagd om een zeer gevarieerd, levendig en uitdagend programma samen te stellen.

Een jonge traditie: het 'pre-event'

Zeker nu het Congres in Maastricht plaatsvindt – voor veel huisartsen niet direct naast de deur – zal menigeen de avond tevoren willen afreizen. Dan is er weer de mogelijkheid een voorprogramma bij te wonen: Theatergroep Plezant speelt de voorstelling *Oog in Oog*, waarin een huisarts verantwoordelijk wordt gehouden voor een medische misser. De gevolgen zijn ingrijpend, niet in de laatste plaats voor deze huisarts zelf.

Het congres zelf: aan de slag!

Natuurlijk zult u tijdens een deel van het congresprogramma op de hoogte worden gebracht van de jongste ontwikkelingen in de huisartsgeneeskundige spoedzorg. In de plenaire openingslezingen zullen Tjibbe Joustra en Paul Giesen ingaan op de patiëntveiligheid en kwaliteit van de spoedzorg, respectievelijk de belemmeringen en uitdagingen die daarbij komen kijken. Ook is er aandacht voor het nieuwe NHG-Standpunt *Huisarts en Spoedzorg*, de Nederlandse Triage Standaard en de ABCDE-benadering. Maar bovenal zult u tijdens deze dag zelf aan de slag kunnen gaan met simulatiepatiënten en met scenario's in *serious gaming* (zie hierboven). Naast de semi-plenaire sessies zijn er vele kleinere workshops waaruit u een keuze kunt maken.

En de gezelligheid...

Natuurlijk heeft u tijdens het congres volop gelegenheid om bij te praten met oude kennissen en nieuwe vrienden. Er zullen weer ontmoetingsplekken zijn waar u de mensen uit uw opleidingsjaren kunt treffen. De slotact houden we traditiegetrouw nog even geheim, maar al wél bekend is de locatie van het afsluitende diner en feest: in het wonderschone Château Neercanne kunt u swingen op live muziek, maar er zijn ook diverse ruimtes waar u wat rustiger kunt zitten en praten. Kortom, er is volop reden om op 22 november naar Maastricht te komen! U kunt zich voor het congres inschrijven via www.nhgcongres.nl; vroegboekers ontvangen een aantrekkelijke korting. (AS) ■

Kennismakingsinterview met NHG-afdelingshoofd BMC Marc Eyck:

‘Zorg wordt verleend, maar ook ontvangen’

De nieuwe afdeling BMC (vlnr): Linda Tolsma, Marc Eyck, Annet Janssen, Joris Boon, Marieke van den Brink, Anke ter Brugge en Debby Keuken

Marc Eyck, huisarts in het Limburgse Neerbeek, is sinds enkele maanden hoofd van de nieuwe NHG-afdeling Beleid, Marketing en Communicatie (BMC). In een interview stelt hij zich aan u voor en vertelt hij over de plannen en voornemens van zijn afdeling.

Wat heb je in het verleden zoal bij en voor het NHG gedaan?
‘Ik ben in 1983 voor het eerst bij het NHG betrokken geraakt, namelijk als onderzoeker bij het NUT-project en schrijver van het daaruit resulterende NUT-rapport. We onderzochten toen – moet je nagaan! – of automatisering überhaupt wel nut zou hebben voor de huisarts. De conclusie luidde dat automatisering ons zéér nuttig leek voor de huisarts...
Daarna heb ik een tijdje naast mijn praktijk allerlei activiteiten ontplooid in het zuiden, tot ik weer bij het NHG terugkwam als lid van de Verenigingsraad. Ik was in 2007 voorzitter van het NHG-Congres over farmacotherapie en vanaf 2010 betrokken bij projecten als de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, NHG*Doc* en de Nederlandse Triage Standaard. En sinds 1 juli ben ik nu dus hoofd van de nieuwe afdeling BMC. Dat is een samenvoeging van de al langer in dienst zijnde medewerkers Beleid, Marketing en Communicatie, aan wie een praktiserend huisarts is toegevoegd als afdelingshoofd.’

De nieuwe afdeling heeft haar eerste ‘heimiddag’ achter de rug?
‘Ja, we moesten elkaar eerst eens goed leren kennen. En hoewel sommigen van ons al jaren samenwerkten, leverde die middag heel veel op. We kregen nieuw inzicht in elkaars werk, ideeën en handelen. En we zijn nu goed op de hoogte van ieders opleiding, ervaring en dus expertise. Dat is belangrijk want het doel is vooral dat we een betere afstemming van ons werk krijgen vanuit de verschillende invalshoeken. De marketingmedewerker geeft dus zijn visie op bijvoorbeeld het Standpunt Ouderenzorg en andersom geven beleidsmedewerkers hun visie op de marketing- en communicatieplannen. Wat we doen, doen we samen. Zo moet het beleid van het NHG richting leden en *stakeholders* meer samenhang krijgen.’

Kun je nog iets meer vertellen over het werk van de afdeling?
‘In het kader van geïntegreerd NHG-beleid hebben we binnenshuis vooral de taak om rond onze aandachtsgebieden de samenwerking met andere afdelingen te optimaliseren. Door bijvoorbeeld het NHG-beleid, marketing en communicatie vooraan in het ontwikkelingstraject van richtlijnen en producten te laten meelopen, hopen we het NHG-aanbod beter af te stemmen op onze *stakeholders*, zoals natuurlijk onze leden, maar ook de ketenorganisaties. Verder hebben we veel verschillende dossiers onder handen. Het NHG-Management Team heeft samen met de NHG-medewerkers in een zogenoemde “meedenksessie” een aantal speerpunten benoemd voor 2014. Dat zijn: patient empowerment, samenwerking – vooral in de keten –, GGZ en inzicht in kwaliteit. Op basis van die speerpunten komen allerlei onderwerpen naar boven waarmee we aan de slag gaan. Elke beleidsmedewerker heeft als coördinator een speerpunt onder z’n beheer.’

Wat vind je zelf belangrijk in je werk?
‘Voor mij is het belangrijkst dat de leden goed worden bediend. Ik ben zelf praktiserend huisarts en ik denk dat ik van daaruit goed weet wat onze leden nodig hebben. En ik vind ook dat het NHG zich daarop het meest moet richten. De projectgroep die de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 ontwikkelde, heeft geprobeerd de ambities helder te laten aansluiten bij de behoeften en het werk van de huisarts. Andersom is het NHG ook de vertegenwoordiger van zijn leden - de huisartsen, in allerlei organisaties - en wij moeten dus het inhoudelijk belang van de huisarts goed uitdragen. Dat is een soort tweewegs-systeem.’

En waarom is patient empowerment belangrijk voor de huisarts?
‘Voor de huisarts is de patiënt een samenwerkingspartner, want zorg wordt verleend maar ook ontvangen. Huisarts en patiënt bepalen de zorg dus samen en daarvoor is een goede verbinding tussen hen beiden nodig. Daarom zetten we zwaar in op een goede informatievoorziening. Ik denk dan ook dat Thuisarts.nl een heel goede ontwikkeling is en dat we daar de patiënt, maar ook de huisarts, prima mee helpen. Maar ook bekijken we hoe we de patiënt beter toegang tot zijn eigen dossier kunnen geven. Het gaat erom dat we de patiënt zo goed van informatie voorzien, dat deze echt een gesprekspartner van de huisarts kan zijn.’ (AS) ■

Colofon

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

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

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