H&W

Huisarts en Wetenschap

1
januari 2019
jaargang 62

Beschikbaarheid voor palliatieve zorg tijdens ANW-uren

Rectale chlamydia bij vrouwen

Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking

NHG-Behandelrichtlijnen Infectieuze balanitis en Bursitis olecrani

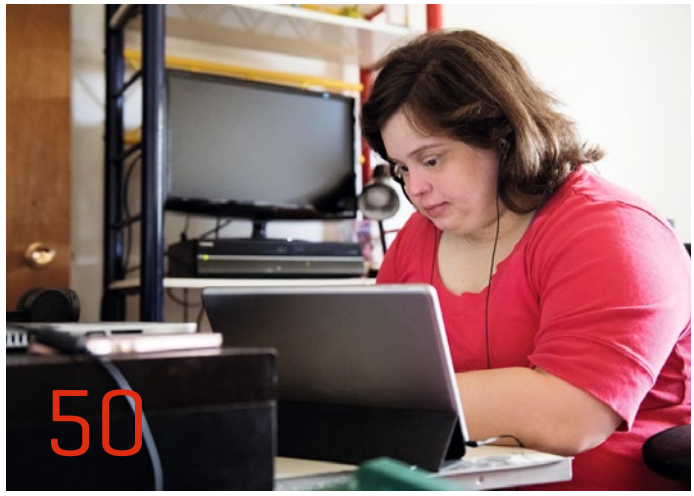
Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Een vraag aan u

'Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid' zijn de eerste woorden van de oude Woudschotendefinitie die nu weer ter discussie staat. Verantwoordelijkheid voor 'een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen'. Uit de reconstructie door Van der Werf en Zaat uit 2001 weten we dat dit aanvaarden er in eerdere versies nog niet in stond. Het ging over beoefenen van de huisartsgeneeskunde en het bewaken van de gezondheid van patiënten. Toen ging het dus ook over het proces, de kenmerken, de inhoud en de doelen van de huisartsgeneeskunde. Uiteindelijk koos men welbewust voor deze formulering, het lijkt bijna een religieuze belofte.
Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid… Raken die paar woorden niet méér de kern van het debat dan alle deeldiscussies over diensten, samenwerken, deeltijdwerken, zorg in de palliatieve fase en ga zo maar door. Zijn die discussiethema's eigenlijk geen symptomen, en is de echte onderliggende vraag welke verantwoordelijkheid we, individueel en collectief, nog willen dragen?
Misschien zie ik er te veel in maar volgens mij betekent het aanvaarden van de verantwoordelijkheid in ieder geval dat je jezelf dienstbaar maakt aan je praktijkpopulatie en aan hun behoeften en problemen. Tegelijkertijd geeft het de vrijheid om keuzes te maken, je hebt immers de verantwoordelijkheid. Niet alles hoeft perfect, denkt u niet dat de Woudschotendokters woedend waren geworden als werd opgemerkt dat de registratie van de rokers met 68% toch echt onvoldoende is? Aanvaarden van verantwoordelijkheid is ook iets heel anders dan 'grenzen bewaken en professionele en persoonlijke rollen in evenwicht houden', wat nu als professionele kwaliteit beoordeeld wordt in de opleiding (competentie 7.1) En wie verantwoordelijkheid neemt, ergert zich aan 'cherry picking' door collega's die uiteindelijk die verantwoordelijkheid als collectief niet draagbaar houden.
Naast allerlei inhoudelijke of politieke overwegingen bij de nieuwe taakopvatting van de huisarts hoort de vraag: welke verantwoordelijkheid aanvaardt u eigenlijk? ■

Sjoerd Hobma

Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid… Raken die paar woorden niet méér de kern van het debat dan alle deeldiscussies over diensten, samenwerken, deeltijdwerken, zorg in de palliatieve fase en ga zo maar door.



Wetenschap

12 **De kern van het vak (3). Generalisme versus specialisme**
Het lukt de meeste huisartsen nog steeds om het evenwicht te bewaren tussen generalisme en specialisme.

17 **De kern van het vak (4). Huisarts en netwerk**
Wat het netwerk van dokters moet zijn, hangt af van de visie op hun rol in de zorg.

24 **Beschikbaarheid voor palliatieve zorg tijdens ANW-uren**
Parttime werkende huisartsen en vrouwelijke huisartsen zijn minder vaak beschikbaar tijdens ANW-uren dan andere huisartsen.

28 **Nikki Claassen: 'Mijn promotieonderzoek werpt nieuw licht op het beloop van SOLK'**

31 **Rectale chlamydia bij vrouwen: onbekend, onbehandeld**
Bij het testen op chlamydia is er te weinig aandacht voor rectale co-besmettingen.

38 **Staken preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten**
Het is veilig om preventieve cardiovasculaire medicatie te staken bij laagrisicopatiënten, maar het verbetert de kwaliteit van leven niet en vermindert ook de zorgkosten niet.

42 **Terug in de eerste lijn: medicatie na ziekenhuisopname**
Gestructureerde en tijdige overdracht met begeleiding over de muren van het ziekenhuis heen kan de continuïteit van farmaceutische zorg stap voor stap dichterbij brengen.

Praktijk

46 **Ecg-casus 'Dyspnoe d'effort'**

49 **Kennistoets**
Staken preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten.

50 **Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking**
Een pilotproject waarin de multidisciplinaire STRIP-methodiek werd toegepast, bracht de opbrengsten en de knelpunten in kaart.

Fotografie omslag: Margot Scheerder

Nieuws

6 Goede effecten van bariatrische chirurgie

6 NPH-insuline nog steeds goed

7 Diabeten in remissie na intensief dieet

8 Dokter Google als poortwachter voor pijn op de borst

8 Geen antibiotica voor volwassenen met acute rinosinusitis

9 Voortdurende verlieservaringen voor mantelzorgers dementerenden

10 Patient delay bij TIA's

10 Olanzapine onbekende optie bij misselijkheid in de palliatieve fase

11 Advance Care Planning bij dementie

46 Casuïstiekprijs 2018

56 Vaccinatie tegen humaan papillomavirussen

57 Niet-medicamenteuze behandeling van chronische prostatitis

58 Meer kans op perforaties bij spiraal postpartum

59 Communicatie-interventies bij patiënten met SOLK

62 Heert Dokterprijs 2018

NHG

54 Herziening NHG-Behandelrichtlijn Infectieuze balanitis vanaf 12 jaar

55 Herziening NHG-Behandelrichtlijn Bursitis olecrani

63 Bètaversie standaardenwebsite

63 Deelakkoord Roken in Nationaal Preventieakkoord

64 Toekomstbestendige infrastructuur
ICT moet doen wat huisarts wil en verwacht

66 Interview met Heert Dokter, pionier in de arts-patiëntrelatie
'Menselijke aspect is nu geïntegreerd'

www.henw.org

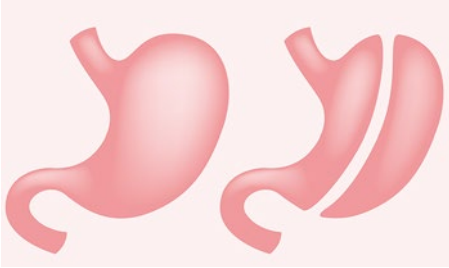
- Profylactische antibiotica bij COPD niet door de huisarts
- Behandeling subklinische hypothyreoïdie heeft weinig zin
- Complexe keuze bij verwijzing zieke ouderen
- Naar minder opnames van patiënten met chronisch nierfalen
- Afleiding en hypnose verminderen prikangst
- Behandeling van artrose

Goede effecten van bariatrische chirurgie

Lidewij Broekhuizen

Bariatrische chirurgie heeft op korte termijn goede effecten op lichaamsgewicht, comorbiditeit en functioneren. Op langere termijn zijn de effecten echter nog niet zeker.

Bariatrische chirurgie wordt steeds vaker toegepast. De meest gebruikte technieken zijn de gastric bypass en gastric sleeve. Vergoeding voor de ingreep is mogelijk als intensieve leefstijlinterventies falen bij volwassenen met een BMI hoger dan 40 of een BMI hoger dan 35 met gerelateerde comorbiditeit.
In het Verenigd Koninkrijk wordt alle bariatrische chirurgie en de follow-up vastgelegd in het 'National Bariatric Surgery Register' en sinds 2013 is dit zelfs verplicht.
De onderzoekers bekeken in dit register de gegevens van 50.782 geopereerde patiënten (78% vrouw, gemiddelde leeftijd 45, gemiddeld BMI 48), uitgevoerd door 2016 chirurgen in 159 ziekenhuizen in de periode van 2010 tot 2015. Bij 51% ging het om een gastric bypass. Na de operatie nam alle comorbiditeit af, waaronder diabetes type 2 (van 29% naar 15%), slaapapnoe (van 20% naar 11%) en belemmerd fysiek functioneren. De grootste afname was in het eerste jaar, met een plateaufase na twee tot vijf jaar. De perioperatieve sterfte was laag (0,07%); de mediane opnameduur was twee dagen.



Bariatrische chirurgie wordt steeds vaker toegepast. Foto: Shutterstock

De gegevens waren na een jaar volledig, maar naarmate de follow-up langer duurde misten er meer gegevens. De beschreven langetermijneffecten zijn daarom mogelijk te rooskleurig. Zo zijn er meldingen van herniatie van de maag en negatieve effecten van de noodzakelijke, levenslange vitaminesuppletie. We kunnen onze patiënten vertellen dat chirurgie effectief is op de korte termijn, maar nog niet zeker op de lange termijn. Laten we daarbij ons enthousiasme voor leefstijl niet verliezen. ■

Miras DA, et al. Obesity surgery makes patients healthier and more functional: real world results from the United Kingdom National Bariatric Surgery Registry. Surg Obes Relat Dis 2018;14:1033-40.

NPH-insuline nog steeds goed

Tjerk Wiersma

Ook de nieuwe NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 blijft de voorkeur geven aan NPH-insuline boven langwerkende insulineanalogen zoals insuline glargine, voornamelijk omdat de analogen twee keer zo duur zijn. Klinisch relevante voordelen, zoals minder ernstige hypoglykemieën die extra uitgaven zouden kunnen rechtvaardigen, acht de standaard onvoldoende aangetoond. In de praktijk blijken veel diabetespatiënten te worden ingesteld op insulineanalogen. Recent onderzoek dat de voorkeur van de NHG-Standaard voor NPH-insuline opnieuw onderbouwt, laat zien dat dat onterecht is.

Het voorschrijven van NPH-insuline heeft de voorkeur. Foto: iStock

Diabeten in remissie na intensief dieet

Cuny Cuijpers, Jelle Himmelreich

Een intensief afvalprogramma leidt tot remissie van diabetes mellitus type 2 bij bijna 50% van de deelnemers. Dat blijkt uit een Schots-Brits eerstelijnsonderzoek onder obese, niet-insulineafhankelijke mensen met diabetes type 2.

Remissie van diabetes mellitus type 2 is mogelijk als het de patiënt lukt flink af te vallen. Foto: iStock

Tussen 2014 en 2017 verdeelden de onderzoekers 49 huisartsenpraktijken in interventiepraktijken (n = 23) of controlepraktijken (n = 26). Van de 1510 geselecteerde patiënten deden er 298 (20%) aan het onderzoek mee, 149 per onderzoeksgroep. De deelnemers waren vergelijkbaar met de totale type 2-diabetespopulatie in Schotland. De controlegroep kreeg reguliere zorg. De interventiegroep onderging een intensief programma gericht op gewichtsreductie – met als doel meer dan 15 kg gewichtsverlies in een jaar – en/of remissie van diabetes, gedefinieerd als een HbA1c < 48 mmol/l na staken van alle antidiabetica. Lokale verpleegkundigen en diëtisten volgden een scholing van 8 uur over het programma dat 3 elementen bevatte: dieetvervanging en direct stoppen met antidiabetica (3 maanden), reïntroductie van voeding (maximaal 2 maanden) en behoud van gezond gewicht.

In de interventiegroep bereikten 36 (24%) deelnemers meer dan 15 kg gewichtsverlies tegenover 0 in de controlegroep. In de interventiegroep bereikte 46% remissie van diabetes tegenover 6% in de controlegroep. Meer gewichtsverlies leidde tot een hoger percentage remissie: van 0% onder patiënten zonder gewichtsverlies tot 31 van de 36 (86%) patiënten die 15 kg of meer gewicht verloren. Ook verbeterde de kwaliteit van leven onder de patiënten in de interventiegroep, tegenover een afname van kwaliteit van leven in de controlegroep.

Opvallend was wel dat het percentage uitvallers in de interventiegroep (25%) groot was. Het bleek erg moeilijk om het dieet vol te houden. Daarnaast was de looptijd van dit onderzoek (een jaar) onvoldoende om de langetermijneffecten van de interventie te bepalen. Ondanks deze kanttekeningen blijft de boodschap overeind: diabetes type 2 is te genezen in de eerste lijn, mits het de patiënt lukt om fors af te vallen. ■

Lean MEJ, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet 2018;391:541-51.

In het onderzoek werden gegevens gebruikt van nieuwe gebruikers van insuline die waren verzekerd bij het Amerikaanse *Kaiser Permanente*. De onderzoekers gingen na in hoeverre dit gebruik leidde tot bezoeken aan de spoedeisende hulp of ziekenhuisopname in verband met hypoglykemie. Ze identificeerden ruim 25.000 nieuwe insulinegebruikers van gemiddeld 60 jaar oud. Van de 1928 patiënten die startten met insuline glargine of insuline detemir gingen er 39 met hypoglykemie naar de spoedeisende hulp of voor opname naar het ziekenhuis (11,9 per 1000 patiëntjaren). Van de 23.561 gebruikers van NPH-insuline waren dat er 354 (8,8 per 1000 patientjaren). Het verschil tussen beide groepen bedroeg daarmee 3,1 per 1000 patiëntjaren (95%-BI -1,5 tot 7,7; p = 0,07). Ook op het secundaire eindpunt van de bereikte HbA1c-waarde blijken de insulineanalogen geen voordeel te hebben. Een jaar na de start van het insulinegebruik was de HbA1c-waarde bij de gebruikers van analogen gedaald van 9,4% naar 8,2% en bij de gebruikers van NPH-insuline van 9,4% naar 7,9% (p < 0,05).

Al met al blijkt het gebruik van insulineanalogen niet geassocieerd met minder ernstige hypoglykemieën of verbetering van de glucoseregulatie. Er is alle reden om het voorschrijven van het aloude NPH-insuline weer met kracht ter hand te nemen. ■

Lipska KJ, et al. Association of initiation of basal insulin analogs vs neutral protamine hagedorn insulin with hypoglycemia-related emergency department visits or hospital admissions and with glycemic control in patients with type 2 diabetes. JAMA 2018;320:53-62.

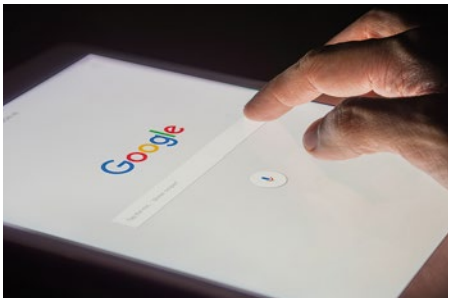
Crowley MJ, et al. Revisiting NPH insulin for type 2 diabetes: is a step back the path forward? JAMA 2018;320:38-9.

Dokter Google als poortwachter voor pijn op de borst

Emma Groot, Ralf Harskamp

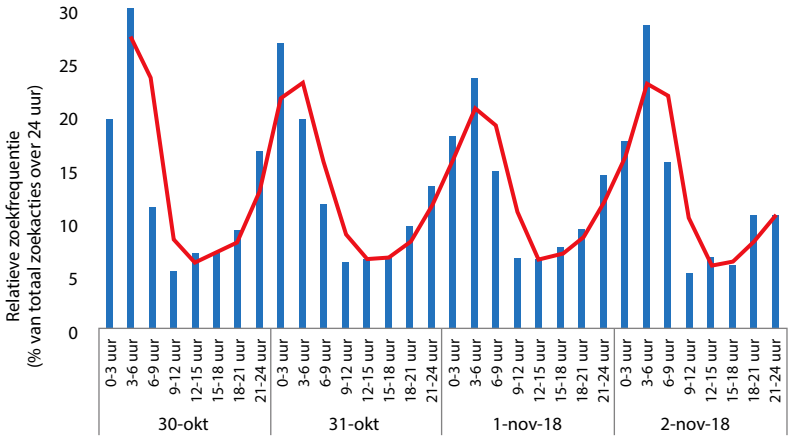
Het zal u in de spreekkamer niet zijn ontgaan: de patiënt die zich over zijn (potentieel levensbedreigende) klacht eerst laat informeren door internet. Dat geldt bijvoorbeeld voor de klacht 'pijn op de borst', waarbij trends in online zoekopdrachten overeenkomen met trends in ziekenhuisopnames voor hart- en vaatziekten.

Amerikaanse onderzoekers bestudeerden de samenhang tussen de relatieve zoekfrequentie van 'pijn op de borst', bijgehouden via Google Trends (een dienst van Google die inzicht geeft in locatie, tijd en populariteit van zoekopdrachten), en het aantal ziekenhuisopnames voor hart- en vaatziekten over de periode van 2010 tot 2014.



Patiënten zoeken eerst naar informatie online, ook bij potentieel ernstige klachten.

Foto: Shutterstock



Figuur Pijn op de borst als zoekterm in Nederland (over 24 uur).

Daarnaast bestudeerden zij tijdgerelateerde trends in Amerika, het Verenigd Koninkrijk en Australië over de periode van 2012 tot 2017. De onderzoekers vonden een sterke correlatie tussen de frequentie van zoekopdrachten voor 'pijn op de borst' en ziekenhuisopnames (correlatiecoëfficiënt van 0,81 op een schaal van 0 tot 1). Bovendien was er een temporele variatie in zoekfrequentie, met een piek in de vroege ochtend en de wintermaanden. Deze uitkomsten komen overeen met bevindingen uit conventionele registraties. Ook in Nederland zagen we via Google Trends een vergelijkbaar beeld. Zo laat de *figuur* de relatieve frequentie van de zoekterm 'pijn op de borst' over enkele etmalen zien. Het is belangrijk te beseffen dat veel patiënten die zich zorgen maken over hun gezondheid eerst op internet kijken, waarbij zoekmachines als quasi-poortwachter fungeren voor toegang tot medische informatie. Voor huisartsen is dit een reden te meer om de digitale bereikbaarheid te vergroten voor zorgvragen. Bovenal moeten we als collectief zorgdragen voor betrouwbare informatievoorziening (zoals Thuisarts.nl) met een prominente plaats in zoekresultaten en die voorziening in de spreekkamer uitdragen naar de patiënt. ■

Senecal C, et al. Association of search engine queries for chest pain with coronary heart disease epidemiology. JAMA Cardiol 2018;Oct 24. DOI:10.1001/jamacardio.2018.3459 [Epub ahead of print].

Geen antibiotica voor volwassenen met acute rinosinusitis

Adinda Mailuhu

Antibiotica wordt nog vaak voorgeschreven bij acute rinosinusitis, hoewel een virus de oorzaak kan zijn en het beloop vaak spontaan en ongecompliceerd is. Een recente Cochrane-review bevestigt nogmaals dat gebruik van antibiotica bij acute rinosinusitis weinig effect heeft en niet opweegt tegen het risico op bijwerkingen.

Deze review is een samenvoeging van twee eerder gepubliceerde Cochrane-reviews uit 2012 en 2014, over antibiotische behandeling versus placebo of niet behandelen van acute sinusitis. De auteurs selecteerden 15 onderzoeken over klinisch gediagnosticeerde rinosinusitis en radiologisch bevestigde rinosinusitis, met in totaal 3057 patiënten en een gemiddelde leeftijd van 36 jaar.
Bijna de helft van de patiënten die geen antibiotica kreeg, was na een week genezen (46%) en 64% na 2 weken. Slechts 5 tot 11 op de 100 patiënten zouden met antibiotica sneller zijn genezen dan patiënten die geen antibiotica of placebo kregen (voor klinisch gediagnosticeerde rinosinusitis: OR 1,25; 95%-BI 1,02 tot 1,54 en NNT 19; 95%-BI 10 tot 205 – voor radiologisch bevestigde rinosinusitis: OR 1,57; 95%-BI 1,03 tot 2,39 en NNT 10; 95%-BI 5 tot 136). De kans

Voortdurende verlieservaringen voor mantelzorgers dementerenden

Jurgen Damen

Het is al langer bekend dat mantelzorgers van patiënten met dementie het moeilijk hebben. Zo hebben zij veel last van somberheid en angstklachten. Nederlandse onderzoekers probeerden er achter te komen hoe de zorg beter kan worden afgestemd op deze mantelzorgers.

Van Wijngaarden et al. voerden 47 kwalitatieve semigestructureerde diepte-interviews uit, waarbij zij de verhalen van familie-mantelzorgers voor patiënten met dementie analyseerden. Deze 47 interviews zijn geselecteerd op basis van de diversiteit van de geïnterviewden en de kwaliteit van de interviews uit een grotere pool van interviews voor de databank met dementieverhalen. De geïnterviewde mantelzorgers waren tweemaal zo vaak vrouw (32 vrouwen tegen 15 mannen). De onderzoekers hielden 16 interviews bij partners, 2 bij kleindochters, 2 bij schoondochters en de overige bij zonen en dochters.
Het onderzoek beschrijft een aantal onderdelen in het ziekteproces, zoals de onzekerheid voor de diagnose, de dualiteit van het krijgen van de diagnose en de periode waarin de ziekte progressief invloed heeft op het dagelijks leven. Een van de dingen die opvalt bij vergelijking van de interviews is het concept van voortdurende verlieservaringen. Het valt de onderzoekers op dat mantelzorgers dit proces vrij uniform ervaren. De copingstijlen van mantelzorgers zijn echter zeer verschillend en deze blijken ook niet goed te voorspellen.
Op basis van dit methodologisch beperkte onderzoek hebben de auteurs een aantal adviezen voor zorgverleners. Wees bewust van de voortdurende verlieservaringen, zeker omdat deze elkaar zo snel kunnen opvolgen dat er geen tijd is voor rouw. Erken dit en sta er bij stil. Het is goed te luisteren naar het verhaal van de mantelzorger. Dat biedt aanknopingspunten om mantelzorgers beter te ondersteunen in hun individuele zorgen. ■

Van Wijngaarden E, et al. Entangled in uncertainty. The experience of living with dementia from the perspective of family caregivers. PLoS One 2018;13(6):e0198034.

Mantelzorgers hebben voortdurend verlieservaringen en deze volgen elkaar snel op.

Foto: Hollandse Hoogte

Gebruik van antibiotica bij acute rinosinusitis heeft weinig effect en weegt niet op tegen het risico op bijwerkingen. Foto: Shutterstock

op genezing was in de antibioticagroep hoger wanneer er op de CT-scan een vloeistofspiegel of totale verdichting in de sinus te zien was (OR 4,89; 95%-BI 1,75 tot 13,72). Gastro-intestinale bijwerkingen van antibiotica kwamen vaker voor in de antibioticagroep (OR 2,21; 95%-BI 1,74 tot 2,82).
De onderzoekers adviseren bij acute rinosinusitis geen antibiotica voor te schrijven vanwege de kans op resistentie, bijwerkingen en de lage incidentie van serieuze complicaties. De adviezen uit de NHG-Standaard Acute rhinosinusitis uit 2014 – zowel virale als bacteriële acute rinosinusitis geneest vrijwel altijd vanzelf en daarom zijn antibiotica doorgaans niet nodig – zijn anno 2018 nog onverminderd van kracht. ■

Lemiengre MB, et al. Antibiotics for acute rhinosinusitis in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;9:CD006089.

Patient delay bij TIA's

Jurgen Damen

Snel handelen bij een TIA is essentieel, omdat met secundaire preventie een CVA kan worden voorkomen. Het risico op een CVA is het grootst in de eerste dagen na de TIA. Dit onderzoek laat zien dat *patient delay* bij een TIA veel voorkomt. Hier is winst te boeken.

Dolmans et al deden een systematisch literatuuronderzoek, waarbij zij 9 onderzoeken selecteerden (1103 patiënten met een TIA, 896 patiënten met een minor stroke). Het overgrote deel van deze onderzoeken vond plaats in het Verenigd Koninkrijk, maar de auteurs selecteerden ook een onderzoek uit Noorwegen en een uit Spanje. De onderzoeken waren erg heterogeen waardoor pooling niet mogelijk was.
Uit de recentere publicaties bleek het volgende. In een onderzoek uit 2013 (n = 100) was de mediane wachtduur tussen ontstaan van klachten en hulp zoeken 2 uur, in een onderzoek uit 2014 (n = 222) was deze 3,5 uur. In het recentste onderzoek uit 2016 (n = 103) was bij 38,7% van de patiënten de delay > 1 uur en bij 27,3% zelfs meer dan 24 uur. Een eerder onderzoek uit 2008 (n = 359) liet een groot verschil zien tussen hulp zoeken tijdens kantooruren (mediane tijd 4 uur) en tijdens diensturen (24,8 uur).

Patient delay komt na een TIA veel voor.

Foto: iStock

Voorspellers voor een korte delay waren: de klachten herkennen als TIA, langere duur van de klachten (> 1 uur) en krachtsverlies. De univariate wijze van analyse die in de originele onderzoeken werd gebruikt, maakt het niet mogelijk om vast te stellen welke factoren onafhankelijk de *patient delay* voorspellen.
De auteurs staan stil bij voorzichtige evaluaties van de Nederlandse campagne 'Mond Spraak Arm – Beroerte Alarm! die wel bijdragen aan het herkennen van een TIA, maar nog niet altijd leiden tot eerder hulp zoeken. Wellicht kunnen huisartsen en poh's hierin een rol spelen door hun hoogrisicopatiënten voor te lichten, bijvoorbeeld met de informatie op Thuisarts.nl. ■

Dolmans LS, et al. Patient delay in TIA: a systematic review. Journal of Neurology 2018;July 19. https://doi.org/10.1007/s00415-018-8977-6 [Epub ahead of print].

Olanzapine onbekende optie bij misselijkheid in de palliatieve fase

Nadine Rasenberg

Olanzapine is een goed alternatief voor de behandeling van kankergerelateerde misselijkheid en braken, maar deze toepassing is niet altijd bekend. De richtlijn Misselijkheid en braken van Pallialine noemt olanzapine naast levomepromazine als alternatief voor patiënten die onvoldoende reageren op andere anti-emetica. Een recente Cochrane-review bevestigt het nut van deze aanbeveling.

Bij patiënten met solide tumoren die niet reageren op andere anti-emetica lijkt olanzapine een goed alternatief.

De auteurs selecteerden 14 RCT's die de effectiviteit van olanzapine tegen misselijkheid onderzochten bij patiënten met verschillende solide maligniteiten. Dertien onderzoeken bekeken het effect op misselijkheid door chemoradiatie en slechts een onderzoek richtte zich op de palliatieve fase. Acht onderzoeken hadden een hoog risico op bias, vaak door een laag aantal patiënten of niet goed blinderen. De auteurs concluderen

Advance Care Planning bij dementie

Daan Backes

Bij patiënten met dementie kan het lastig zijn om afspraken te maken over passende zorg die aansluit bij hun wensen en behoeften (Advance Care Planning). Een recent literatuuroverzicht laat zien met welke barrières en stimulerende factoren huisartsen te maken hebben bij het voeren van ACP-gesprekken met dementerende patiënten. Aandacht voor onzekerheden en wensen op tijd bespreekbaar maken, lijken daarbij het allerbelangrijkst.

Het kan lastig zijn om met dementerende patiënten afspraken te maken over passende zorg die aansluit bij hun behoeften. Foto: Shutterstock

De Nederlandse auteurs selecteerden zestien onderzoeken over ACP bij dementerende mensen, waarvan zeven onderzoeken uit het Verenigd Koninkrijk en vier uit de Verenigde Staten. Uit deze onderzoeken kwamen vier belangrijke thema's naar voren: op tijd starten met ACP, betrekken van naasten, belangrijke aspecten van het ACP-gesprek, en vereisten voor een ACP-gesprek.
Huisartsen, patiënten en naasten gaven aan dat onzekerheid de grootste barrière voor ACP is. Patiënten en hun naasten zijn onzeker over het tijdstip waarop ze ACP voor het eerst moeten bespreken, de onduidelijke toekomst, en het gebrek aan kennis over dementie. Huisartsen noemden als grootste barrières: moeite met inschatten of dementerende patiënten bekwaam zijn om hierover beslissingen te nemen, de mogelijkheid dat gemaakte beslissingen in de toekomst zullen veranderen, en de onzekerheid of gemaakte afspraken in de toekomst kunnen worden nageleefd.
Volgens de auteurs van de review is de belangrijkste stimulerende factor ACP bij dementie tijdig bespreekbaar te maken, namelijk op het moment dat de persoon met dementie nog actief bij het gesprek kan worden betrokken, en familie en andere belanghebbenden ook aanwezig zijn. Daarbij zijn de volgende punten belangrijk: openheid over de diagnose, informatievoorziening, een goede relatie tussen patiënt en naasten, gesprekken over (behoud van) kwaliteit van leven, en ACP-gesprekken regelmatig herhalen. Voor huisartsen is het goed die punten in het achterhoofd te hebben bij deze groep patiënten. ■

Tilburgs B, et al. Barriers and facilitators for GPs dementia advance care planning: a systematic integrative review. PLoS ONE 2018;13:e0198535. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198535.

dat de kans op het vrij zijn van misselijkheid en braken tot 50% toeneemt bij patiënten die worden behandeld met olanzapine tegenover placebo of geen behandeling (RR 1,98; 95%-BI 1,59 tot 2,47). Geen enkel onderzoek rapporteerde de noodzaak van escape-medicatie bij doorbraak van klachten en hierover kunnen dan ook geen uitspraken worden gedaan. In alle onderzoeken werd olanzapine oraal toegediend. Niet alle onderzoeken meldden consequent bijwerkingen, maar bijwerkingen als somnolentie en moeheid namen bij olanzapine waarschijnlijk wel toe. Bij een dosering van 5 mg per os werden er geen ernstige bijwerkingen gemeld. De auteurs wijzen er verder op dat er bij toediening via injectie een grotere kans is op ernstige bijwerkingen (ademdepressie).

Bij patiënten met solide tumoren die niet reageren op andere anti-emetica lijkt olanzapine 5 mg per os een optie die mogelijk weinig bekend is onder huisartsen. Meer onderzoek naar olanzapine in de palliatieve fase zou deze aanbeveling sterken. Voor advies omtrent olanzapine tegen misselijkheid in de palliatieve fase is het goed de richtlijn van Pallialine te raadplegen. ■

Sutherland A, et al. Olanzapine for the prevention and treatment of cancer-related nausea and vomiting in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;9:CD012555.

De kern van het vak (3)

Generalisme versus specialisme

Joost Zaat

Huisartsen hebben altijd vakinhoudelijke hobby's gehad, maar de kern van de huisartsgeneeskunde bleef de generalistische zorg: zorg voor iedereen en in principe voor alle aandoeningen die huisartsen zelf kunnen diagnosticeren en behandelen. Veel – geprotocolleerde – zorg voor chronische ziekten is binnen het domein van de huisarts gekomen en vervolgens gedelegeerd naar praktijkondersteuners. Staat daardoor het generalisme op het spel? Worden huisartsen halve specialisten of supervisors van gespecialiseerde hulpkrachten?

Deel 1 en 2 van deze serie over het 'nieuwe Woudschoten' gaven inzicht in de kernwaarde 'continuïteit' en de persoonlijke arts-patiëntrelatie. Na meer dan 70 'denksessies' waaraan 1300 huisartsen deelnamen en een enquête onder alle huisartsen in november 2018 volgt er eind deze maand een nieuwe conferentie. Daar worden de kernwaarden voor de komende jaren vastgesteld, die vorm moeten geven aan de inrichting van de huisartsenzorg. In dit nummer van *H&W* deel 3 en 4 van deze korte serie: een artikel over de huisarts als generalist en een over de huisarts in haar netwerk in de wijk en in de zorg.

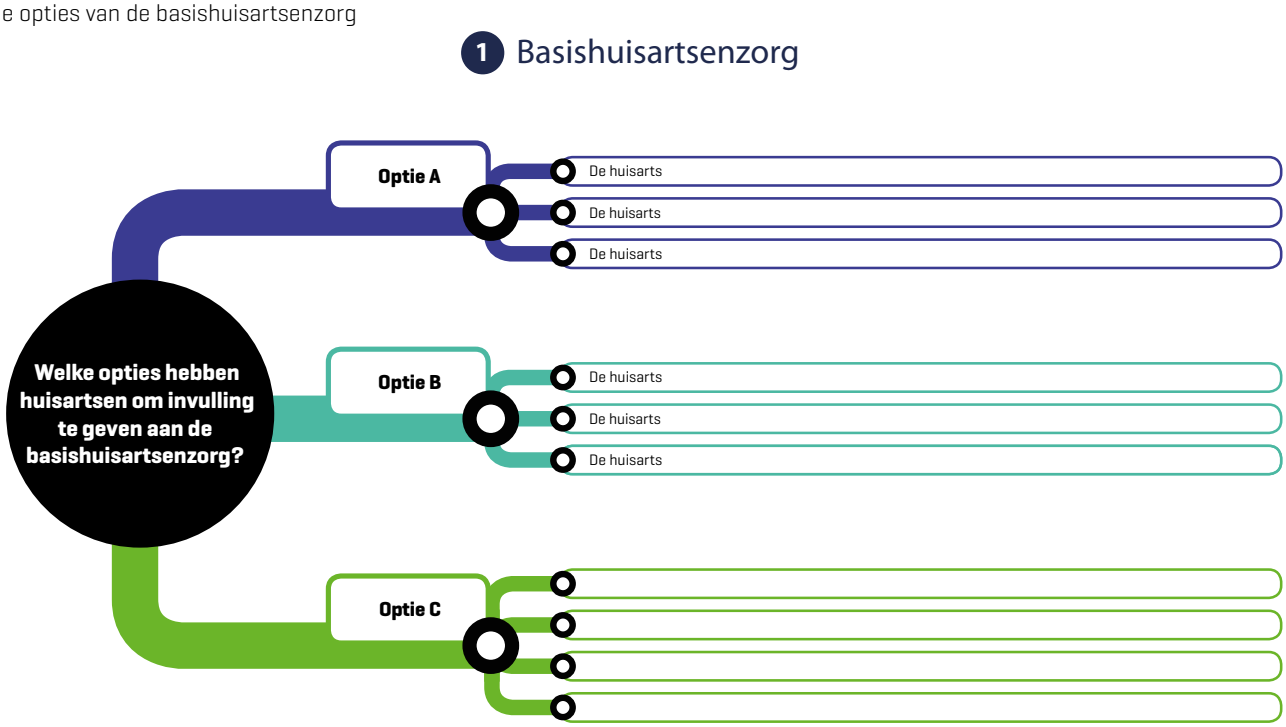
In de denksessies door het land over de kernwaarden van de huisarts in de zomer en het najaar van 2018 konden de deelnemers zich uitspreken over wat basishuisartsenzorg is. Van de twaalf thema's in het uitgangsdocument van de Argumentenfabriek was het een van de meest besproken thema's. Bij dit thema waren er drie mogelijkheden: de huisarts die – samen met een beperkte ondersteuning – alles zelf doet en eindverantwoordelijk is, de huisartsvoorziening die de basiszorg levert en als derde optie die waarin de huisartsvoorziening is opgegaan in een sociaal-medisch team en er ook gespecialiseerde huisartsen zijn [**figuur 1**].

IS DE HUISARTS NOG STEEDS EEN GENERALIST?

Wat basiszorg is, bepalen huisartsen niet alleen. De afgelopen

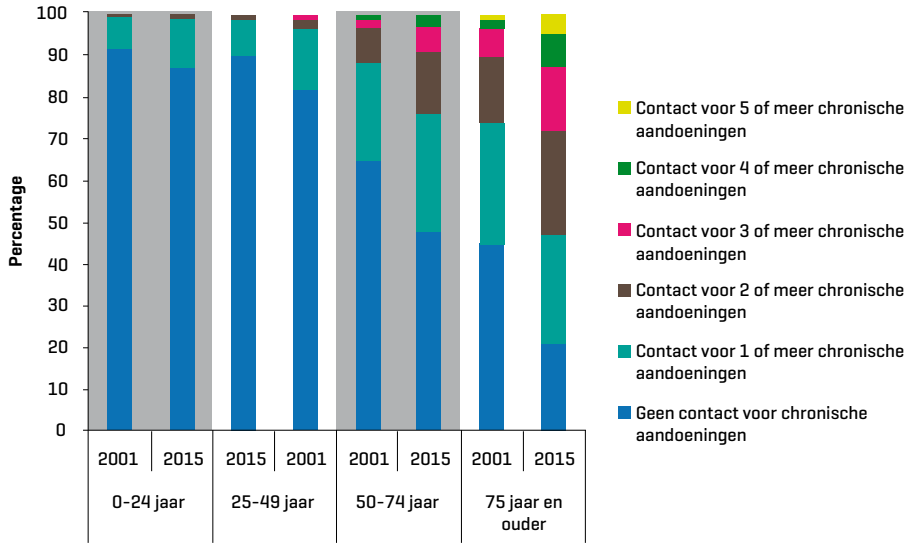
Figuur 1

De drie opties van de basishuisartsenzorg



Figuur 2

Contacten voor chronische aandoeningen per leeftijdsklasse



Bron: Flinterman L, Groenewegen P, Verheij R. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2018.

dertig jaar is de zorg voor chronische aandoeningen hét terrein van de huisarts geworden [**figuur 2**]. Door de ambitie om zelf chronische zorg te leveren zijn er meer hulpkrachten in de praktijk gekomen. Het idee van het leveren van 'generalistische zorg' door de huisarts zelf gaat in de beleving van sommige huisdokters daardoor weer wringen. Wat zijn de feiten?

Hulpkrachten

Baarde halverwege de jaren tachtig van de vorig eeuw de huisarts Jan de Haan uit Wolvega nog opzien door te pleiten voor taakdelegatie en ten minste 1 fte doktersassistente per huisarts, nu zijn de huisartsen zonder assistentes vrijwel uitgestorven. Inmiddels is er 0,6 fte assistente per 1000 patiënten.
De eerste praktijkondersteuner-somatiek (poh-s) kwam eind jaren negentig, nu heeft 88% van de praktijken een of meer poh's-s en 81% een poh-ggz.[1] Er waren in 2016 naar schatting tussen de 5900 en 6700 poh's en 5200 poh's-ggz. Per fulltime huisarts is er een halve poh-s en een kwart poh-ggz.
De huisarts die álles zelf doet bestaat niet meer. Een praktijk is allang een voorziening geworden, al is die vaak nog klein.

Veranderde hulpvraag

In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw hielden huisartsen zich nog vooral bezig met infectieziekten: 15% van de zorgvraag ging daar over. Ze zagen halverwege de jaren zestig zelfs vaker mazelen dan diabetes: 10/1000 versus 2/1000.[2] Doordat ze de zuigelingen- en kleuterconsultatiebureaus vrijwel altijd nog zelf deden, was 14% van hun contacten op preventie gericht [**figuur 3**].
De incidenties van aandoeningen in de huisartsenpraktijk zijn in dertig jaar tijd ook behoorlijk veranderd. Er zullen nu in de open bevolking vast net zoveel bovensteluchtweginfecties voorkomen als in 1987, maar mensen gaan er minder vaak voor naar de huisarts [**figuur 4**]. En ook de pilcontroles zijn verdwenen. Al met al ziet de huisarts tegenwoordig ten minste zo'n breed palet als in 1987 en zelfs breder dan in 1966.

De taakopvatting van huisartsen

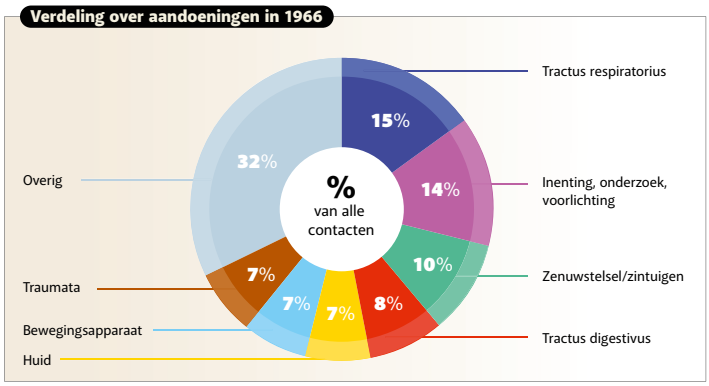
De taakopvatting van huisartsen past zich aan de vraag en de omstandigheden aan. In 1983 deed nog 45% van de huisartsen bevallingen en vond 70% dat verloskunde bij het vak hoorde.[3] Nu zijn er nog maar 41 huisartsen geregistreerd met verloskunde als speciale bekwaamheid. Vonden huisartsen aan het begin van dit millennium psychosociale hulpverlening veel minder tot hun taak behoren dan aan het eind van de jaren tachtig [**figuur 5**], nu heeft de meerderheid een poh-ggz. Het percentage volwassen patiënten dat met psychosociale klachten naar de huisarts ging steeg behoorlijk sinds 2011, van 12% naar 18%.[4] In 2011 ging een op de zeventien van hen door naar de poh, in 2017 was dat een op de vijf. Het is niet zo dat huisartsen problemen alleen maar 'naar de poh-ggz schuiven', ze doen ook zelf meer lange consulten voor psychische problemen.

De huisarts die álles zelf doet bestaat niet meer

Zich specialiserende huisartsen

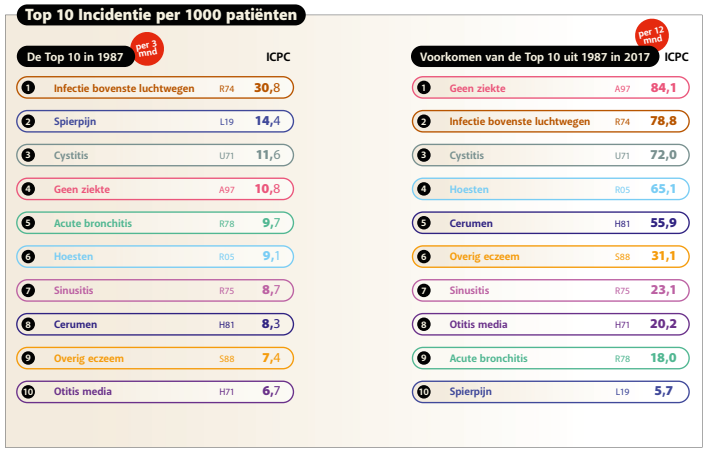
De bedoeling van de NHG-Kaderopleidingen, die na de

Figuur 3

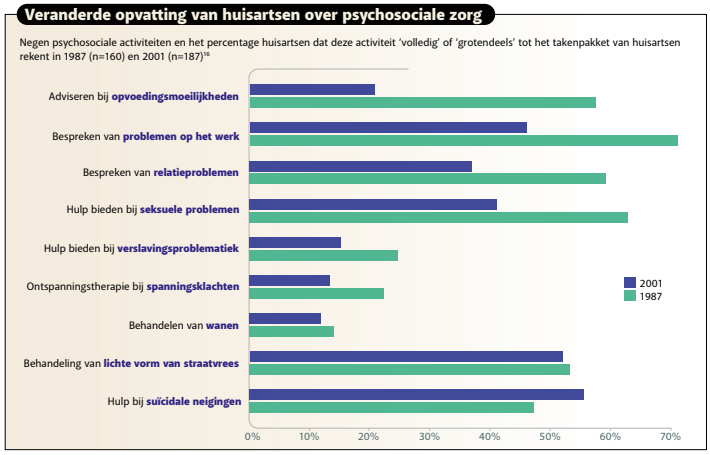


Bron: AP Oliemans. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.

Figuur 4



Figuur 5



Bron: Bongers F. Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde tussen 1987 en 2001. Huisarts Wet 2011;54;60-4.

eeuwwisseling ontstonden, was om huisartsen verdieping te bieden en hen in staat te stellen collega's consultatie te geven bij 'moeilijke gevallen'. Er zijn twee soorten: kaderhuisartsen gericht op de kwaliteit van de zorg en artsen met een kaderopleiding gericht op meer gespecialiseerde patiëntenzorg (bijvoorbeeld oogheelkunde, echografie) [**figuur 6**]. In verhouding tot het totaal aantal huisartsen (9039 declarerende huisartsen, 11.800 werkzame huisartsen) is het clubje kaderartsen en zeker het clubje artsen met speciale vaardigheden klein. De meeste kaderartsen werken in regionale zorggroepen als kwaliteitsbewaker en consulent. Kaderartsen besteden, volgens onderzoek uit 2015, 16,5 uur per maand aan hun speciale taken. De voornaamste activiteiten zijn het geven van onderwijs en het leiden van projecten.[5] Cijfers over het aantal consultaties voor collega huisartsen per vakgebied zijn er niet, zo blijkt bij navraag aan de coördinatoren van opleidingen.

WAT IS HET BELANG?

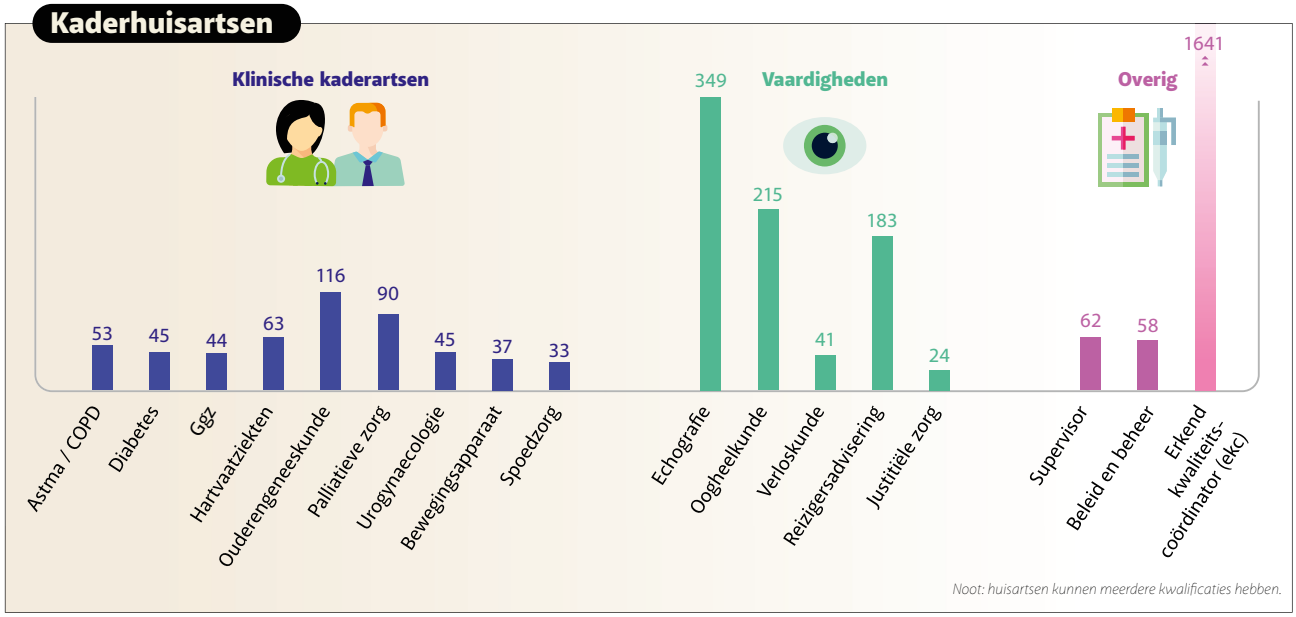
Generalisme is een intrinsieke waarde die lastig in maat en getal is uit te drukken. Het Britse *Royal College of General Practitioners* bracht in 2012 een rapport uit over generalisme.[6] Een generalist is volgens het RCGP iemand die werkt met patiënten die nieuwe klachten maar nog geen diagnose hebben, die zich niet op een orgaan of lichaamsdeel richt, patiënten in hun context ziet, ook patiënten met multimorbiditeit accepteert, werkt voor een populatie in een multidisciplinair team en die een sleutelrol speelt bij verwijzingen naar specialistische zorg.
In systemen waarin de huisarts geen echte poortwachter voor de zorg is, zoals in België, zijn patiënten zelfs tevredener over hun huisarts dan in systemen zoals het onze. Blijkbaar willen zieke mensen toch dat er iemand een beetje breder naar hen kijkt.[7]

HOE GAAT HET IN DE PRAKTIJK?

De Oostzaanse huisarts Derk Runhaar (zie ook deel 2 van deze serie in het vorige nummer) vindt dat huisartsen hun takenpakket te gemakkelijk hebben uitgebreid. "We hebben om politieke redenen een veel te grote broek aangetrokken. De poh-ggz is een specialist, die doet niks anders dan psychische problemen zien. Dat ze er zijn is prima, maar ze vullen nu een gat dat anders niet opgevuld zou zijn. Ik zou er veel voor voelen als dat gewoon eerstelijnspsychologen waren. Ik hoef hen geen supervisie te geven. Ik zie niet in wat mijn medische beoordeling voor burn-out zou moeten zijn. Dat kunnen ze prima zelf oplossen."
Runhaar ziet wel meerwaarde in een poh-s, "hoewel je daarvoor ook moet oppassen. De klassieke poh-s doet diabetes, COPD en CVRM, maar ook zij dreigen deelspecialisten te worden." Runhaar vindt dat hij specialistische kennis en ervaring inlevert, maar intussen wel supervisie moet leveren. Dat voelt oncomfortabel. Hij zou graag een generalistischer poh-s zien. "De meerwaarde van de generalistische praktijkondersteuner is dat die meer tijd heeft voor de minder medische dingen, die wel relevant zijn voor het welzijn van kwetsbare ouderen."

Figuur 6

Kaderhuisartsen



Bron: CHBB databank; geraadpleegd 4-11-2018 https://chbb.lhv.nl/zoek-huisartsen-chbb-registers-bij-u-de-buurt & NIVEL: Huisartsenregistratie 2017.

Tien kilometer verderop werkt David Koetsier sinds 2005 in een achterstandswijk in Amsterdam-Noord. Hij werkt in een duopraktijk met 4400 patiënten in een bedrijfsverzamelgebouw, zoals hij dat zelf noemt, waarin ook een andere duopraktijk zit, en onder andere een apotheek en fysiotherapie gevestigd zijn. “Ik vind het wel meevallen met die verbrokkeling. Als ik kijk naar het palet aan vragen, de kleur van mijn spreekuur, dan is dat heel divers. Als ik mijn spreekuur open laat staan is het ruim van tevoren gevuld met mensen die met mij willen praten over hun langer bestaande dilemma’s in het leven of ziekte. Dan is er geen plek meer voor kleine klachten, die gaan dan naar de aios. Blokkeer ik mijn spreekuur, dan zie ik die klachten ook. Het heeft te maken met je praktijkvoering.”
Koetsier is kaderarts hartvaatziekten en ziet dat eerder als een verdieping dan als een specialisatie. “Ik vind het niet gek dat je je als huisarts in bepaalde deelgebieden verdiept, voor je eigen ontwikkeling. Ik zie meer mensen met hartvaatziekten dan mijn collega. Mensen zien ook dat ik expertise heb. Ze komen wel van mijn collega, door mijn deskundigheid praten ze bijvoorbeeld makkelijk over de impact die hun infarct heeft op hun sociale leven. Nee, verdieping bedreigt het generalisme niet. Er zijn altijd al verschillen geweest tussen huisartsen, ook in basiscompetenties. Ik ben ook tropenarts geweest. Ik vind kleine verrichtingen leuk, mijn collega niet. Ik doe dat, zij vindt dat fijn. Ik heb het idee dat huisartsen elkaar nog weinig durven of willen aanvullen.”
De fragmentatie door de delegatie van zorg aan praktijkondersteuners ziet Koetsier niet als een onoplosbaar probleem. “Mijn poh kan de diabetesjaarcontrole echt veel beter dan ik. We hebben wel een vast overleg met de poh-s en de aios, waarbij we gevallen kiezen waar problemen zijn en die doen we in een combinatietraject. Je moet voor je vaardigheden wel je best doen. Ik kan iemand geen prikinstructie geven, maar wel een insulineschema opstellen bij prednisongebruik. Dat moet je gewoon bijhouden.”

Carlien Erlings is sinds zes jaar waarnemend huisarts in een vaste praktijk in Soest. Ze is kaderhuisarts urogynaecologie. In Soest (45.000 inwoners) hebben de 26 huisartsen in 16 praktijken zich verenigd in een coöperatie (https://www.huisartsensoest.nl/), die op zijn beurt samenwerkt met de gehele eerste lijn in het dorp (www.elzis.nl). Huisartsen verwijzen op meerdere gebieden naar elkaar – zo is er een huisarts die voor alle huisartsen de vasectomieën doet. Erlings doet in die setting een echospreekuur én samen met een incontentieverpleegkundige van de thuiszorg een incontinentie- en verzakkingsspreekuur.

In verhouding is het clubje artsen met speciale vaardigheden klein

Erlings was drie jaar klaar met de huisartsopleiding toen ze aan de kaderopleiding urogynaecologie begon. “Ik had het idee dat ik tijd over had. Ik was aan het kijken waar ik blij van word en dat word ik van praktische dingen. Dat breekt voor mij de reeks klachten over vermoeidheid, buikpijn en somatisatie, die kosten energie. Ik maak echo’s en ook daarvoor verwijzen huisartsen. Die echo’s ben ik gaan doen uit frustratie over de kaderopleiding, de verdieping die ik daar zocht viel me een beetje tegen.”

Elke twee weken ziet ze vijf tot acht vrouwen met incontinentie- of verzakkingsklachten, 45 minuten per patiënt, betaald uit de regiotafel. In een jaar tijd zag ze er honderd. "Voor veel mensen is het echt een probleem, die lopen met forse incontinentie en laten er dingen om. Erover praten lucht al op, al kan ik niet alles oplossen. Ook collega's zijn over het algemeen erg enthousiast. Vooral over het plaatsen van ringen. Ik vind dat leuk en denk dat ik er steeds beter in word." Erlings voelt zich nog gewoon generalist: "Ik voel me geen specialist, ik ben in één ding gewoon handiger."

Zieke mensen willen dat er iemand met een brede blik kijkt

De *population health*-dokter uit Den Haag, Sabine Vas Nunes (zie deel 2) vindt niet dat ketenzorg en poh's het generalisme bedreigen. "Ik ken niet anders. Je ziet in de regio Haaglanden dat ketenzorg het dichtst bij populatiegerichte zorg komt en ook erg bereid is om juist de samenwerkingsverbanden aan te gaan. Het is voor een patiënt met diabetes fijn dat ze steeds eenzelfde poh ziet. Als mevrouw Jansen naast haar diabetes ook nog COPD heeft, is ze in de risicopiramide naar het topje verschoven. Ze heeft een hoog risico om veel zorg te consumeren, terwijl het nu afzonderlijke problemen lijken. Dan moeten we kijken hoe het gaat, is ze gelukkig? Het is mijn taak als huisarts om dat te bewaken, want natuurlijk zie ik haar ook voor andere dingen."

Niet iedereen denkt dat het met het verlies aan generalisme wel meevalt. Hans van Gestel was twintig jaar huisarts in een duopraktijk in een dorp in Brabant. Een paar jaar geleden stapte hij op, vooral omdat hij ontevreden was over de greep die zijn zorggroep had op zijn praktijk. "We hadden onze poh-s zelf in dienst. Die konden we zelf aansturen, totdat we bij een zorggroep gingen. Dat was een nogal dwingende zorggroep, die voorop wilde lopen. Dat was voor mij het begin van de versnippering in de zorg. We hebben de zorg opgeknipt in diabetes, COPD, depressie, kwetsbare ouderen… En daar hebben we in de vorm van DBC's handelswaar van gemaakt ..." Van Gestel betreurt het verlies aan zicht op patiënten. "Ik denk dat jonge collega's expertise verliezen in de chronische zorg en ggz. Het is wel heel makkelijk om alles naar de poh te doen. Ik ben nu vier jaar waarnemend huisarts, kom overal en zie dat mensen het ontzettend vervelend vinden dat ze nooit meer hun eigen huisarts zien." In de spreekkamer zelf is het nog niet zo'n probleem: "Voor 95% van de problemen kunnen we nog de generalist zijn." Hij twijfelt aan het nut van specialisatie: "Het is prima om interesses te hebben, die heb ik ook. Ik vind dermatologie interessant, maar blijf generalist en zo dicht mogelijk bij je patiënten. Ik zet vraagtekens bij huisartsen die specialiseren tot kaderhuisarts. Je ziet ze verdwijnen in besturen en adviesorganen, soms in het onderwijs. Niks mis mee, maar het gaat onvermijdelijk ten koste van expertise op andere gebieden en beschikbare tijd voor andere patiënten. Doorgaan met delegeren en specialiseren drijft ons weg van het vak waar we voor hebben gekozen. Op die manier word je manager en gaan we doen waar de meesten van ons niet goed in zijn: managen."

CONCLUSIE

Het overzichtelijke terrein van zorg en geneeskunde uit Woudschoten 1959 bestaat niet meer. Het werkterrein van huisartsen is de afgelopen zestig jaar breder geworden en hun taakopvatting is behoorlijk fluïde. Ze reageren met hun aanbod op de ontwikkelingen in de maatschappij, net als vroeger, Ze zijn reactief op de veranderende zorgvraag en zien kansen om het aanbod aan te passen. Er is aanzienlijk meer ondersteuning dan in het verleden. Dat levert spanning op tussen de wens van huisartsen om 'alles' over hun patiënt te weten en het leveren van kwalitatief goede zorg.
Het lijkt volgens de cijfers, maar ook bij mijn selectieve rondgang langs collega's toch heel aardig te lukken om het evenwicht tussen generalisme en specialisme te bewaren. Of het merendeel van de huisartsen de stap naar grootschalige zorg in een netwerkstructuur met huisartsen met subspecialisaties zal maken lijkt me voorlopig niet waarschijnlijk. ■

LITERATUUR

1. Van Hassel D, Batenburg R, Van der Velden. Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2016.
2. Oliemans AL. Morbiditeit in de huisartsenpraktijk. Leiden: Stenfort Kroese, 1969.
3. Hingstman L, Riteco JA. Huisarts en verloskunde: taakuitoefening en taakopvatting. Huisarts Wet 1993;36: 99-101.
4. De Beurs D, Prins A, Nielen M. Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011-2017. Utrecht: NIVEL, 2018.
5. Braken M, Braspenning J, Wensing M. Evaluatie CGBB-registers voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc, 2015.
6. Royal College of General Practitioners. Medical generalism. Why expertise in whole person medicine matters. London: Royal College of General Practitioners, 2012.
7. Kroneman MW, Maarse JAM, Van der Zee J. Rechtstreekse toegankelijkheid in de gezondheidszorg in relatie tot patiënttevredenheid: een Europees onderzoek. Huisarts Wet 2006;49;248-53.

Zaat J. De kern van het vak (3). Generalisme versus specialisme. Huisarts Wet 2019;62(1):12-6. DOI:10.1007/s12445-018-0398-4.

Huisartsenmaatschappij Landauer, Purmerend: dr. J. Zaat, huisarts-publicist, joostzaat@gmail.com.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

De kern van het vak (4)

Huisarts en netwerk

Joost Zaat

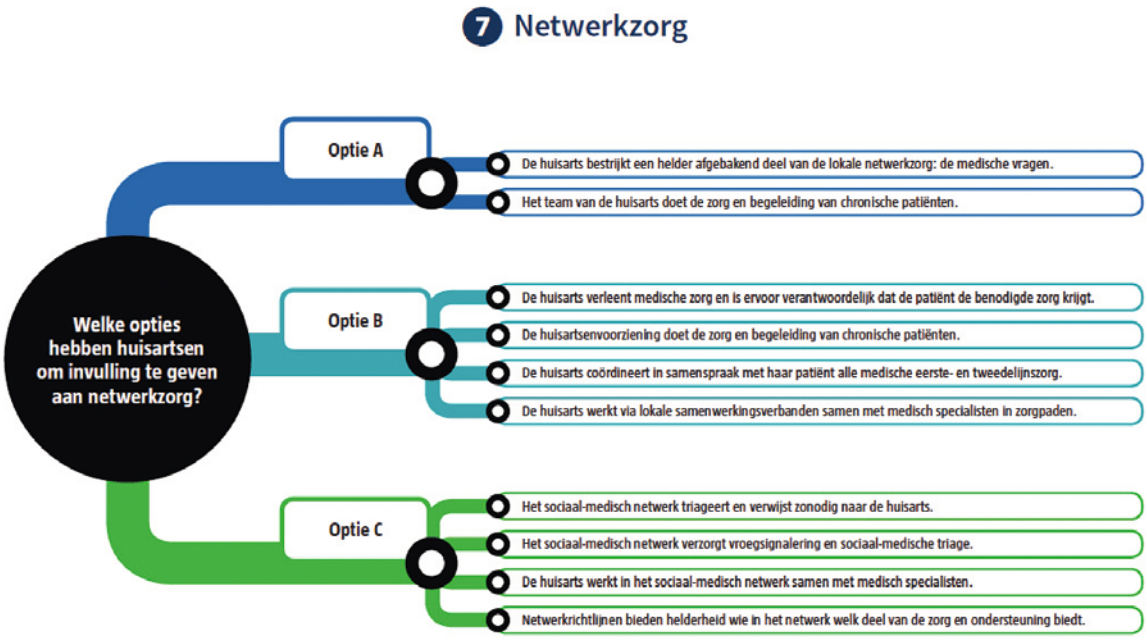
Huisartsen zweven niet in het luchtledige, ze zijn afhankelijk van anderen in de zorg en maatschappij. Een van de motieven om de kernwaarden te herijken is immers de veranderde maatschappij en het gewijzigde zorglandschap. Hoe werken huisartsen met elkaar en anderen samen? Moeten huisartsen nog meer samenwerken? Moeten ze dat in grote sociaal-medische teams doen? Hoe werken ze met de tweede lijn samen?

De solist die zijn goddelijke gang kon gaan is verdwenen, maar lang niet alle huisartsen krijgen warme gevoelens bij het woord 'netwerken'. Huisartsen werken traditioneel samen met elkaar én met vanzelfsprekende partners, zoals apothekers en wijkverpleegkundigen. Met sommige meer preventief ingestelde beroepsgroepen, zoals bedrijfsartsen en jeugdartsen, lijkt die samenwerking nog niet goed te lukken. Ook over de huisarts in haar netwerk spraken de deelnemers aan de 'denksessies' voor de nieuwe Woudschoten-definitie. De Argumentenfabriek had drie opties: de huisarts heeft samen met haar team een helder afgebakend, vooral medisch terrein, de huisartsvoorziening zorgt voor de hele mens, waarbij de huisarts wel verantwoordelijk is en het sociaal-medische team is verantwoordelijk en verwijst naar de huisarts [**figuur 1**]. In deel 3 van deze serie in dit nummer hebt u al kunnen lezen dat

Deel 1 en 2 van deze serie over het 'nieuwe Woudschoten' gaven inzicht in de kernwaarde 'continuïteit' en de persoonlijke arts-patiëntrelatie. Na meer dan zeventig 'denksessies' waaraan 1300 huisartsen deelnamen en een enquête onder alle huisartsen in november 2018 volgt er eind deze maand een nieuwe conferentie. Daar worden de kernwaarden voor de komende jaren vastgesteld, die vorm moeten geven aan de inrichting van de huisartsenzorg. In dit nummer van H&W deel 3 en 4 van deze korte serie: een artikel over de huisarts als generalist en een over de huisarts in haar netwerk in de wijk en in de zorg.

Figuur 1

Drie opties om invulling te geven aan netwerkzorg



Figuur 2

Percentage huisartsen dat is aangesloten bij een zorggroep

	Solo (n=2626)	Duopraktijk (n=1761)	Groepspraktijk (n=781)	Totaal (n=5068)
JA	78%	85%	82%	81%
NEE	13%	8%	7%	10%
ONBEKEND	9%	7%	11%	9%

Bron: NIVEL huisartsenpraktijkregistratie, 2014. Gebaseerd op 1567 praktijken en geëxtrapoleerd en gewogen naar praktijkvorm.

de huisarts in de praktijk niet meer in haar eentje werkt. Maar hoe gaat het samenwerken buiten de muren van de praktijk?

MET WIE WERKT DE HUISARTS SAMEN?

Samenwerken in de eerste lijn

Een van de twaalf deeltaken in de definitie van Woudschoten 1959 was 'integratie en coördinatie van de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband'. NHG-oprichter Frans Huygen schreef al in 1962 in *H&W* een artikel over de voordelen van een hometeam, een wijkteam *avant la lettre*.[1] In de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw kwamen gezondheidscentra met geïntegreerde zorg op. Geïntegreerde eerstelijnsorganisaties werken voor dezelfde (wijk)populaties. Nu zijn er volgens opgave van Ineen circa 60 gezondheidscentra en 25 koepels die samen 150 centra beheren.[2]

Huisartsen werken altijd al pragmatisch samen

Na de eeuwwisseling ontstonden de zorggroepen en coöperaties, van klein (alleen het eigen dorp) tot heel groot (een halve provincie). Het merendeel van de huisartsen werkt met elkaar samen in een van die 115 zorggroepen, vooral voor diabetes (99%), COPD (75%) en CVRM (55%) [**figuur 2**].
Twee derde van de huisartsen heeft tegenwoordig overleg met de wijkverpleging. De intensiteit van dat overleg verschilt behoorlijk en het grote aantal thuiszorginstellingen maakt het er niet makkelijker op. Huisartsen werken verder samen met de apotheek, de fysiotherapeut en de eerstelijnspsycholoog [**figuur 3**]. Hoe groter, geïntegreerder de praktijkvorm, des te meer samenwerking.
Hoewel chronische zorg voor ouderen de afgelopen jaren een belangrijk deel van de zorg van huisartsen vormt, heeft 40% zelden of nooit contact met een geriater en vraagt 33% een specialist ouderengeneeskunde nooit om raad.[3]
Een derde van alle huisartsen heeft overleg met het wijkteam: bij een klassieke, alleen medische taakopvatting van de huisarts was dat minder dan bij praktijken die zich meer op de populatie richten. Volgens diezelfde peiling denkt een kwart van de huisartsen dat de mensen die niet met klachten bij hen komen gezond zijn en dat zij niet voor hen hoeven te zorgen. Met de GGD, de uitvoerder van de publieke gezondheidszorg, heeft maar 2% van de huisartsen regelmatig overleg.[3]

Samenwerken met de tweede lijn

Sinds 1965 zijn er meer specialisten dan huisartsen – in 2016 waren er 20.600 specialisten. Sinds de eeuwwisseling is het aantal specialisten met 74% en het aantal huisartsen met 43% gegroeid. Het aantal ziekenhuizen is van bijna driehonderd in 1970 gedaald naar zo'n tachtig. Complexe zorg wordt in een beperkt aantal ziekenhuizen gecentraliseerd, waardoor de geografische afstand tot de specialist voor veel huisartsen dus toeneemt. De ligduur neemt af, zodat huisartsen vaker dan vroeger door patiënten bij de nazorg worden betrokken.
Hoewel huisartsen de tweede lijn maar voor een klein deel van de aangeboden problemen nodig hebben werkt de helft van de dokters niet structureel samen. Het tweedelijnszorglandschap is de afgelopen jaren behoorlijk ingewikkelder geworden: kleine ziekenhuizen zijn gefuseerd, binnen maatschappen hebben specialisten zich gespecialiseerd en de ziekenhuiszorg voor bijvoorbeeld oncologische patiënten is gecentraliseerd in

Figuur 3

Samenwerking binnen de eerste lijn in percentages

Instelling	Overleg	> 1 maand	Meest besproken onderwerp	Toetsing van afspraken
Andere huisartsen	55%	46%	Organisatie 76%	68%
Thuiszorg	74%	36%	Patiënten 96%	43%
Apotheker	64%	27%	Therapie 69%	78%
Fysiotherapeut	48%	23%	Patiënten 90%	27%
Ggz-psycholoog	23%	25%	Patiënten 89%	27%
Diëtist	22%	29%	Patiënten 87%	29%

Bron: NIVEL: Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerstelijn, 2018. / cijfers eind 2017.

expertisecentra. Even snel advies vragen kan voor huisartsen dus lastig zijn.
Zorg wordt ingewikkelder en chronische patiënten worden zelden alleen door de huisarts of specialist behandeld. Al langer werken specialisten daarom in sommige delen van het land (bijvoorbeeld Noordwijk, Zuid-Limburg) in een anderhalvelijnsconstructie in de huisartsenpraktijk. Bij bijna een vijfde van de praktijken is er zo'n consultconstructie. Die samenwerking is niet altijd vanzelfsprekend. In 2017 gaven LHV en de Federatie Medisch specialisten (FMS) daarom een leidraad uit voor het opzetten van substitutie van zorg.[3] Huisartsen hebben wel allerlei goede voornemens om zorg uit de tweede lijn over te nemen: 81% wil dat. Volgens de LHV is er echter door de te forse werkbelasting op dit moment maar weinig enthousiasme in het veld om nieuwe projecten te starten.
Huisartsen verwijzen in circa 7% van hun contacten naar de tweede lijn. De meeste patiënten gaan naar oogheelkunde, orthopedie, kno, dermatologie en chirurgie (zie [**figuur 4**]). Dat waren in 2001 ook al de specialisten waarnaar huisartsen het vaakst verwezen. Het is de vraag of heel veel substitutie van de tweede naar de eerste lijn wel mogelijk is: huisartsen plaatsen geen nieuwe lenzen of heupen en ze kunnen ook geen gehoorapparaten aanmeten. In de jaren tachtig van de vorige eeuw verwezen huisartsen nog vaak naar de internist, maar die heeft inmiddels de zorg voor patiënten met diabetes aan de huisarts verloren. Slechts 11% van alle verwijzingen die een huisarts bij diabetespatiënten doet gaat nog naar een internist (https://www.nivel.nl/nl/NZR/aandoeningen-diabetes-zorgebruik-bij-huisarts).

HOE GAAT HET IN DE PRAKTIJK?

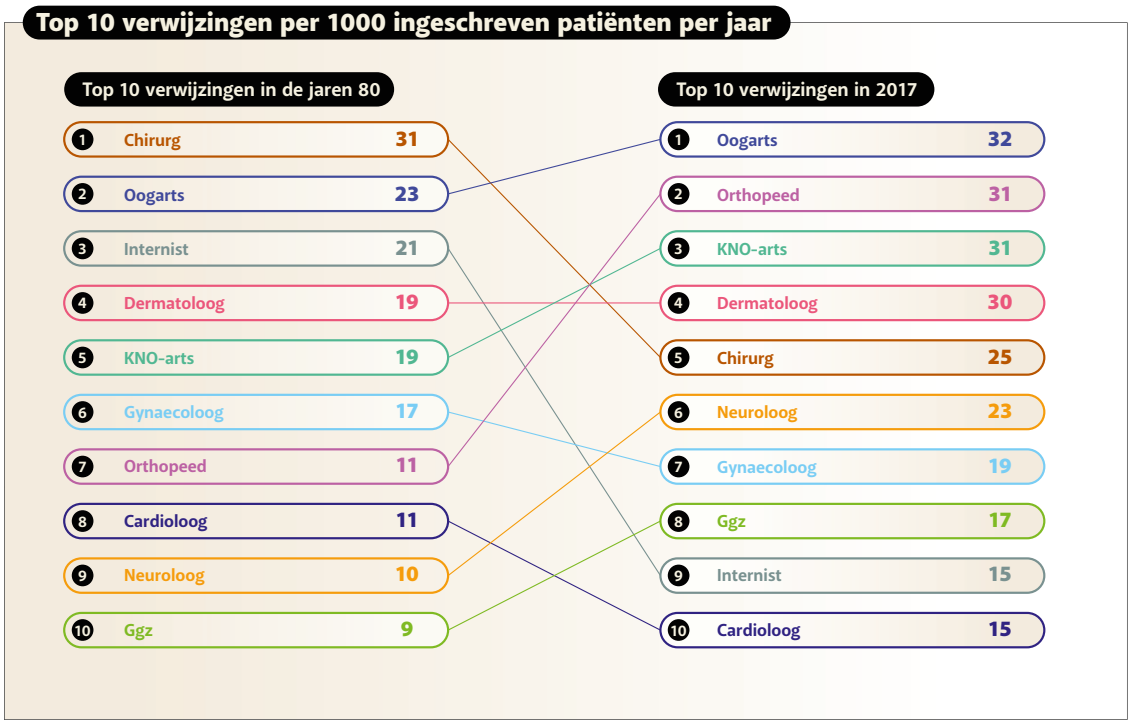
David Koetsier, de huisarts in een 'bedrijfsverzamelgebouw' in Amsterdam-Noord (zie deel 3 van deze serie), gelooft in het nut van een netwerk in de wijk. "We hebben een goed contact met de wijkverpleegkundigen omdat we met hen in een onderzoeksproject van het AMC hebben samengewerkt. Toen hadden we wekelijks een bijeenkomst en daar zijn we daarna elke maand mee doorgegaan. Zo hebben we ons eigen wijkteam opgebouwd met de drie preferente thuiszorgaanbieders, gericht op ouderen en mensen met ernstige chronische aandoeningen. We hebben een vast team en wat losse mensen in een vorm die wij fijn vinden. Ook de ggz, MEE, maatschappelijk werk en 'Welzijn op recept' doen mee. Het is mijn voornaamste netwerk." Koetsier denkt dat zijn patiënten niet gemakkelijk rechtstreeks naar het sociale wijkteam gaan. "Als ik zeg: Ga daar maar naartoe, hier om de hoek, dan gaan ze niet. Dus helpt het als ik even bel en een warme overdracht doe. De huisarts blijft een belangrijke toegang voor de zorg."
Koetsier werkt in een geografisch goed begrensde omgeving met een klein ziekenhuis (BovenIJ in Amsterdam-Noord). Met dat ziekenhuis handelt hij 80% van zijn verwijzingen af. "Ik ken alle specialisten en de specialisten laten de patiënt ook weten dat ze mij kennen. Patiënten ervaren zo een continuum." Koetsier vindt het veel lastiger om het grote ziekenhuis aan de andere kant van het IJ te bellen, waar hij de andere 20% van zijn patiënten naar verwijst. "Ik mis de korte lijnen dan. De kwaliteit van zorg is in een groot ziekenhuis wellicht beter, maar voor het netwerk en samenwerken is het ingewikkelder. Ik word ook wel eens door een specialist uit het AMC gebeld met een goede suggestie en dan vind ik dat meteen prachtig, maar ik ken die dokters niet. Voor mij voelt het ver. Het kost ook gewoon tijd, jaren, om goed met elkaar samen te werken."

Helemaal aan de rand van Nederland werkt Marjolein Bruurs. Ze is sinds twee jaar hidha in Terneuzen, waar ze ook prak-

tijkhouder gaat worden in een praktijk met drie huisartsen. Ze heeft nauwelijks contact met de nulde lijn. Terneuzen heeft veel industrie en is een mooi afgegrensd gebied. Toch is er geen contact met spelers in de sociale geneeskunde, zoals bedrijfsartsen. “Ik heb ze zelf nog nooit aan de telefoon gehad. Jammer dat er zo weinig samenwerking met bedrijfsartsen is, want de meeste mensen werken en daar moet je dus aandacht voor hebben. We zien natuurlijk wel mensen die bij de bedrijfsarts zijn geweest, maar die vertellen ons dan wat die vond en of ik ernaar wil kijken. Negen van de tien keer hebben ze geen briefje mee.” Ook met de jeugdgezondheidszorg is er nauwelijks contact. “Ik hoor nooit iets, alleen als ze iets afwijkend hebben geconstateerd. Dan worden de kinderen wel doorgestuurd, maar ze kunnen ook zelf doorverwijzen. Wat dat betreft vind ik dat die samenwerking … er niet is. Ik mis het niet omdat ik niet weet wat ik uit de samenwerking kan halen, maar ik ben zo natuurlijk ook niet op de hoogte van wat er allemaal speelt bij elk kind.”
Bruurs ervaart ook problemen met het samenwerken met de wijkverpleging. Er zijn een paar grote spelers, “Maar elke organisatie heeft ook weer tien poppetjes die bij iemand over de vloer komen. Het is moeilijk daar korte lijnen mee te houden.” Vast overleg is afgeschaft omdat dat niet veel bijdroeg. Ze lopen nu gewoon binnen en veel overleg gaat telefonisch. “We zouden wel heel graag een vast team hebben dat aan onze praktijk verbonden is. Je weet dan wat ze in hun mars hebben.” “We hebben een ziekenhuis in de regio en een deel van de patiënten gaat naar Gent. Eens in de drie maanden komen een internist, longarts en cardioloog voor consultatie in de praktijk. Die zien zelf dan geen patiënten, maar daar willen we wel naartoe.”
Bruurs ziet niet ineens grote netwerkorganisaties waarin de huisarts onderdeel van een sociaal-medisch team is, zeker niet als je je eigen clubje en je eigen patiënten hebt. “Ik ben huisarts geworden voor mijn eigen patiëntenpopulatie. Ik wil mensen kennen, de gezinnen, omdat ik denk dat sommige klachten verklaard kunnen worden door hoe mensen in hun gezinssituatie zich voelen. De ene week in Terneuzen en de andere week Cadzand lijkt me geen goed plan.”

Terwijl Koetsier netwerkt in zijn eigen wijk en het in Terneuzen zoals waarschijnlijk op veel plaatsen nog wat moeizaam gaat, denkt Sabine Vas Nunes, de ‘population health-dokter’ uit Den Haag (zie deel 2 en 3), in het groot. Ze vindt het netwerk van de dokter ontzettend belangrijk. Op regionaal niveau moet je afspraken maken. “Als huisarts ben je onderdeel van zo’n regio. Door samen te werken met alle andere huisartsen kun je betere afspraken maken, kun je zorgen dat die 62 thuiszorgorganisaties in onze regio ook beter met ons samenwerken en dat je dan een voor iedereen zichtbaar aanspreekpunt hebt.” Ze hoopt dat met de oprichting van de grote samenwerkingscoöperatie in de regio, *Hadoks*, een verbinding wordt gemaakt tussen de dagelijkse praktijk en een grootschalige netwerkorganisatie. In Hadoks gaan straks vier organisaties op: de huisartsenpost, de ketenzorggroep, de huisartsenkring Den Haag en een van de poh-ggz-organisaties in de regio. Ze vindt dat bedrijfsartsen, maar ook bijvoorbeeld de politie tot het netwerk van de huisarts horen. “Ik raad zeker twee

Figuur 4



Bron: NIVEL zorgregistraties & Lamberts HJ. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst 1991.

tot drie keer per dag mensen aan naar de arboarts te gaan en geef aan dat overleg welkom is. Af en toe bel ik zelf. Maar ik heb meer de neiging de politie te bellen dan de bedrijfsarts als ik in Den Haag-Zuid werk, bijvoorbeeld als de zorgvraag blijft oplopen als de echte oorzaak van het probleem bij een burenruzie ligt."

WAT VINDEN ANDEREN?

De huisartsenzorg wordt ook bepaald door wat de buitenwereld ervan vindt. Twee voorbeelden: de plannen van de medisch specialisten in hun toekomstnota en die van VWS. De FMS publiceerde eind 2017 haar visie op het werk van medisch specialisten in 2025.[5] In dat visiedocument omarmen specialisten begrippen als 'value based healthcare' en 'positieve gezondheid'. De specialist moet volgens de FMS meer coach van patiënten worden en rekening houden met diens gezondheidsvaardigheden. De FMS voorspelt dat de lijnen gaan verdwijnen en dat veel werk dat vroeger alleen in het ziekenhuis plaatsvond naar buiten de muren verhuist. "Zorg in een keten werkt goed voor monomorbide patiënten, maar voor het groeiende aandeel chronische, complexe multimorbidepatiënten leent flexibele netwerkgeneeskunde zich beter." Er komen volgens de FMS digitale en fysieke netwerken rondom patiënten, maar vooral ook tussen professionals. "Bij het verlenen van chronische en laagcomplexe zorg zal de medisch specialist zich samen met de patiënt continu de vraag stellen: Wie in het netwerk is het meest geschikt om deze zorg te verlenen?" Opvallend is dat de huisarts in het hele document alleen in de illustratieve verhaaltjes bij de hoofdstukken voorkomt. "Dat is een beetje ongelukkig", zegt Peter Go, chirurg in het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein. Hij zat in de inhoudelijke werkgroep die het hoofdstuk over netwerken schreef. "Een visiedocument is vooral bedoeld om de eigen beroepsgroep op één lijn te krijgen. Het is zeker niet zo dat we de huisarts niet belangrijk vinden. Concentratie van zorg is nodig om kwalitatief goede zorg te leveren, bijvoorbeeld bij de vaat- of colonchirurgie, maar het zorgt voor minder makkelijk contact tussen individuele hulpverleners. Dat makkelijke contact verdwijnt." Een van de oplossingen is volgens Go het werken met vaste 'wijkconsulenten' die in de wijk aan huisartsen consulten geven. "We zijn nog wel aan het zoeken, maar het visiedocument biedt vakgroepen in ziekenhuizen een lijn voor hun ontwikkeling."

Niet alleen de medisch specialisten, maar ook VWS wil van het onderscheid tussen de lijnen af. Zo stuurde de minister in april 2018 de nota van de Taskforce Juiste zorg op de juiste plaats naar de Tweede Kamer.[6] Er moet meer consultatieve samenwerking komen. Als de huisarts de specialist om raad vraagt, is een verwijzing wellicht te voorkomen en omgekeerd, als specialisten huisartsen vaker om advies vragen, is er wellicht sprake van minder overdiagnostiek en -behandeling. De huisarts is in die visie ook niet meer de enige poortwachter. Die poortwachtersrol is dan weggelegd voor het hele eerstelijnsteam: huisarts, wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam. Hoe dat concreet vorm moet krijgen, staat niet in de nota. Minister Bruins gaf in een Kamerbrief half oktober 2018 aan dat de nota een belangrijke rol had gespeeld bij de totstandkoming van de hoofdlijnenakkoorden.[7] Hoe verwijzen dan gaat, beschrijft die kamerbrief ook niet, maar hij stelt wel dat de netwerkvisie moet worden uitgedragen door 'ambassadeurs', en dat er regionale bijeenkomsten en 'virtuele vindplaatsen' met goede voorbeelden van peer-to-peer-netwerken komen.

CONCLUSIE

Wat het netwerk van dokters moet zijn, hangt af van hun visie op hun rol in de zorg. De huisartsen die dicht bij 'het medische blijven' zullen andere contacten leggen dan dokters die de hele populatie willen bereiken. Huisartsen hebben altijd samengewerkt en ze doen dat behoorlijk pragmatisch: het moet nut hebben, je moet elkaar kennen en het mag niet te veel tijd kosten. Van buiten wordt er stevige druk op huisartsen uitgeoefend om meer taken over te nemen en meer samen te werken, hoewel die voorstellen weinig concreet zijn. Omdat veel huisartsen het gevoel hebben dat het emmertje wel vol genoeg is, denk ik dat weinig huisartsen heil zien in een huisarts die helemaal is ingebed in een netwerkorganisatie, waarbij een sociaal-medisch team haar speelruimte bepaalt.

Eind van de maand weet ook de buitenwereld wat de koepelorganisaties van huisartsen echt voorstellen. In 1959 duurde het nog bijna zeven jaar voordat 'de Woudschoten-belijdenis' handen en voeten had gekregen. Het zal deze keer wel sneller gaan, maar ook nu zal er veel discussie blijven. Kernwaarden bepaal je immers niet met een document, die zitten in mensen. ■

LITERATUUR

1. Huygen FJA. Het home-team. Huis Wet 1962;5;119-23.
2. Ineen. Geïntegreerde eerstelijnszorg in de wijk. Utrecht: Ineen. Geraadpleegd op 20 november 2018.
3. Federatie Medisch Specialisten. Substitutie van zorg. Huisarts en medisch specialist samen aan de slag. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2017.
4. Flinterman L, Groenewegen P, Verheij R. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2018.
5. Federatie Medisch Specialisten. Medisch specialist 2025. Ambitie, vertrouwen, samenwerken. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2017.
6. Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek. De juiste zorg op de juiste plek. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018.
7. Tweede Kamer der Staten Generaal. Brief van de minister voor medische zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 29 689, nr. 938.

Zaat J. De kern van het vak (4). Huisarts en netwerk. Huisarts Wet 2018;61(1):17-23. DOI: 10.1007/s12445-018-0390-y.

Huisartsenmaatschappij Landauer, Purmerend: dr. J. Zaat, huisarts-publicist, joostzaat@gmail.com

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Beschikbaarheid voor palliatieve zorg tijdens ANW-uren

Erik Plat, Yvonne Peters, Marleen Smits, Paul Giesen

Inleiding Continuïteit in de zorg voor palliatieve patiënten verhoogt de kwaliteit van de zorg. Tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) verricht de huisartsenpost of de eigen huisarts de palliatieve zorg. Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van Nederlandse huisartsen voor palliatieve zorg voor de eigen patiënt tijdens ANW-uren.

Methode Observationeel dwarsdoorsnedeonderzoek met behulp van een digitale vragenlijst onder alle praktijkhoudende huisartsen van tien huisartsenposten verspreid over Nederland.

Resultaten De onderzoekers kregen 524 (29,6%) bruikbare vragenlijsten terug. Van de huisartsen is 60,8% tijdens ANW-uren via de eigen privételefoon persoonlijk beschikbaar voor eigen patiënten (telefonisch en voor visites). Acht procent draagt de zorg over aan een collega uit dezelfde huisartsenpraktijk en een klein deel van de huisartsen (12,2%) delegeert de palliatieve zorg volledig aan de huisartsenpost. Mannelijke huisartsen, huisartsen die meer dagen per week werken en huisartsen op het platteland zijn significant vaker persoonlijk beschikbaar voor hun palliatieve patiënten. Er is geen relatie met leeftijd, werkervaring en soort praktijk.

Conclusie Bijna tweederde van de huisartsen is tijdens ANW-uren persoonlijk beschikbaar voor de eigen palliatieve patiënten en slechts een klein deel van de huisartsen delegeert de zorg voor deze groep volledig aan de huisartsenpost. Aangezien de concentratie van zorg voor palliatieve patiënten in de terminale fase fors toeneemt, pleiten de auteurs voor een zo groot mogelijke bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen in deze fase.

INLEIDING

Persoonlijke continuïteit van de zorg door de eigen huisarts is belangrijk voor de kwaliteit van de palliatieve zorg. Zowel patiënten als huisartsen willen het liefst dat huisartsen hun eigen palliatieve patiënten niet alleen overdag, maar ook tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) behandelen.[1-4] Het NHG-Standpunt Palliatieve zorg raadt huisartsen daarom aan zelf tijdens de ANW-uren zoveel mogelijk bereikbaar en beschikbaar te zijn voor de eigen patiënten.[4] Naast de persoonlijke continuïteit is ook de continuïteit in informatie belangrijk. Als de eigen huisarts niet persoonlijk beschikbaar is tijdens de ANW-uren, dienen de dienstdoende huisartsen van de huisartsenposten (HAP'en) wel goed geïnformeerd te zijn over de patiënt, zodat ze eenzelfde lijn in de behandeling kunnen handhaven. Helaas ontbreekt geregeld goede informatieoverdracht.[5]

Eerdere onderzoeken hebben aangetoond dat 75 tot 86% van de Nederlandse huisartsen buiten kantoortijden persoonlijk beschikbaar is voor terminale zorg.[6,7] Met het toenemen van het aantal vrouwelijke en parttime werkende huisartsen en huisartsen die niet in hun praktijkgebied wonen, bestaat de vrees dat de beschikbaarheid van de huisarts afneemt en de persoonlijke continuïteit van de zorg in het gedrang komt.[4,5,7,8]

De onderzoekers bekeken in welke mate Nederlandse huisartsen bereikbaar en beschikbaar zijn voor het leveren van palliatieve zorg tijdens de ANW-uren en of er een relatie is met achtergrondkenmerken van de huisarts en de praktijk.

METHODE

De onderzoekers verrichtten een dwarsdoorsnedeonderzoek onder 1772 praktijkhoudende huisartsen, die zijn aangesloten bij tien huisartsendienstenstructuren verspreid over Nederland. Met behulp van een online vragenlijst hebben zij gegevens verzameld over de bereikbaarheid en beschikbaarheid, en achtergrond-

Bijna tweederde van de huisartsen is tijdens ANW-uren persoonlijk beschikbaar voor de eigen palliatieve patiënten.

Foto: Hollandse Hoogte

kenmerken van de huisartsen. Om te onderzoeken of deze achtergrondkenmerken verband hielden met de persoonlijke beschikbaarheid van huisartsen, voerden zij een multiple regressieanalyse uit. Zij hebben ook de attitude van huisartsen geëxploreerd tegenover het verlenen van palliatieve zorg tijdens ANW-uren. De vragenlijst bestond vooral uit gesloten vragen met vaste antwoordcategorieën (nooit/soms/regelmatig/vaak/altijd). De verzamelde gegevens werden geanalyseerd met SPSS versie 22.

RESULTATEN

Van de 1772 huisartsen hebben er 524 (29,6%) een volledig ingevulde vragenlijst teruggestuurd. [**Tabel 1**] geeft de kenmerken van de respondenten weer.

Beschikbaarheid

De meerderheid (60,8%) van de huisartsen geeft aan tijdens de ANW-uren persoonlijk bereikbaar en beschikbaar te zijn voor vragen van palliatieve patiënten en stelt uit zichzelf voor visites af te leggen [**tabel 2**]. Acht procent draagt de zorg over aan een collega uit dezelfde praktijk en ongeveer 12% delegeert de zorg volledig aan de HAP. Vrouwen, huisartsen die parttime werken en huisartsen werkzaam in de stad of op het verstedelijkt platteland zijn significant minder persoonlijk beschikbaar (telefonisch en voor visites) ($p < 0{,}01$). Er is geen relatie met leeftijd, werkervaring en soort praktijk.

Houding van huisartsen

Vrijwel alle deelnemende huisartsen (94,0%) beschouwen palliatieve zorg als een mooi onderdeel van het vak en 86,7% geeft aan dat de eigen beschikbaarheid toeneemt naarmate het ziekbed vordert. Een groot deel van de huisartsen geeft daarnaast aan dat een grotere beschikbaarheid samengaat met een verhoogde kwaliteit van zorg (76,6%) en dat de eigen huisarts verantwoordelijk is voor de palliatieve zorg (61,7%).

Tabel 1

Kenmerken van de respondenten

		% (n)
Geslacht	Vrouw	50,3 (261)
Locatie van de praktijk	Stad	43,3 (227)
	Verstedelijkt platteland	41,2 (216)
	Platteland	15,5 (81)
Type praktijk	Solo	16,4 (86)
	Duo	25,8 (135)
	Groepspraktijk	57,8 (303)
		Gemiddelde (sd)
Leeftijd (in jaren)		49,5 (9,1)
Aantal jaren werkervaring als huisarts		18,1 (9,4)
Aantal dagen werkzaam per week		4,0 (0,8)

BESCHOUWING

Voornaamste resultaten en vergelijking met eerder onderzoek

Tweederde van de huisartsen is tijdens ANW-uren persoonlijk bereikbaar en beschikbaar voor palliatieve zorg en slechts een klein deel (12%) delegeert de palliatieve zorg volledig aan de HAP. Huisartsen vinden dat een grotere beschikbaarheid zorgt voor een grotere continuïteit van zorg *in persoon* en *in informatie*, en daarmee tot een hogere kwaliteit van zorg leidt.

Tweederde van de huisartsen is tijdens ANW-uren persoonlijk bereikbaar en beschikbaar voor palliatieve zorg

Verder bleek dat parttime werkende huisartsen en vrouwelijke huisartsen minder vaak beschikbaar zijn. De vrees bestaat dat een relatieve toename van deze groepen in de toekomst leidt tot minder beschikbaarheid van huisartsen voor palliatieve zorg tijdens ANW-uren.[7]

In 2008 bleek dat 75% van de Nederlandse huisartsen persoonlijk beschikbaar was voor hun eigen terminale patiënten, van wie 65% rechtstreeks op hun eigen mobiele telefoon en 45% (ook) door de huisartsenpost.[6] Uit een ander onderzoek bleek dat 86% van de huisartsen bereid was zorg te verlenen voor hun eigen terminale patiënten.[7] Net als in dit onderzoek vonden deze onderzoekers een grotere beschikbaarheid bij mannelijke huisartsen en huisartsen die op het platteland werken, en geen verschillen in beschikbaarheid met betrekking tot de leeftijd of werkervaring van de huisarts.

Tabel 2

Beschikbaarheid van huisartsen voor palliatieve patiënten tijdens de ANW-uren

	Nooit/soms % (n)	Regelmatig % (n)	Vaak/altijd % (n)
Persoonlijk bereikbaar per telefoon en beschikbaar voor visites	23,2 (123)	16,0 (85)	60,8 (322)
Visites op eigen initiatief	22,1 (71)	23,1 (74)	54,8 (176)
Persoonlijk beschikbaar voor visites op verzoek van de HAP	50,9 (269)	16,1 (85)	33,0 (174)
Persoonlijk bereikbaar voor consultatie vanuit de HAP	60,6 (319)	12,5 (66)	26,8 (141)
Zorg volledig overgedragen aan de HAP	78,7 (414)	9,1 (48)	12,2 (64)
Zorg gedelegeerd aan een collega uit dezelfde praktijk	86,1 (454)	5,9 (31)	8,0 (42)

Sterke punten en beperkingen
Een groot aantal huisartsen (524) verspreid over tien regio's in het land heeft een vragenlijst ingevuld. Het responspercentage was met 30% echter matig. De onderzoekers konden geen non-responsanalyse doen, maar het profiel van de deelnemende huisartsen en hun praktijken kwam wel overeen met Nederlandse peilgegevens.[8] Toch zou er sprake kunnen zijn van selectiebias: onder de respondenten zouden huisartsen met interesse in de palliatieve zorg oververtegenwoordigd kunnen zijn. Een andere mogelijke beperking is dat deelnemende huisartsen sociaal wenselijke antwoorden gegeven kunnen hebben.

Implicaties voor de praktijk en onderzoek
Omdat de concentratie van zorg voor palliatieve patiënten in de terminale fase fors toeneemt, pleiten de auteurs ervoor dat huisartsen een zo groot mogelijke bereikbaarheid en beschikbaarheid hebben in de terminale fase van de patiënt. Daarvóór kunnen deze gerust minder zijn, zonder fors in te boeten op de kwaliteit van zorg, mits de informatievoorziening of medische overdracht van de patiënt goed is geregeld.[5] De auteurs willen hier graag nog benadrukken dat, wanneer de eigen huisarts niet beschikbaar is, een collega uit dezelfde praktijk de voorkeur geniet als vervanger, conform het NHG-Standpunt.[4]
Voor de dagelijkse praktijk zou het interessant zijn om te weten welke factoren de beschikbaarheid van huisartsen belemmeren of juist stimuleren. De auteurs zijn vooral benieuwd naar deze factoren bij vrouwelijke en parttime werkende huisartsen. Verder adviseren zij de bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen periodiek te meten en te publiceren om trends te achterhalen en daarop te kunnen inspelen.

CONCLUSIE
De meerderheid van de huisartsen is tijdens ANW-uren bereikbaar en beschikbaar voor het leveren van palliatieve zorg en slechts een klein deel van de huisartsen delegeert de zorg voor deze groep volledig aan de HAP. De auteurs pleiten ervoor dat huisartsen vooral in de terminale fase zoveel mogelijk bereikbaar en beschikbaar zijn. ■

WAT IS BEKEND?
- Continuïteit van zorg in persoon is belangrijk voor de kwaliteit van de palliatieve zorg.
- Palliatieve zorg tijdens ANW-uren wordt bij voorkeur door de eigen huisarts van de patiënt geleverd.
- Er zijn steeds meer parttimers en vrouwelijke huisartsen in Nederland.

WAT IS NIEUW?
- Tweederde van de huisartsen is persoonlijk bereikbaar en beschikbaar voor palliatieve zorg tijdens ANW-uren.
- Er zijn daarnaast verschillende tussenvormen: 33% van de huisartsen is beschikbaar om visite te rijden op verzoek van de huisartsenpost (HAP), 27% is alleen telefonisch bereikbaar voor consultatie door de HAP en 8% draagt de zorg over aan een collega uit dezelfde huisartsenpraktijk.
- Slechts een klein deel van de huisartsen (12%) draagt de palliatieve zorg volledig over aan de HAP.
- Mannelijke huisartsen, huisartsen die meer dagen per week werken en huisartsen uit praktijken op het platteland zijn significant vaker persoonlijk beschikbaar voor hun palliatieve patiënten.
- Bijna alle huisartsen beschouwen palliatieve zorg als een mooi onderdeel van hun vak en zijn ook van mening dat een grotere beschikbaarheid tijdens de ANW-uren de kwaliteit van zorg vergroot.

LITERATUUR

1. Schers H, Bor H, Van der Bosch W, Grol R. GPs' attitudes to personal continuity: findings from everyday practice differ from postal surveys. Br J Gen Pract 2006;56:536-8.
2. Michiels E, Deschepper R, Van Der Kelen G, Bernheim JL, Mortier F, Vander Stichele R, et al. The role of the GP in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. Pall Med 2007;21:409-15.
3. Borgsteede S, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke A, Van Eijk J, Willems D. Good end-of-life care according to patients and their GPs. Br J Gen Pract 2006;56:20-6.
4. Nederlands Huisartsen Genootschap. Standpunt huisarts en palliatieve zorg. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
5. Schweitzer B. Out-of-hours palliative care by general practitioners [proefschrift]. Oisterwijk: Uitgeverij BOXPress, 2012.
6. Giesen P, Terpstra E, Schweitzer B. Terminale zorg buiten kantoortijden. Med Contact 2008;63:240-3.
7. Hoexum M, Bosveld HEP, Schuling J, Berendsen AJ. Out-of-hours medical care for terminally ill patients: a survey of availability and preferences of general practitioners. Pall Med 2011;26:986-93.
8. Van der Velden LFJ, Kasteleijn A, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2016. Utrecht: NIVEL, 2017.

Plat FM, Peters YAS, Smits M, Giesen PHJ. Beschikbaarheid voor palliatieve zorg tijdens ANW-uren. Huisarts Wet 2019;62(1):24-7. DOI:10.1007/s12445-018-0350-6.

Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Nijmegen: F.M. Plat, huisarts (n.p.) en onderzoeker, erik.plat@radboudumc.nl; P.H.J. Giesen, huisarts, senior onderzoeker; M. Smits, postdoc-onderzoeker. Sint Maartenskliniek, Ubbergen: Y.A.S. Peters, onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is tot stand gekomen met een subsidie van ZonMw.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Plat FM, Peters YAS, Smits M, Giesen PHJ. Availability of Dutch general practitioners for after-hours palliative care. J Palliat Care 2018;33:182-6. Publicatie gebeurt met toestemming.

Nikki Claassen-van Dessel: “De huisarts is bij uitstek de zorgverlener die de patiënt kan helpen om factoren die bij SOLK een rol spelen in kaart te brengen”

Huisarts Nikki Claassen-van Dessel promoveerde op het proefschrift ‘Getting a grip on the unexplained. Classification, course, predictors and treatment of Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS)’ aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Foto: Margot Scheerder

Promotieonderzoek werpt nieuw licht op het beloop van SOLK

Frank van Wijck

Veel huisartsen ervaren moeite om van betekenis te zijn voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Maar Nikki Claassen-van Dessel vindt deze patiëntengroep juist fascinerend en promoveerde op onderzoek naar SOLK.

Claassen herinnert zich nog de patiënten met onverklaarde buikpijn die ze regelmatig zag tijdens haar werk als anios gynaecologie/obstetrie. "Die gaf ik een mooie brief waarmee ik ze terugstuurde richting huisarts", zegt ze. "Dat gaf me een erg onbevredigend gevoel. Bovendien kwam ik er gaandeweg achter dat ik gynaecologie niet divers genoeg vond. Ik vond de continuïteit die het huisartsenvak biedt veel mooier, en daarom heb ik ook de switch gemaakt." Claassen combineerde de huisartsopleiding met een promotie. Ze legt uit: "Ik herkende heel goed hoe frustrerend het kan zijn als de route van onderzoek naar diagnose naar behandeling niets oplevert. Collega's gaven aan het ook te herkennen, en ik nam aan dat het voor patiënten nog veel frustrerender moest zijn dan voor ons." Hiermee was de basis gelegd voor haar promotieonderzoek, in het kader waarvan ze samen met collega's de PROSPECTS-studie startte, een onderzoek naar het beloop van SOLK.[1] "Er was wel eerder onderzoek naar SOLK gedaan", zegt ze, "maar nog nooit een langdurige cohortstudie. Op basis van eerdere onderzoeken wisten we dat ruim de helft van de SOLK-patiënten vanzelf herstelt. Er was echter nog niets bekend over de duurzaamheid van dit herstel. Wat is het risico op terugval? Ook was weinig bekend over voorspellers van het beloop. Hoe weet je als huisarts welke patiënt risico heeft op langdurige klachten?"

SOLK grilliger dan gedacht

Claassen en collega's volgden 325 SOLK-patiënten twee jaar met behulp van vragenlijsten en speekseltests. Gedurende deze periode onderzochten ze de stabiliteit van de klachten en het functioneren. "De conclusie was dat in eerste instantie de meeste SOLK inderdaad vanzelf overgaat, maar dat het beloop veel grilliger is dan gedacht. Bij tachtig procent van onze deelnemers was sprake van sterke wisselingen in de ernst van de klachten en in het functioneren. Kortom: ook na herstel ligt altijd een terugval op de loer. Er kan zich altijd iets voordoen waardoor de klachten terugkeren."
Gepoogd werd om SOLK-patiënten op basis van de wisselingen in het beloop in groepen in te delen. "We hoopten met behulp van statistische technieken verschillende beloopstypes te identificeren, zodat we patiënten met een gunstig en ongunstig beloop van elkaar zouden kunnen onderscheiden", vertelt Claassen. "Maar op basis van ons onderzoek werd duidelijk dat het onmogelijk was om binnen SOLK groepen te differentiëren. Het beloop van SOLK verliep voor praktisch elke deelnemer anders en blijkt dus heel persoonlijk, dé SOLK'er bestaat niet." Toch lukte het om een predictiemodel voor het beloop van SOLK te ontwikkelen, een scoremodel dat de ernst van SOLK voorspelt.

> "In eerste instantie gaan de meeste SOLK vanzelf over, maar het beloop is veel grilliger dan gedacht"

Op zoek naar een vinklijstje

Claassen vond dat onder andere fysieke comorbiditeit, ernstige of langdurige klachten bij aanvang en een lager opleidingsniveau samenhangen met een ongunstig beloop van SOLK. "Dit zijn factoren die je als huisarts makkelijk kunt herkennen in de praktijk. Maar het zijn ook factoren waarop je als arts geen invloed hebt." Gelukkig vond Claassen ook dat angst, doemdenken over de klachten, schaamte en vermijding belangrijke voorspellers zijn. "Dit zijn interessante factoren, omdat ze veranderlijk zijn. In theorie zouden ze meteen mooie aanknopingspunten kunnen zijn voor behandeling". Helaas is het nog te vroeg om deze resultaten direct in de praktijk te kunnen toepassen, erkent Claassen. "Ons model zal nog in andere patiëntgroepen getest moeten worden. En ook zal nog moeten blijken dat behandeling van de gevonden factoren

tot daadwerkelijke verbetering kan leiden. Maar het begin is er."
Huisartsen maken momenteel nog te weinig onderscheid in de factoren die per individuele SOLK-patiënt een rol spelen, vindt Claassen. "Het is onze taak als wetenschappers om ze daarbij meer hulp te bieden. Uiteindelijk zou ik het mooi vinden als we, met behulp van onderzoeken als de onze, een soort vinklijstje voor de huisarts kunnen ontwikkelen. Een checklist van herstelbelemmerende factoren bij SOLK. Inclusief bijpassend behandeladvies." Zo ver is ze zelf niet gekomen in haar onderzoek. "Nee, wetenschap is toch wetenschap, het kost veel tijd", zegt ze.

Bewust breed opgezet
Claassens onderzoek was breed van opzet: ze onderzocht het beloop van SOLK en inventariseerde de factoren die een ongunstig beloop voorspellen, maar ze keek ook naar de beste benadering van deze patiënten én keek naar de effectiviteit van behandelingen. "Natuurlijk had ik ook specifiek kunnen ingaan op de relatie tussen SOLK en één beïnvloedende factor", zegt ze, "maar dat is vaker gedaan en het is een valkuil om alles onder één noemer te scharen. We moeten SOLK niet als een diagnose gaan zien. SOLK is het gebrék aan een diagnose."
Op basis van literatuur kwam Claassen tot de hypothese dat SOLK invloed heeft op het stress-systeem. Dit zou bij langdurige of ernstige klachten uitgeput kunnen raken, met verminderde weerbaarheid en verminderde kans op herstel tot gevolg. "De theorie van het stresssysteem biedt een mooie basis om de link te leggen tussen lichamelijk en geestelijk", zegt Claassen, maar helaas hebben wij geen duidelijke verbanden kunnen aantonen. Achteraf gezien hebben we dit onderdeel wellicht niet uitgebreid genoeg aangepakt. Het is ook bijna een onderwerp voor een afzonderlijk promotieonderzoek."

"De huisarts kan aangeven dat hij manieren heeft om de patiënt te helpen als die eraan toe is om de SOLK als onverklaard te accepteren"

De weg naar acceptatie
Claassen hield interviews met patiënten die gedurende het onderzoek herstelden van hun klachten. "Ze beschreven veel factoren die hieraan hadden bijgedragen die wij herkenden uit ons onderzoek, zoals vermindering van angst of vermijding", zegt ze. "Maar ze gaven ook iets anders aan: het belang van acceptatie. Pas ná het moment van acceptatie van de onverklaarde aard van de klachten stonden ze open voor goede adviezen over het omgaan met SOLK. En ze vertelden dat vaak het ervaren van een persoonlijk dieptepunt tot die acceptatie leidde."
Als een crisis de patiënt helpt om tot acceptatie te komen,

"Ik zou het mooi vinden als we uiteindelijk een soort vinklijstje voor de huisarts kunnen ontwikkelen." Foto: Margot Scheerder

moet de huisarts dit dan laten gebeuren? "Liefst wil je mensen al voor een crisis verbetering bieden", zegt Claassen, "maar we weten dus nog niet hoe. Het beste is daarom dat de huisarts aangeeft dat hij manieren heeft om de patiënt te helpen als die er aan toe is om de SOLK als onverklaard te accepteren. In mijn ideaalbeeld zou dat gesprek zelfs het eerst gevoerd moeten worden, voordat je de individuele patiëntfactoren gaat onderzoeken die het voortbestaan van de SOLK beïnvloeden. Zelf houd ik inmiddels alle uitleg over de factoren die SOLK in stand houden voor mezelf totdat de patiënt zijn SOLK accepteert en er dus voor open staat. Ik benoem alleen dat ík op basis van de uitgevoerde onderzoeken gerustgesteld ben over ernstige oorzaken en dat ik denk dat meer onderzoek geen nieuwe inzichten zal brengen. Hierbij hoort wel meteen de vraag hoe de patiënt dit ziet. Wil die eerst nog een onderzoek, dan bespreek ik dat wel als *final test*. En ervaart de patiënt na het vernemen van de uitslag alsnog angst, dán heb je een aanknopingspunt om daarover in gesprek te gaan."

Behandelmogelijkheden beter onderzoeken
De mate waarin huisartsen hiervoor openstaan zal verschillen, stelt Claassen. "De huisarts is wel bij uitstek de zorgverlener die de patiënt kan helpen om de factoren die een rol spelen in kaart te brengen", zegt ze. Op basis van deze factoren kunnen andere behandelaars een rol gaan spelen. Bijvoorbeeld de poh-ggz, als blijkt dat angst een dominante factor is. Maar als de patiënt beweging vermijdt omdat hij bang is voor pijn, juist de fysiotherapeut. Het wetenschappelijke bewijs voor de verschillende behandelingen is nog beperkt. Alleen cognitieve gedragstherapie is goed onderzocht en daarvan weten we dat slechts een bescheiden effect heeft. Er moet dus meer onderzoek komen naar met name de meer lichaamsgerichte therapieën." ■

Rectale chlamydia bij vrouwen onbekend en onbehandeld

Liesbeth AB, Janny Dekker

Chlamydia-infecties verlopen vaak symptoomloos en zijn voor de huisarts lastig op te sporen. Bovendien keren ze vaak terug na een behandeling. Bij vrouwen met een genitale chlamydia-infectie wordt vaak ook rectale chlamydia gevonden zonder dat de anamnese daartoe aanleiding geeft. Herbesmetting van de vagina vanuit een onvoldoende behandelde rectale infectie is een plausibele verklaring, maar huisartsen aarzelen vrouwen te vragen naar anale seks en doen weinig rectale tests. Een zevendaagse kuur doxycycline is effectiever tegen rectale chlamydia dan de standaard therapie, eenmalig azitromycine. Nog effectiever, maar veel duurder, is standaard testen van vrouwen met genitale chlamydia op rectale chlamydia.

Het aantal chlamydia-infecties in Nederland neemt nog steeds toe, terwijl meer mensen zich laten testen en meer mensen worden behandeld. Waarom krijgen we de chlamydia-epidemie niet onder controle? Wat is er mis met ons testbeleid? *Chlamydia trachomatis* is de meest voorkomende soa in Nederland. Bij vrouwen kan een chlamydia-infectie ernstige complicaties teweegbrengen, waaronder infecties in het kleine bekken, buitenbaarmoederlijke zwangerschap en onvruchtbaarheid.[1] In 2017 werd de diagnose 21.404 keer gesteld in de centra voor seksuele gezondheid, dat is 3% meer dan in 2016. Het percentage positieve tests onder mensen die op de soa-polikliniek gescreend worden op chlamydia is al jaren hoog, in de leeftijdsgroep 15 tot 19 jaar is dat zelfs bijna een kwart (23,3%).[2,3] In de huisartsenpraktijk is het percentage positieve tests bij mannen en vrouwen samen 9,7 tot 14,7%.[4,5] Van de vrouwen die adequaat zijn behandeld voor een chlamydia-infectie blijkt een aanzienlijk deel (17%) opnieuw positief bij een hertest binnen een jaar door de huisarts.[6]

Bij het testen op chlamydia is er te weinig aandacht voor rectale co-besmettingen.

Foto: iStock

DE KERN

- Bij het testen op chlamydia is er te weinig aandacht voor rectale co-besmettingen.
- Naast herinfecties door de partner zorgen niet-onderkende rectale infecties waarschijnlijk vaak ook voor genitale herbesmetting.
- In hoogrisicopopulaties komt rectale co-besmetting met chlamydia veel voor, ook wanneer de anamnese negatief is voor anale seks of rectale klachten.
- Een hypothese over het veelvuldig voorkomen van rectale chlamydia-infecties bij vrouwen is auto-inoculatie van het rectum vanuit de vagina.
- Doxycycline lijkt effectiever dan azitromycine bij rectale chlamydia, maar de kwaliteit van het bewijs is laag.
- Altijd ook rectaal testen van vrouwen met genitale chlamydia-infectie zou de prevalentie sterker doen dalen dan altijd standaard doxycycline.

Het lijkt onwaarschijnlijk dat herbesmetting door een partner de enige verklaring is voor dit hoge percentage reïnfecties. Een andere verklaring is zelfbesmetting. De auto-inoculatiehypothese houdt in dat de cervix steeds opnieuw geïnfecteerd raakt vanuit bijvoorbeeld een persisterende besmetting in het rectum. Als de bacterie zich inderdaad makkelijk verplaatst van vagina naar anus en omgekeerd, is de kans groot dat de gebruikelijke behandeling van een chlamydia-infectie tekortschiet.[7,8] Als de auto-inoculatiehypothese klopt, zullen huisartsen hun testbeleid moeten herzien.

SUBOPTIMALE DIAGNOSTIEK VAN CHLAMYDIA-INFECTIES

Onzekere anamnese

De meeste chlamydia-infecties verlopen symptoomloos, met name bij vrouwen. Het diagnosticeren van een soa begint met een risico-inventarisatie aan de hand van de klachten, het aantal partners, de seksuele voorkeur, het land van herkomst en de gebruikte sekstechnieken. Daarna kan worden bepaald op welke ziekteverwekker moet worden getest en op welke locaties materiaal moet worden afgenomen. Een eerste probleem is dat de risico-inventarisatie veel onzekerheden bevat. Is de anamnese volledig? Geeft de patiënt eerlijk antwoord? Wat weet deze over het seksuele gedrag van zijn of haar (ex-)partners?

Een persisterende rectale chlamydia-infectie kan leiden tot genitale herbesmetting

Te weinig rectaal onderzoek

Een tweede probleem is dat huisartsen bijna nooit een rectale test uitvoeren, hoewel de NHG-Standaard Het Soa-consult adviseert dat altijd te doen bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) en bij vrouwen die rectale klachten hebben of anale seks hebben gehad.[9,10] Op soa-poliklinieken wordt rectaal materiaal afgenomen bij 14 tot 33% van de patiënten; daar ziet men dan ook relatief veel MSM, die standaard rectaal worden getest.[4,11] Onze stellige indruk is dat huisartsen te weinig testen op rectale soa. Bij MSM nemen ze niet standaard rectaal materiaal af en bij vrouwen vragen ze heel vaak niet naar rectale klachten of anale seks. Waarschijnlijk vinden veel huisartsen het lastig om vragen te stellen over seksueel gedrag, en dan vooral over anale seks.

Inadequate indicatie voor rectaal testen bij vrouwen

Met een rectale test worden niet alle rectale chlamydia-besmettingen gevonden. In een onderzoek in Zuid-Limburg waarbij alle patiënten op de soa-polikliniek zowel genitaal als anaal werden getest, werd bij 71% van de vrouwen met cervicale chlamydia ook rectale chlamydia aangetroffen.[12] Van de vrouwen met een rectale besmetting had 67% geen anale seks gehad en geen rectale klachten, dus geen indicatie voor een rectale test. De onderzoekers concludeerden dan ook dat extragenitaal testen niet zou moeten worden gestuurd door de seksuele anamnese of het klachtenpatroon.[13] In onderzoeken op soa-poliklinieken in Afrika en Canada bleek dat 33% respectievelijk 75% van de vrouwen met genitale chlamydia ook rectale chlamydia had.[14,15] Ook hier vonden de onderzoekers geen relatie tussen de anamnese en de rectale chlamydia-besmetting. Uit de huisartsenpraktijk zijn ons geen onderzoeken bekend naar dit onderwerp. Het lijkt er dus op dat het advies in de NHG-Standaard Het Soa-consult leidt tot het missen van rectale chlamydia-infecties. Als de rectale infectie niet optimaal bestreden kan worden met de standaard behandeling voor een genitale chlamydia-infectie (azitromycine 1000 mg ineens), kan de persisterende rectale infectie leiden tot genitale herbesmetting.[11]

SUBOPTIMALE BEHANDELING VAN CHLAMYDIA-INFECTIES

Een behandeling die is afgestemd op een genitale chlamydia-infectie is minder werkzaam bij een rectale besmetting. De richtlijnen adviseren voor een genitale chlamydia-infectie azitromycine 1000 mg ineens, voor een rectale chlamydia-infectie doxycycline 100 mg 2 dd gedurende een week.[9] De meta-analyse waarop deze adviezen zijn gebaseerd, concludeerde dat de behandeling van rectale chlamydia met azitromycine bij 82,9% van de patiënten effectief is en de behandeling met doxycycline bij 99,6%.[16] Bij genitale infecties waren beide middelen effectiever, namelijk 97% voor azitromycine en 100% voor doxycycline.[17] De kwaliteit van het bewijs in deze meta-analyse was laag (alleen observationeel onderzoek) en het onderzoek was voornamelijk bij mannen gedaan. Bij vrouwen met rectale chlamydia is de effectiviteit van azitromycine en doxycycline niet rechtstreeks vergeleken. Ook moet worden opgemerkt dat de therapietrouw in deze onderzoeken maximaal was; men kan ervan uitgaan dat de therapietrouw bij een zevendaagse kuur lager zal zijn dan bij éénmalige inname van twee tabletten. Overigens zijn zowel azitromycine als doxycycline goedkope generieke middelen: een kuur van twee respectievelijk veertien tabletten kost € 0,64 tot € 1,26.

In een modelberekening, uitgaande van de gegevens uit de genoemde meta-analyse en een verondersteld percentage van 77% rectale co-besmettingen, bleek de kans op het rectaal persisteren van een chlamydia-infectie na een met azitromycine behandelde genitale infectie 18,1%.[18] Auto-inoculatie biedt dus wel degelijk een verklaring waarom er zoveel genitale herinfecties worden gevonden na een behandeling volgens de richtlijnen.

MOETEN WE ONS BELEID HERZIEN?

Het bovenstaande overziend kun je twee strategieën volgen: alle vrouwen met een indicatie voor een genitale soa-test ook rectaal testen of alle vrouwen met een bewezen genitale infectie doxycycline geven in plaats van azitromycine. Welke is het effectiefst? In een modelberekening zijn de kansen op transmissie door anale seks en op transmissie via auto-inoculatie naast elkaar gezet.[19] Ervan uitgaand dat de meeste rectale chlamydia-infecties zullen worden veroorzaakt door zelfbesmetting vanuit de vagina en niet door rectale seks, zou een standaard rectale test de prevalentie van chlamydia-infecties met 8,7% omlaag brengen. Doxycycline voorschrijven bij een bewezen genitale infectie zou minder effect hebben, omdat dan de rectale monobesmettingen (3,9% in de Zuid-Limburgse soa-polikliniek)[12] worden gemist. Standaard doxycycline is wel veel goedkoper dan standaard rectaal testen.

Momenteel loopt FemCure, een onderzoek naar de rol van rectale chlamydia-infecties in de prevalentie van genitale chlamydia-infecties bij vrouwen.[20] In de Academische Huisartsenpraktijk in Groningen loopt een onderzoek naar de aanwezigheid van rectale chlamydia bij vrouwen bij wie de huisarts een genitale chlamydia-test geïndiceerd acht. In afwachting van de resultaten van meer onderzoek is het te overwegen zowel vaginaal als rectaal te testen, zeker als het een recidief betreft. Dan mis je niets. Een alternatief is om de standaardbehandeling met een eenmalige dosis azitromycine te vervangen door doxycycline gedurende 1 week. Daarmee wordt dan ook een eventuele rectale chlamydia afdoende behandeld. ■

LITERATUUR

1. Ahmadi MH, Mirsalehian A, Bahador A. Association of Chlamydia trachomatis with infertility and clinical manifestations: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. Infect Dis 2016;48:517-23.
2. Visser M, Van Aar F, Op de Coul ELM, Slurink IAL, Van Wees DA, Hoenderboom BM, et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2017. Bilthoven: RIVM, 2018.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia control in Europe: literature review. Stockholm: ECDC, 2015.
4. Koldenhof A. Seksueel overdraagbare aandoeningen in Noord-Nederland van 2010- 2014: Een retrospectieve database studie. Groningen: UMCG, 2016.
5. Trienekens SC, Van den Broek IV, Donker GA, Van Bergen JE, Van der Sande MA. Consultations for sexually transmitted infections in the general practice in the Netherlands: an opportunity to improve STI/HIV testing. BMJ Open 2013;3:e003687.
6. Dukers-Muijrers NHTM, Van Liere GAFS, Hoebe CHPA. Re-screening Chlamydia trachomatis positive subjects: a comparison of practices between an STI clinic, general practitioners and gynaecologists. Sex Transm Infect 2013;89:25-7.
7. De Vries HJ. The enigma of lymphogranuloma venereum spread in men who have sex with men: does ano-oral transmission plays a role? Sex Transm Dis 2016;43:420-2.
8. Rank RG, Yeruva L. 'Hidden in plain sight:' Chlamydial gastrointestinal infection and its relevance to 'persistence' in human genital infections. Infect Immun 2014;82:1362-71.
9. Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult (Eerste herziening). Huisarts Wet 2013;56:450-63.
10. Donker G, Van den Broek I. Seksuele anamnese cruciaal bij soa-consult. Huisarts Wet 2013;56:464.
11. Den Heijer CDJ, Van Liere GAFS, Hoebe CJPA, Van Bergen JEAM, Cals JWL, Dukers-Muijrers NHTM. Who tests whom? A comprehensive overview of Chlamydia trachomatis test practices in a Dutch region among different STI care providers for urogenital, anorectal and oropharyngeal sites in young people: a cross- sectional study. Sex Transm Infect 2016;92:211-7.
12. Van Liere GAFS, Hoebe CJPA, Wolffs PFG, Dukers-Muijrers NHTM. High co-occurrence of anorectal chlamydia with urogenital chlamydia in women visiting an STI clinic revealed by routine testing in an observational study; a recommendation towards a better anorectal chlamydia control in women. BMC Infect Dis 2014;14:274.
13. Dukers-Muijrers HTM, Schachter J, Van Liere GAFS, Wolffs PFG, Hoebe CJPA. Wat is needed to guide testing of anorectal and pharyngeal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrrhoeae in women and men? Evidence and opinion. BMC Infect Dis 2015;15:533.
14. Peters RPH, Dubbink JH, Van der Eem L, Verweij SP, Bos ML, Ouburg S, et al. Cross-sectional study of genital, rectal, and pharyngeal chlamydia and gonorrhoea in women in rural South Africa. Sex Transm Dis 2014;41:564-9.
15. Gratrix J, Singh AE, Bergman J, Egan C, Plitt SS, McGinnis J, et al.Evidence for increased Chlamydia case finding after the introduction of rectal screening among women attending 2 Canadian sexually transmitted infection clinics. Clin Infect Dis 2015;60:398-404.
16. Kong FY, Tabrizi SN. Fairley CK, Vodstrcil LA, Huston WM, Chen M, et al. The efficacy of azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydia infection: a systematic review and meta-analysis. J Antimicrob Chemother 2015;70;1290-7.
17. Geisler WM, Uniyal A, Lee JY, Lensing SY, Johnson S, Pery RCW, et al. Azithromycin versus doxycycline for urogenital chlamydia trachomatis infection. N Engl J Med 2015;373:2512-21.
18. Craig AP, Kong FY Yeruva L, Hocking JS, Rank RG, Wilson DP, et al. Is it time to switch to doxycycline from azithromycin for treating genital chlamydial infections in women? Modelling the impact of autoinoculation from the gastrointestinal tract to the genital tract. BMC Infect Dis 2015;15:200.
19. Heijne JC, Van Liere GA, Hoebe CJ, Bogaards JA, Van Benthem BH, Dukers-Muijrers NH. What explains anorectal chlamydia infection in women? Implications of a mathematical model for test and treatment strategies. Sex Transm Infect 2017;93:270-5.
20. Dukers-Muijrers NH, Wolffs PF, Eppings L, Götz HM, Bruisten SM, Schim van der Loeff MF, et al. Design of the FemCure study: prospective multicentre study on the transmission of genital and extra-genital Chlamydia trachomatis infections in women receiving routine care. BMC Infect Dis 2016;16:381.

AB E, Dekker JH. Rectale chlamydia bij vrouwen: onbekend, onbehandeld. Huisarts Wet 2019;62(1):31-7. DOI:10.1007/s12445-018-0356-0.

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: E. AB, huisarts, e.ab@umcg.nl; dr. J.H. Dekker, universitair hoofddocent, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Staken preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten

Clare Luymes, Rosalinde Poortvliet, Nan van Geloven, Margot de Waal, Yvonne Drewes, Jeanet Blom, Nynke Smidt, Willem Assendelft, Wilbert van den Hout, Wouter de Ruijter, Mattijs Numans

Inleiding De onderzoekers gingen na of een poging tot staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten veilig en (kosten)effectief is.

Methode Aan deze clustergerandomiseerde, gecontroleerde, non-inferiority trial deden 46 huisartsenpraktijken mee. Patiënten waren veertig tot zeventig jaar oud, gebruikten een antihypertensivum en/of lipideverlagende medicatie, hadden geen hart- en vaatziekten (HVZ) in de voorgeschiedenis en hadden toen ze met medicatie begonnen een laag tienjaars-HVZ-risico. De interventie betrof het aanbieden van een stoppoging door de huisarts. Uitkomstmaat was het verschil in gemiddelde stijging van het tienjaars-HVZ-risico na twee jaar tussen de interventie- en controlegroep. De non-inferiority marge was 2,5 procentpunt. De onderzoekers hebben een multilevel lineaire regressie gebruikt, met multipele imputatie voor ontbrekende waarden.

Resultaten De gemiddelde leeftijd van de 1067 deelnemers was 55 jaar, 72% was vrouw en het gemiddelde tienjaars-HVZ-risico was 5%. Van de 492 deelnemers in de interventiegroep deden 319 (65%) een stoppoging; 135 deelnemers (27%) gebruikten na twee jaar nog steeds geen medicatie. Het tienjaars-HVZ-risico steeg met 2,0 procentpunt in de interventiegroep versus 1,9 procentpunt in de controlegroep, binnen de non-inferiority marge. Er was geen verschil in kwaliteit van leven of in zorgkosten.

Conclusie Het staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten is op korte termijn veilig, maar verbetert de kwaliteit van leven niet en vermindert de zorgkosten evenmin.

INLEIDING

Uit eerder onderzoek is gebleken dat ongeveer 60% van de patiënten die medicatie gebruiken voor primaire preventie van hart- en vaatziekten (HVZ), een laag berekend tienjaars-HVZ-risico heeft volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM).[1] Strikt genomen hadden deze patiënten volgens de huidige richtlijnen niet hoeven starten met antihypertensiva en/of lipideverlagende medicatie. Ze waren bijvoorbeeld ooit gestart met medicatie na hypertensie in de zwangerschap, bij pre-operatieve hypertensie of bij hypertensie gemeten bij klachten van hoofdpijn. In de praktijk leidt dit nogal eens tot de vraag of deze medicatie inderdaad overbodig is en/of de patiënt veilig zou kunnen stoppen. Hoewel veel artsen zich ervan bewust zijn dat medicatiegebruik bij laagrisicopatiënten geen meerwaarde heeft, weerhouden angst voor de negatieve effecten van het staken en het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing hen ervan om een stoppoging te ondernemen.[2] Eerder rapporteerden de onderzoekers geen negatieve effecten bij een kleinschalige stoppoging voor laagrisicopatiënten.[3] Zij hebben onderzocht of het staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten in de huisartsenpraktijk inderdaad veilig en (kosten)effectief is.

> Slechts een gering aantal laagrisicopatiënten stopt daadwerkelijk

Laagrisicopatiënten kunnen onder begeleiding van de huisarts veilig stoppen met preventieve cardiovasculaire medicatie. Foto: iStock

NON-INFERIORITY ONDERZOEK

Een non-inferiority onderzoek wordt gebruikt om aan te tonen dat een 'nieuwe behandeling' niet slechter is dan de standaardbehandeling. Een reden om te kiezen voor een non-inferiority onderzoek is bijvoorbeeld dat de kosten of de bijwerkingen van een interventie lager zijn. Voorafgaand aan zo'n onderzoek wordt de non-inferiority marge bepaald. Deze geeft aan hoe groot het maximale verschil in uitkomst tussen de nieuwe behandeling en de standaardbehandeling mag zijn om te concluderen dat de nieuwe behandeling niet slechter is dan de standaardbehandeling. In een non-inferiority onderzoek kan een per-protocol-analyse de voorkeur hebben (alleen deelnemers die het protocol volledig hebben doorlopen worden vergeleken). Een intention-to-treatanalyse kan ten onrechte de indruk wekken dat een interventie geen verschil geeft en dat is in dit type onderzoek ongewenst.[11]

METHODE

Onderzoeksopzet

Het Evaluating Cessation of STatins and Antihypertensive Treatment In primary Care (ECSTATIC) onderzoek is een clustergerandomiseerde, niet-geblindeerde, gecontroleerde, non-inferiority trial [**kader**] met een follow-upduur van twee jaar (Nederlands Trial Register, NTR3493). Het onderzoek vond plaats van november 2012 tot en met november 2015.

Huisartsenpraktijken en deelnemers

Deelnemers werden via huisartsenpraktijken geworven. Ze waren tussen de 40 en 70 jaar oud, hadden geen manifeste HVZ in de voorgeschiedenis, gebruikten ten minste één jaar lang een antihypertensivum en/of lipideverlagend medicijn en hadden vóór de behandeling een laag berekend tienjaars-HVZ-risico. 'Laag' definieerden de onderzoekers als een risico van < 10% of van 10% tot 20%, waarbij volgens de huidige richtlijn géén medicamenteuze behandeling nodig is. Secundaire preventie viel buiten het bestek van dit onderzoek. Het tienjaars-HVZ-risico werd berekend op basis van de huidige leeftijd, het geslacht en het rookgedrag, in combinatie met de in het elektronisch medisch dossier gerapporteerde systolische bloeddruk (SBD) en/of de totaal cholesterol/HDL-cholesterol (TC/HDL)-ratio van vóór de start van de behandeling. Wanneer de SBD of TC/HDL-ratio vóór de start van de behandeling niet bekend was, werd deze waarde conservatief geschat (respectievelijk een SBD van 180 mmHg, huidig TC plus 2,0 mmol/L, huidig HDL-cholesterol minus 0,1 mmol/L); dat wil zeggen: ingeschat als hoog risico (hoge RR en hoog cholesterol), zodat bij deze patiënten geen onterechte stoppoging zou worden ondernomen. Indien op basis van deze gegevens niet zeker was dat een potentiële deelnemer een laag tienjaars-HVZ-risico had (als ware het na het staken van de medicatie), werd tijdens de eerste onderzoeksmeting de SBD en/of TC/HDL-ratio bepaald. In het geval van een laag tienjaars-HVZ-risico werd de deelnemer geïncludeerd in het onderzoek.

WAT IS BEKEND?

- Ongeveer 60% van de patiënten die cardiovasculaire medicatie gebruiken voor primaire preventie van hart- en vaatziekten heeft (ook onbehandeld) een laag tienjaars-HVZ-risico en daarmee strikt genomen geen indicatie voor het gebruik van deze medicatie.

WAT IS NIEUW?

- Het is veilig om patiënten met een laag tienjaars-HVZ-risico onder begeleiding van de huisarts te laten stoppen met preventieve cardiovasculaire medicatie.
- Een structurele aanpak van overbodige preventieve cardiovasculaire medicatie is niet kosteneffectief, maar individueel staken bij laagrisicopatiënten kan worden overwogen.

Tabel

Baseline-karakteristieken van huisartsenpraktijken en deelnemers*

Karakteristiek	Controlegroep		Interventiegroep†	
Huisartsenpraktijken				
Aantal huisartsenpraktijken	23		23	
Aantal jaar werkervaring (als huisarts) van huisarts, mediaan (spreiding)	14	(4 tot 36)	21	(1 tot 36)
Deelnemers				
Aantal deelnemers	575		319	
■ Kaukasisch, aantal (%)	543	(94,4)	297	(93,1)
■ Hoogopgeleid, aantal (%)‡	168	(29,2)	124	(38,9)**
■ Tienjaars-HVZ-risicoscore voor inclusie, %††	7,0	(±5,6)	6,5	(±4,8)
Cardiovasculaire risicofactoren				
■ Tienjaars-HVZ-risicoscore, %‡‡	5,1	(±3,7)	4,7	(±4,0)
■ Leeftijd, jaren	54,9	(±9,2)	54,5	(±8,0)
■ Vrouw, aantal (%)	420	(73,0)	229	(71,8)
■ Rokers, aantal (%)	66	(11,5)	19	(6,0)**
■ Systolische bloeddruk, mmHg	139,8	(±16,3)	140,4	(±17,2)
■ Totaal cholesterol/HDL-cholesterolratio	3,7	(±1,4)	3,7	(±1,0)
■ LDL-cholesterol, mmol/L	3,3	(±1,4)	3,3	(±1,0)
Medicatiegebruik op baseline				
■ Gebruik van antihypertensivum, aantal (%)	479	(83,3)	280	(87,8)
■ Gebruik van ≥ 2 soorten antihypertensiva, aantal (%)	58	(10,1)	20	(6,3)**
■ Gebruik van lipideverlagende medicatie, aantal (%)	163	(28,3)	65	(20,4)**
■ Gebruik van zowel een antihypertensivum als lipideverlagende medicatie, aantal (%)	67	(11,7)	27	(8,5)**

HVZ = hart- en vaatziekten; HDL-cholesterol = high density lipoprotein cholesterol; LDL-cholesterol = low density lipoprotein cholesterol.
* Plus-minuswaarden zijn gemiddelden ± sd; alle continue variabelen zijn gecorrigeerd voor clusterrandomisatie door middel van multilevel lineaire regressiemodellen.
† Dit betreft alleen deelnemers uit de interventiegroep die daadwerkelijk een stoppoging hadden ondernomen (n = 319).
‡ Wetenschappelijk onderwijsniveau.
** P < 0,05 in vergelijking met de controlegroep.
†† Tienjaars-HVZ-risicoscore berekend voor inclusie met baseline-waarden van leeftijd, geslacht en rookstatus, en systolische bloeddruk en totaal cholesterol/HDL-cholesterolratio van voor de start van de medicatie (alsof de deelnemer geen preventieve cardiovasculaire medicatie heeft gebruikt).
‡‡ Tienjaars-HVZ-risicoscore berekend voor inclusie met baseline-waarden van leeftijd, geslacht en rookstatus, systolische bloeddruk en totaal cholesterol/HDL-cholesterolratio.

De onderzoekers randomiseerden de deelnemers op huisartsenpraktijkniveau. In de controlegroep gaven de huisartsen geen verdere uitgebreide informatie over de interventie, maar vertelden ze dat er sprake was van 'een nieuwe toepassing van de richtlijn', die zou worden uitgevoerd in de andere testgroep.

Staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten onder begeleiding van de huisarts is veilig

De interventie

Huisartsen en praktijkondersteuners in de interventiegroep werden geïnformeerd tijdens een bijeenkomst over het ECSTATIC-onderzoek. Na de onderzoeksmeting en informed consent van de deelnemer in de praktijk, volgden stapsgewijze dosisreductie (lipideverlagende medicatie in één keer staken, dosering antihypertensiva per week halveren) en een controle van de bloeddruk- en cholesterolwaarden (na één, drie en zes maanden). De controlegroep kreeg standaardzorg.

Uitkomstmaten

Als uitkomstmaat hanteerden de onderzoekers het absolute verschil in stijging van het berekende tienjaars-HVZ-risico twee jaar na de eerste onderzoeksmeting, met een non-inferiority marge van 2,5 procentpunt. Secundaire uitkomstmaten waren SBD, LDL-cholesterol en incidentie van HVZ. In de analyse vergeleken zij de deelnemers uit de controlegroep met de deelnemers in de interventiegroep die daadwerkelijk een stoppoging hadden ondernomen.
De economische evaluatie vond plaats in de gehele onderzoekspopulatie. Voor de overige methoden, zie het oorspronkelijke artikel.[4]

RESULTATEN

In totaal deden 1067 deelnemers uit 46 huisartsenpraktijken (16% van de uitgenodigde praktijken) mee aan het onderzoek, van wie 492 in de interventiegroep [**tabel**]. Driehonderdnegentien deelnemers (65%) ondernamen een stoppoging, van wie er na twee jaar 135 nog steeds gestopt waren met de medicatie (27%).

Primaire uitkomstmaat

Het tienjaars-HVZ-risico onder stoppers steeg van 4,7% naar 6,7% en van 5,1% naar 7,0% in de controlegroep. Onder de stoppers nam het HVZ-risico 0,1% (95%-BI –0,3 tot 0,6) meer toe dan in de controlegroep, ruim binnen de vooraf gestelde marge van 2,5%.

Secundaire uitkomstmaten

Na twee jaar was bij de stoppers de SBD 6 mmHg hoger en het LDL-cholesterol 0,2 mmol/L hoger dan in de controlegroep ($p < 0,01$) [**online figuur**]. In de controlegroep kregen acht deelnemers een cardiovasculair event, versus geen enkele in de groep stoppers ($p = 0,03$).
Onder stoppers rapporteerden 42 van de 319 deelnemers 76 keer een negatief effect, van wie 34 de medicatie herstartten. Meestal ging het om hypertensie (24 keer), hoofdpijn (18 keer), nervositeit/stress (7 keer) en palpitaties (7 keer).

Economische evaluatie

De onderzoekers vonden geen verschil in kosten, noch in kwaliteitgecorrigeerde levensjaren.

BESCHOUWING

Het ECSTATIC-onderzoek heeft aangetoond dat staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten onder begeleiding van de huisarts veilig is. De hogere waar-

den van risicofactoren vertaalden zich niet in een verschil in stijging van het tienjaars-HVZ-risico, dat werd berekend op basis van vijf risicofactoren. Wat het effect van het gevonden verschil in bloeddruk en LDL-cholesterol is op de HVZ-incidentie op de lange termijn is niet duidelijk. Slechts 27% van de laagrisicopatiënten die voor staken in aanmerking kwamen, was na twee jaar follow-up nog steeds gestopt. Stoppen met medicatie verbeterde de kwaliteit van leven niet en verlaagde de zorgkosten evenmin, waarschijnlijk doordat de lagere medicatiekosten werden opgeheven door de extra kosten vanwege huisartsbezoeken bij een stoppoging.

Beperkingen en voorbehouden

De steekproefgrootte en de pragmatische opzet van dit onderzoek zorgen voor valide resultaten die de dagelijkse praktijk reflecteren. Het is opvallend dat 35% van de deelnemers in de interventiegroep van het ECSTATIC-onderzoek geen stoppoging heeft ondernomen. Redenen hiervoor zijn angst voor de consequenties, angst voor HVZ, geen hinder van de huidige medicamenteuze behandeling of een negatief stopadvies van de huisarts.[5,6] De follow-up was te kort om verschillen in het optreden van HVZ te kunnen aantonen.

Vergelijking met andere onderzoeken

Het is bekend dat de preventieve effecten van antihypertensiva en lipideverlagende medicatie minder zijn in laagrisicopopulaties dan in matig- en hoogrisicopopulaties.[7-10] Zo vonden de HOPE-3-onderzoekers dat antihypertensieve therapie alleen het HVZ-risico bij de matigrisicopatiënten met een hogere SBD (> 143,5 mmHg) verlaagde.[9]

CONCLUSIE

Het ECSTATIC-onderzoek laat zien dat het staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten onder begeleiding van de huisarts over een termijn van twee jaar veilig is. Toch zijn er geen andere argumenten om deze interventie structureel in te voeren: de zorgkosten worden niet lager en de kwaliteit van leven verbetert niet. Daar komt bij dat slechts een gering aantal laagrisicopatiënten daadwerkelijk stopt (27%) als de huisarts dat aanbiedt. Omgekeerd, bij individuele patiënten die dat desgevraagd willen kan de huisarts veilig een stoppoging overwegen. ■

LITERATUUR

1. Luymes CH, De Ruijter W, Poortvliet RK, Putter H, Van Duijn HJ, Numans ME, et al. Change in calculated cardiovascular risk due to guideline revision: a cross-sectional study in the Netherlands. Eur J G Pract 2015;21:217-23.
2. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. BMJ Open 2014;4:e006544.
3. Van Duijn HJ, Belo JN, Blom JW, Velberg ID, Assendelft WJ. Revised guidelines for cardiovascular risk management – time to stop medication? A practice-based intervention study. Br J Gen Pract 2011;61:347-52.
4. Luymes CH, Poortvliet RKE, Van Geloven N, De Waal MWM, Drewes YM, Blom JW, et al. Deprescribing preventive cardiovascular medication in patients with predicted low cardiovascular disease risk in general practice – the ECSTATIC study: a cluster randomised non-inferiority trial. BMC Med 2018;16:5.
5. Luymes CH, Van der Kleij RM, Poortvliet RK, De Ruijter W, Reis R, Numans ME. Deprescribing potentially inappropriate preventive cardiovascular medication: barriers and enablers for patients and general practitioners. Ann Pharmacother 2016;50:446-54.
6. Luymes CH, Boelhouwer NJ, Poortvliet RK, De Ruijter W, Reis R, Numans ME. Understanding deprescribing of preventive cardiovascular medication: a Q-methodology study in patients. Patient Prefer Adherence 2017;11:975-84.
7. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet 2012;380:581-90.
8. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD004816.
9. Lonn EM, Bosch J, López-Jaramillo P, Zhu J, Liu L, Pais P, et al. Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. N Engl J Med 2016;374:2009-20.
10. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016;387:957-67.
11. Soonawala D, Dekkers OM. 'Non-inferiority'-studies: mogelijkheden en kanttekeningen. Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A4665.

Luymes CH, Poortvliet RK, Van Geloven N, De Waal MW, Drewes YM, Blom JW, et al. Staken preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten. Huisarts Wet 2019;62(1):38-41. DOI:10.1007/s12445-018-0352-4.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: C.H. Luymes, arts-in-opleiding tot huisarts en onderzoeker, thans anios verzekeringsgeneeskunde, c.h.luymes@lumc.nl; R.K.E. Poortvliet, huisarts-onderzoeker; M.W.M. de Waal, senior onderzoeker; J.W. Blom, huisarts-onderzoeker; W. de Ruijter, huisarts-onderzoeker; prof. dr. M.E. Numans, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. LUMC, afdeling Biomedical Data Sciences, Leiden: N. van Geloven, assistant professor; W.B. van den Hout, gezondheidseconoom. LUMC, afdeling Interne geneeskunde, Sectie Gerontologie en Geriatrie, Leiden: Y.M. Drewes, associate professor. UMCG, afdeling Epidemiologie/RU Groningen, Groningen: N. Smidt, universitair hoofddocent epidemiologie. Radbouumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Luymes CH, Poortvliet RK, van Geloven N, de Waal MW, Drewes YM, Blom JW, et al. Deprescribing preventive cardiovascular medication in patients with predicted low cardiovascular disease risk in general practice – the ECSTATIC study: a cluster randomised non-inferiority trial. BMC Med 2018;16:5. Publicatie gebeurt met toestemming.

Terug in de eerste lijn: medicatie na ziekenhuisopname

Rik Ensing

Ziekenhuizen verlenen steeds complexere zorg terwijl de ligduur zo kort mogelijk wordt gehouden. Patiënten zijn vaak slecht voorbereid op hun ontslag. Ze hebben moeite met een nieuw of aangepast geneesmiddelenregime en weten niet bij wie ze terechtkunnen voor begeleiding. Medicatiewijzigingen worden door het ziekenhuis vaak onvolledig en matig gedocumenteerd overgedragen aan de eerstelijns zorgverleners. Dit verhoogt het risico op geneesmiddelgerelateerde problemen aanzienlijk. Met een gestructureerde en tijdige overdracht, begeleiding van de patiënt vanaf de opname tot na het ontslag en samenwerking over de muren van het ziekenhuis heen kan de continuïteit van farmaceutische zorg stap voor stap dichterbij gebracht worden.

MENEER SIMONS

In het weekend werd meneer Simons (71 jaar) getroffen door een CVA waarvoor hij rond middernacht met spoed via de SEH wordt opgenomen. Na diagnostiek start de SEH-arts secundaire profylaxe met clopidogrel. Tegelijkertijd begint een verpleegkundige met het verifiëren van de medicatiehistorie, maar de communicatie met meneer Simons verloopt moeizaam door zijn CVA. Zijn echtgenote is bovendien overweldigd door emoties en niet in staat precies te reproduceren wat hij gebruikt. Ze weet wel dat haar man diabetes heeft en antihypertensiva krijgt. De verpleegkundige neemt contact op met de dienstdoend apotheker, maar die heeft geen gegevens uit het Landelijk Schakelpunt (LSP). De echtgenote heeft hiervoor geen akkoord gegeven, omdat ze twijfelde over de veiligheid en de relevantie. De SEH-arts besluit uit te gaan van deze onvolledige medicatie-informatie. Op de afdeling wordt de volgende ochtend voor de hypertensie, de diabetes en de secundaire preventie gestart met een diureticum, ACE-remmer, insuline en een statine.

In een onderzoek onder 152 patiënten waren er in totaal 745 geneesmiddelgerelateerde problemen

BELANG CONTINUÏTEIT FARMACEUTISCHE ZORG

Iedere keer dat men een patiënt verwijst, is er gerede kans dat er geneesmiddelgerelateerde problemen ontstaan. Vooral ziekenhuisopnames leiden nogal eens tot wijzigingen in het geneesmiddelenregime,[1-3] maar altijd wanneer meerdere voorschrijvers betrokken raken bij een patiënt hoort continuïteit van de farmaceutische zorg een belangrijk aandachtspunt te zijn [**figuur**]. Om veilig te kunnen voorschrijven moet iedere voorschrijver op elk voorschrijfmoment kunnen beschikken over een actueel medicatieoverzicht, inclusief recente wijzigingen en indicaties, intoleranties en laboratoriumwaarden. In de praktijk is dat vaak niet het geval; uit verschillende onderzoeken blijkt dat medicatiefouten met name gemaakt worden bij opname in en ontslag uit ziekenhuizen.[4,5,9] Een medicatiefout, gemaakt bij opname, kan voortduren gedurende de hele hospitalisatie en zelfs tot na het ontslag. Een substantieel aantal van die fouten is klinisch relevant en sommige leiden tot ongeplande heropnames.[4,5]

In deze beschouwing presenteert de auteur verschillende aanbevelingen om deze fouten aan te pakken en zo te voorkomen dat er geneesmiddelgerelateerde problemen ontstaan. Bij ontslag uit het ziekenhuis vervullen de ziekenhuisapotheker en de poliklinisch apotheker een belangrijke rol in de continuïteit van de farmaceutische zorg.[6] De openbaar apotheker kan daarna zorgen voor een passende 'heropname in de eerste lijn'.[7] De aanbevelingen in deze beschouwing helpen hopelijk om verder vorm te geven aan lokale afspraken tussen huisarts en apotheker voor geneesmiddelenbegeleiding na ontslag.

GESTRUCTUREERDE EN TIJDIGE OVERDRACHT BIJ ONTSLAG

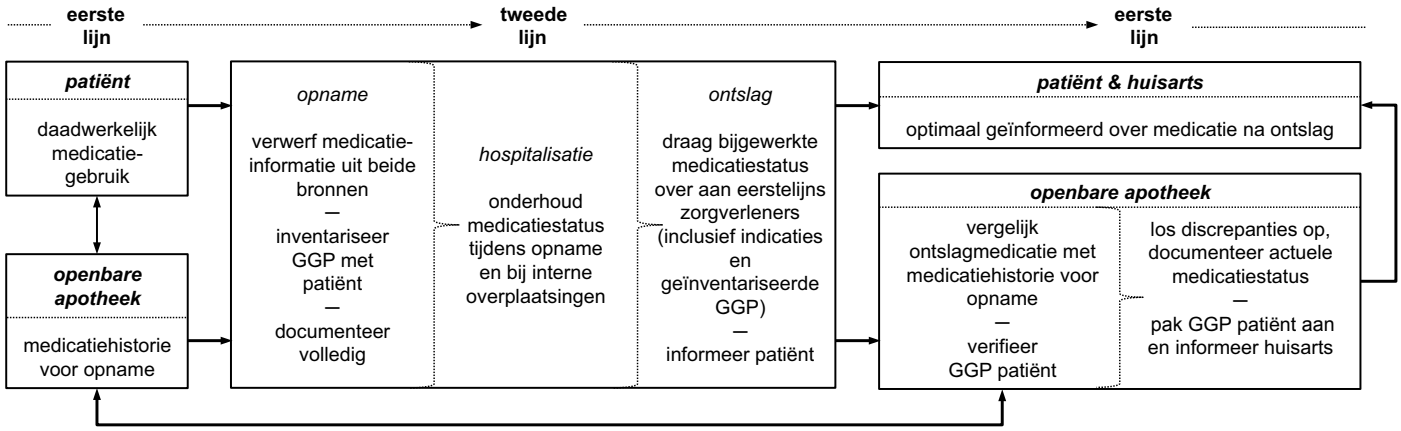
Optimale overdracht start bij de ziekenhuisopname [**figuur**], maar is niet gegarandeerd bij ontslag. De zorgverleners in de eerste lijn zouden de voorlopige ontslaginformatie van hun patiënt tijdig moeten ontvangen,[8] maar nog al te vaak krijgt de huisarts de ontslagbrief te laat of onvolledig toegezonden en wordt de openbaar apotheker ad hoc geconfronteerd met een ontslagrecept.[9,10] Blijkens een observationeel onderzoek in 44 Nederlandse apotheken, waarin 403 ontslagrecepten werden geëvalueerd, ervoer de openbaar apotheker problemen bij 92% van deze ontslagrecepten.[10] Zulke problemen kun je voorkomen met een gestructureerde en tijdige ontslagoverdracht van:

- de indicaties voor wijzigingen in het geneesmiddelenregime
- einddata van tijdelijke geneesmiddelen
- relevante laboratoriumwaarden, zoals kalium en nierfunctie.[10]

Dit geeft zowel de huisarts als apotheker de mogelijkheid contact op te nemen met de specialist bij onduidelijkheden en het stelt de apotheker in staat de benodigde geneesmiddelen te

Figuur

Lijnen van communicatie om continuïteit van farmaceutische zorg te garanderen



GGP = geneesmiddelgerelateerde problemen.

bestellen.[10] Een optimale overdracht zal ook leiden tot minder verspilling van geneesmiddelen en tot minder ongeplande bezoeken aan huisarts na een ziekenhuisopname.[11]

FARMACEUTISCHE BEGELEIDING VANAF DE OPNAME TOT NA DE THUISKOMST

Ziekenhuizen erkennen inmiddels dat de opname een belangrijk moment is om risico's na ontslag te minimaliseren en gaan steeds vaker over tot medicatieverificatie bij opname.[12,13] Helaas blijft het meestal bij het vergelijken van medicatielijsten en blijft een gedegen medicatiegesprek met de patiënt achterwege.[13] Zo'n gesprek is niet alleen van belang om de patiënt en diens naasten te betrekken bij de ziekenhuisopname, maar ook omdat de patiënt dan belangrijke informatie kan geven over zijn geneesmiddelengebruik.[6] Als de patiënt een bepaald geneesmiddel niet gebruikt, is dat dan vanwege een bijwerking, vanwege zorgen over langdurig gebruik of misschien vanwege een praktisch probleem? Vragen als deze kunnen de achtergrond van mogelijke geneesmiddelgerelateerde problemen verhelderen en zijn van belang voor de farmacotherapie tijdens de hospitalisatie, maar ook na de 'terugkeer naar de eerste lijn'.[14]

> Continuïteit van farmaceutische zorg kan alleen worden geoptimaliseerd als alle betrokken zorgverleners nauw samenwerken

Op grond van bovenstaande overwegingen is in Almere een *proof-of-concept* interventieonderzoek uitgevoerd, Home-Based Community Pharmacist-Led Medication Management

Tabel

Verschillende soorten geneesmiddelgerelateerde problemen, geïdentificeerd in het kader van HomeCoMe (Home-Based Community Pharmacist-Led Medication Management)

Geneesmiddelgerelateerd probleem	Ziekenhuis	Huisbezoek	Totaal
N	122	623	745
Geneesmiddelenkeuze (het voorgeschreven geneesmiddel veroorzaakt bijvoorbeeld een interactie of is gecontra-indiceerd)	32 (26,2)	55 (8,8)	87 (11,7)
Over- of onderdosering (bijvoorbeeld een te hoge dosering voor de indicatie)	2 (1,6)	17 (2,7)	19 (2,6)
Therapietrouw (bijvoorbeeld onbewust een doseermoment overslaan)	12 (9,8)	110 (17,7)	122 (16,4)
Onderbehandeling (bijvoorbeeld preventieve therapie is nagelaten of een indicatie is onbehandeld)	20 (16,4)	56 (9,0)	76 (10,2)
Labmonitoring (een effect of bijwerking wordt niet gemonitord, bijvoorbeeld de nierfunctie)	1 (0,8)	24 (3,9)	25 (3,3)
Educatie en informatie (informatie over bijvoorbeeld de indicatie of de duur van de farmacotherapie)	26 (21,3)	243 (39,0)	269 (36,1)
Niet klinisch (administratief probleem, bijvoorbeeld een onleesbaar recept)	8 (6,6)	73 (11,7)	81 (10,9)
Toxiciteit of bijwerking (symptomen veroorzaakt door het geneesmiddel, zoals een bijwerking of toxiciteit)	21 (17,2)	45 (7,2)	66 (8,9)

Alle getallen zijn n (%).
Bron: Ensing 2018.[15]

Medicatiefouten treden vooral op bij opname in en ontslag uit ziekenhuizen. Foto: iStock

(HomeCoMe).[15] Geïncludeerd werden 152 patiënten die minimaal 48 uur op de afdelingen Neurologie en Longziekten verbleven, en die minimaal drie geneesmiddelen gebruikten. De interventie bestond uit:

- bij ontslag gestructureerde overdracht vanuit het ziekenhuis aan de openbaar apotheker van actuele geneesmiddeleninformatie (inclusief geïdentificeerde geneesmiddelgerelateerde problemen);
- huisbezoek door de openbaar apotheker binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis, om eventuele bijkomende geneesmiddelgerelateerde problemen te identificeren;
- nauwe samenwerking tussen de huisarts en de openbaar apotheker om de geïdentificeerde problemen op te lossen.

DE KERN

- De overdracht van medicatie bij ontslag uit het ziekenhuis is vaak te laat en onvolledig.
- Veel patiënten hebben problemen met het medicatievoorschrift na hun ontslag. Dat leidt tot extra bezoeken aan de huisarts en soms tot onnodige heropnames.
- Poliklinische apotheken kunnen bijdragen aan de continuïteit van farmaceutische zorg door zorgvuldige begeleiding van de patiënt en een goede medicatieoverdracht bij ontslag.
- Een passend vervolg in de eerste lijn kan helpen geneesmiddelgerelateerde problemen te identificeren en op te lossen.

In dit onderzoek werden in totaal 745 geneesmiddelgerelateerde problemen geïdentificeerd, 4,9 per patiënt (SD 2,2, uitersten 0-11) [**tabel**].[15] De meerderheid (623 problemen, 83,6%) werd na het ontslag vastgesteld door de openbaar apotheker; tijdens de ziekenhuisopname identificeerde de ziekenhuisapotheek 122 problemen (16,4%).[15] Van die laatste werd de helft nog gedurende de opname opgelost; de overige werden overgedragen aan de eerste lijn. Zo werd een 89-jarige man die bij opname had aangegeven dat hij vaak zijn geneesmiddelen vergat, bij thuiskomst geholpen door zijn medicijnen voortaan in een medicatierol te verstrekken.

HomeCoMe heeft laten zien dat een goede farmaceutische overdracht bij heropname in de eerste lijn en een huisbezoek door de openbaar apotheker een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan het optimaliseren van farmaceutische zorg. Waar nodig legde de openbaar apotheker de problemen eerst voor aan de huisarts. De geïncludeerde patiënten waren unaniem tevreden over deze vorm van begeleiding bij thuiskomst, en de geënquêteerde huisartsen kregen oog voor de positie van de apotheker als ketenzorgpartner bij ontslag uit het ziekenhuis.[7]

Bij de huisbezoeken door de apotheker bleek het belang van patiëntbegeleiding bij thuiskomst. De periode rond het ontslag is vaak hectisch; de patiënt wordt al snel overspoeld met informatie van verschillende zorgverleners.[16] De meeste geneesmiddelgerelateerde problemen die tijdens deze huisbezoeken geïdentificeerd werden, betroffen educatie en informatie, oftewel de noodzaak voor aanvullende geneesmiddelenbegeleiding (39%).[15] Veel patiënten waren niet op de hoogte van verschillende aspecten van hun therapie, zoals therapieduur, indicatie of veranderingen in de therapie. Ook werden veel therapietrouwproblemen geïdentificeerd (17,7%). Patiënten volgden niet het voorgeschreven regime of hadden moeite met bepaalde doseervormen (zoals injecties of inhalatoren).
Men kan concluderen dat alleen begeleiding op het ontslagmoment zelf niet voldoende is en dat veel patiënten behoefte hebben aan een passend vervolg na het ontslag. De openbaar apotheker kan daarbij een belangrijke rol spelen door na thuiskomst informatie te verstrekken en de behoeften en zorgen van de patiënt rondom de farmacotherapie in kaart te brengen.[17] Het is dan wel noodzakelijk dat de apotheker beschikt over de volledige medicatiegerelateerde ontslaggegevens. Dit voorkomt dat de patiënt en diens naasten tegenstrijdige boodschappen krijgen en biedt de kans bepaalde informatie nog eens te te herhalen of kennislacunes aan te vullen.

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Continuïteit van farmaceutische zorg kan alleen worden geoptimaliseerd als alle betrokken zorgverleners nauw samenwerken: specialisten, verpleegkundigen, huisartsen en (ziekenhuis)apothekers. Ontslag uit het ziekenhuis markeert dan niet het einde van de behandeling, maar het begin van een nieuwe fase, namelijk 'heropname in de eerste lijn'. Dit heeft belangrijke consequenties voor intramurale zorgverleners.
Ten eerste zouden specialisten op de hoogte moeten zijn van bekende geneesmiddelgerelateerde problemen na ontslag, zoals ontoereikende elektrolytbewaking of langdurig gebruik van risicovolle geneesmiddelen (benzodiazepinen, opioïden) waarvan bekend is dat ze vermijdbare heropnames kunnen veroorzaken.[18] Zulke problemen zijn te vermijden door de gegevens van labcontroles standaard en tijdig te delen via de ontslagbrief en door aan risicovolle geneesmiddelen een einddatum of evaluatiemoment te koppelen.[18]
Ten tweede kan bij ontslag de poliklinische apotheek worden ingezet, een relatief nieuwe apotheekvorm binnen de muren van het ziekenhuis die gespecialiseerd is in het leveren van farmaceutische zorg bij ontslag. De meeste Nederlandse ziekenhuizen beschikken over een poliklinische apotheek, maar het niveau van ontslagbegeleiding varieert, daarom moet lokaal worden gekeken naar de mogelijkheden. De poliklinische apotheken hebben zeker de expertise in huis om de continuïteit van farmaceutische zorg te optimaliseren. Zij kunnen bij ontslag patiëntspecifieke aandachtspunten inventariseren, hierop interveniëren en de uitkomsten communiceren naar de openbare apotheek. Is de patiënt fysiek in staat om een specifieke toedieningsvorm (bijvoorbeeld een inhalator) te gebruiken? Beschikt de patiënt over adequate cognitieve vaardigheden om met de wijzigingen in de therapie om te gaan?

> Medicatiefouten treden vooral op bij opname in en ontslag uit ziekenhuizen

CONCLUSIE

Vormgeven aan de continuïteit van farmaceutische zorg is een complexe opgave. Door gestructureerd en tijdig over te dragen, de patiënt vanaf de opname tot na het ontslag te begeleiden en samen te werken over de muren van het ziekenhuis heen kan die continuïteit stap voor stap dichterbij gebracht worden. ■

MENEER SIMONS: DE IDEALE OPNAME- EN ONTSLAGPROCEDURE

Bij meneer Simons' overplaatsing naar de afdeling Neurologie worden de voorlopige details over de ziekenhuisopname en de verwachte ontslagdatum doorgegeven aan diens huisarts en aan de openbaar apotheker. De openbaar apotheker ontvangt digitaal de uitkomst van de medicatieverificatie bij opname en fiatteert deze.
Op de dag van ontslag informeert de poliklinische apotheek meneer Simons en zijn vrouw in een gestructureerd geneesmiddelenconsult over zijn nieuwe geneesmiddelen. Het consult sluit naadloos aan op het reguliere ontslagproces van specialist en verpleegkundige. De poliklinisch apotheker weet welke geneesmiddelen meneer Simons niet in huis heeft en verstrekt deze. Vervolgens voert hij een risicoinventarisatie uit op potentiële geneesmiddelgerelateerde problemen na ontslag en overhandigt meneer een geïndividualiseerd overzicht van het nieuwe medicatieregime. Deze informatie is per direct beschikbaar voor zijn huisarts en openbaar apotheker.
Omdat meneer Simons geclassificeerd is als kwetsbare patiënt neemt de openbaar apotheker de dag na het ontslag contact op om een huisbezoek te plannen. Gedurende dit huisbezoek-op-maat ontvangen meneer Simons en zijn vrouw praktische tips om de therapietrouw te vergroten en worden behoeften, zorgen en kennishiaten geadresseerd. De voorgestelde interventies worden gecommuniceerd met de huisarts, die zijn aanbevelingen en conclusies met de apotheker kortsluit. Aangezien meneer Simons nu risico loopt op een heropname of klinische verslechtering, plannen de apotheker en de huisarts vervolghuisbezoeken.

LITERATUUR

1. Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. Ann Intern Med 2004;141:533-6.
2. Tan B, Mulo B, Skinner M. Transition from hospital to primary care: an audit of discharge summary -medication changes and follow-up expectations. Intern Med J 2014;44:1124-7.
3. Viktil KK, Blix HS, Eek AK, Davies MN, Moger TA, Reikvam A. How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. BMJ Open 2012;2: e001461.

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

Ensing HT. Terug in de eerste lijn: medicatie na ziekenhuisopname. Huisarts Wet 2019;62(1):42-5. DOI: 10.1007/s-12445-018-0366-4.

Zorggroep Almere, Poliklinische Apotheek de Brug 24/7, Almere: dr H.T. Ensing, apotheker (tevens Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences en Hogeschool Utrecht), rensing@zorggroep-almere.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ecg-casus 'Dyspnoe d'effort'

Robert Willemsen, Karen Konings

CASUS

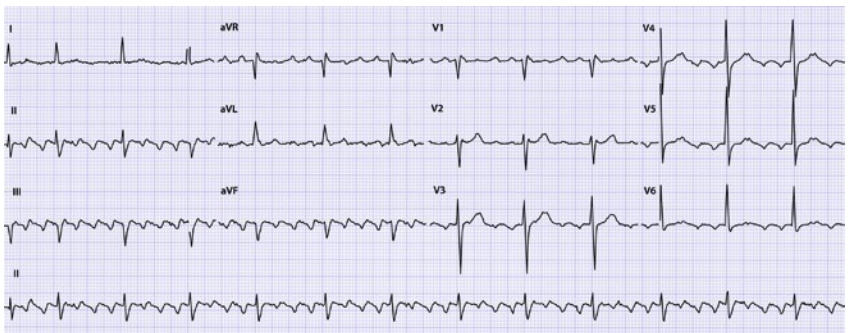
Patiënt: Man, 78 jaar.
Voorgeschiedenis: 15 jaar geleden rookstop (30 pakjaren), enkele malen acute bronchitis. Spirometrie was 1 jaar geleden niet afwijkend.
Medicatie: Omeprazol 20 mg bij incidentele dyspepsie.
Anamnese: Sinds 1 week kortademig bij wandelen. Bij stilstaan zakt de kortademigheid.
Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 152/92 mmHg. Polsfrequentie 110/min, regulair. Temperatuur 36,4 °C. In verleden altijd rustige pols en normale bloeddruk. Auscultatie van hart en longen zonder afwijkingen.
De huisarts wil weten waarom de patiënt een snelle pols heeft en maakt het volgende ecg (zie hieronder).

OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ecg 10+.[1,2]
2. Hoe luidt uw diagnose en welk beleid stelt u voor?

Ga naar www.henw.org (zoek op ecg-casus) voor het juiste antwoord.

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



Casuïstiekprijs 2018 'Trombofilie en anticonceptie'

Het artikel 'Trombofilie en anticonceptie – meer mogelijk dan gedacht' van Joyce Nouwens en collega's won de Casuïstiekprijs 2018 voor de beste casuïstiek van het afgelopen jaar in Huisarts en Wetenschap. Hoofdredacteur Ivo Smeele reikte de Casuïstiekprijs uit tijdens het NHG-Congres op 9 november 2018 in Den Haag.

Joyce Nouwens ontvangt de H&W Casuïstiekprijs 2018 van hoofdredacteur Ivo Smeele. Foto: Margot Scheerder

De prijs ging dit jaar naar Joyce Nouwens en collega's vanwege de impact van deze klinische les. De auteurs zetten de positie van de huisarts in de anticonceptiezorg heel duidelijk neer, op dit terrein kan de huisarts het verschil maken. Het artikel biedt houvast, is vlot geschreven en maakt een praktisch onderscheid dat ook nog eens is neergezet in heldere, handzame tabellen. Smeele: 'In het artikel is goed naar de diverse richtlijnen gekeken, naar de discrepanties daartussen, en er zijn voor de praktijk concrete adviezen geformuleerd die maandagochtend direct toepasbaar zijn.'
Drie artikelen kwamen in aanmerking voor de Casuïstiekprijs: naast het artikel van Nouwens en collega's waren dat 'Het hymen, een delicate kwestie' van Annemarie Semeijn en Ingrid Elfering, en 'Een kind met een meningokokkensepsis' van Laura Andriessen en Angelique Boers. ■

LITERATUUR

1. Nouwens J, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Trombofilie en anticonceptie – meer mogelijk dan gedacht. Huisarts Wet 2017;60:507-9.
2. Semeijn A, Elfering IM. Het hymen, een delicate kwestie. Huisarts Wet 2018;61(1):60-2.
3. Andriessen LA, Boers AIM. Een kind met meningokokkensepsis. Huisarts Wet 2018(6);61:65-6.

Staken preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten

1. Luymes et al. onderzochten het staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij patiënten met een laag risico op hart- en vaatziekten (HVZ). Wat was het doel van dit onderzoek?
a. Onderzoeken of staken van de medicatie door de patiënt wordt geaccepteerd.
b. Onderzoeken of staken van de medicatie op de lange termijn kosteneffectief is.
c. Onderzoeken of staken van de medicatie veilig is.

2. Aan het begin van het onderzoek werden ontbrekende waarden voor bloeddruk en cholesterol hoog ingeschat (SBD 180 mmHg, TC +2 mmol/l). Vervolgens berekenden de onderzoekers met deze hoge waarden het tienjaarsrisico van de patiënt en namen zij een beslissing over inclusie. Waarom schatten zij de ontbrekende waarden hoog in?
a. Om te zorgen dat er geen hoogrisicopatiënten in het onderzoek terechtkwamen.
b. Om te zorgen dat de geïncludeerde patiëntengroep heterogeen genoeg was.
c. Om te zorgen dat er voldoende hoogrisicopatiënten in het onderzoek terechtkwamen.

3. De onderzoekers selecteerden patiënten als zij tussen de 40 en 70 jaar oud waren. Waarom hielden zij deze leeftijdsgrenzen aan?
a. Onder de 40 jaar leidt staken van medicatie tot risicoverschillen die niet relevant zijn.
b. Berekening van de risicoscore is alleen mogelijk van 40 tot en met 70 jaar.
c. Boven de 70 jaar leidt staken van medicatie tot niet-acceptabele risico's.

4. Wat zijn de resultaten in de interventiegroep na twee jaar staken van de medicatie?
a. SBD, cholesterolwaarden en tienjaarsrisico stijgen niet.
b. SBD en cholesterolwaarden stijgen wel, tienjaarsrisico stijgt niet.
c. Zowel SBD en cholesterolwaarden als tienjaarsrisico stijgen wel.

5. De onderzoekers constateren dat het veilig is om de medicatie te staken in de laagrisicogroep. Waarom adviseren zij dat niet op grote schaal te doen bij laagrisicopatiënten?
a. Het levert geen kostenvoordeel op.
b. Het geeft geen verbetering van de kwaliteit van leven.
c. Het merendeel van de patiënten is niet gemotiveerd om te stoppen.
d. Alle opties zijn correct.

6. Vanwege geneesmiddelentekorten zijn medicijnen in Nederland niet altijd leverbaar. De tekorten hebben verschillende oorzaken. Waardoor ontstaat een geneesmiddeltekort op de langere termijn?
a. De zorgverzekeraar vergoedt per werkzame stof slechts één geneesmiddel.
b. Fabrikant en groothandel houden kleine voorraden aan om geld te besparen.
c. Nederland heeft lage medicijnprijzen en is daarom een relatief oninteressant afzetgebied.

7. De onderzoekers rekenden patiënten met een HVZ-risico van 10 tot 20% tot de laagrisicogroep. De medicatie werd in deze groep pas gestaakt als behandeling volgens de CVRM-richtlijn niet nodig bleek. Aanwezigheid van risicoverhogende factoren is hiervoor beslissend. Welke factor is sterk risicoverhogend en een indicatie om deze groep wel te behandelen?
a. BMI 30 tot 35 kg/m^2.
b. Eerstegraadsfamilielid met HVZ < 65 jaar.
c. GFR 30 tot 60 ml/min.
d. Sedentair bestaan.

8. Hypertensie is een belangrijke risicofactor voor het krijgen van hart- en vaatschade. Intensieve behandeling van de bloeddruk tot SBD-streefwaarde < 130 mmHg blijkt een lager risico op HVZ te geven dan behandeling tot SBD-streefwaarde < 140 mmHg. De Amerikaanse hypertensierichtlijn scherpt daarom de SBD-streefwaarde aan tot 130 mmHg. Waarvan is het starten van bloeddrukbehandeling in de NHG-Standaard CVRM met name afhankelijk?
a. De aanwezigheid van risicoverhogende factoren.
b. De absolute bloeddrukwaarde.
c. Het tienjaarsrisico op HVZ.

De kennistoets is gemaakt door Henk Folkers, huisarts en toetsdeskundige. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

GEBRUIKTE BRONNEN

Luymes CH, Poortvliet RKE, Van Geloven N, De Waal MWM , Drewes YM, Blom YE, et al. Het staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij laagrisicopatiënten. Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0352-4.
NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:14-28.
www.knmp.nl > Home > patiëntenzorg > geneesmiddelen > geneesmiddelentekorten.

ANTWOORDEN

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

Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking

Fleur Boot, Linda Mulder-Wildemors, Vincent Voorbrood, Heleen Evenhuis

Polyfarmacie, langdurig gebruik van vijf of meer medicijnen tegelijk, komt veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking. Polyfarmacie kan bij hen al op relatief jonge leeftijd tot problemen leiden. Huisartsen komen echter zelden toe aan een systematische medicatiebeoordeling voor deze patiëntengroep. Een pilotproject in Zuidwest-Nederland waarin huisartsen, apothekers en artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) gezamenlijk de multidisciplinare STRIP-methodiek toepasten, bracht de opbrengsten en de knelpunten in kaart.

Van de Nederlanders met een verstandelijke beperking die ouder zijn dan 50 jaar gebruikt ongeveer 40% langdurig meer dan vier medicijnen tegelijk.[1,2] Bij deze groep patiënten gaat polyfarmacie samen met gezondheidsrisico's die vaak al jong beginnen. Daartoe behoren niet alleen psychiatrische en gedragsproblemen of epilepsie, maar ook vroege diabetes en cardiale risico's door een ongezonde leefstijl, een chronisch verstoord slaap-waakritme en antipsychoticagebruik. Multimorbiditeit en polyfarmacie zijn de oorzaken van vroege geriatrische kwetsbaarheid bij deze mensen.[2-4]

DE STRIP-METHODIEK

De Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen adviseert bij iedereen die ouder is dan 65 jaar, minstens vijf medicijnen gebruikt en minimaal één risicofactor heeft, een medicatiebeoordeling uit te voeren. Bij deze stapsgewijze en systematische beoordeling werken de huisarts, apotheker

Het is wenselijk dat huisartsen bij mensen met een verstandelijke beperking vóór hun 50e een medicatiebeoordeling uitvoeren. Foto: iStock

en patiënt samen volgens de STRIP-methodiek [**figuur**].[5] Huisartsen voeren zo'n medicatiebeoordeling echter zelden uit bij mensen met een verstandelijke beperking, en dan meestal zonder de patiënt er actief bij te betrekken. De oorspronkelijke indicaties voor het medicijngebruik worden niet systematisch bijgehouden in het HIS en zijn vaak achterhaald of zelfs helemaal niet bekend.
In het licht van het voorgaande zou het te wensen zijn dat huisartsen bij mensen met een verstandelijke beperking liefst al vóór hun 50e een medicatiebeoordeling uitvoeren volgens de STRIP-methodiek. In 2011 stonden bij elke huisartsenpraktijk gemiddeld ongeveer tien patiënten ingeschreven met een verstandelijke beperking.[6,7] Inmiddels zal dat aantal hoger liggen door de hervormingen in de langdurige zorg. Huisartsen hebben over het algemeen weinig kennis van het specifieke medicatiegebruik in deze populatie.[8] Samenwerking met een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is mogelijk via een van de 90 poliklinieken voor mensen met een verstandelijke beperking (poli-VB) die Nederland telt, maar bij huisartsen is die mogelijkheid nauwelijks bekend.[9]

EEN PROEF IN DE EERSTE LIJN

In 2015 startte de afdeling Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten van het Erasmus MC in samenwerking met het huisartsennetwerk PrimEUR van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC en het SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy een proefproject om de STRIP-methodiek te implementeren in de huisartsenpraktijk voor patiënten met een verstandelijke beperking en polyfarmacie. De projectcoördinator (FB) koppelde elf huisartsen uit het huisartsennetwerk en hun lokale apothekers aan een AVG binnen hun regio; het SIR verzorgde voor de aldus gevormde teams een eendaagse multidisciplinaire scholing.
Iedere huisarts benaderde maximaal vijf patiënten die ouder waren dan 35 jaar, een verstandelijke beperking hadden en vijf of meer medicijnen tegelijk gebruikten. Zij zochten op basis van ICPC-code P85 (Mentale retardatie/intellectuele achterstand) of via een woonvoorziening die was aangesloten bij de praktijk. Twee praktijken haakten al snel af vanwege moeizame communicatie met begeleiders in woonvoorzieningen of samenwerkingsproblemen tussen huisarts en apotheker.
De overige negen praktijken voerden bij 28 patiënten (11 mannen en 17 vrouwen) een medicatiebeoordeling uit. Voorafgaand aan het consult vulde de patiënt en/of diens begeleider een vragenlijst in. De deelnemers waren gemiddeld 60 jaar oud (uitersten 37 tot 84) en gebruikten gemiddeld 9 medicijnen (uitersten 5 tot 23). Achttien deelnemers woonden in een woongroep met 24-uursbegeleiding, acht woonden zelfstandig met ambulante begeleiding en vier woonden geheel zelfstandig. Op één na alle deelnemers hadden twee of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit). De ernst van de verstandelijke beperking varieerde van licht tot zeer ernstig, maar was bij de meerderheid licht of matig (ontwikkelingsleeftijd 4 tot 12 jaar). In de meeste huisartsenpraktijken is die laatste groep ook het grootst.

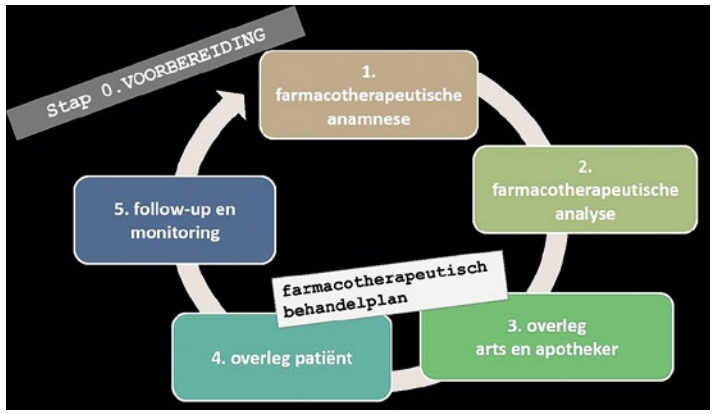
DE KERN

- Polyfarmacie komt veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking.
- Multidisciplinaire medicatiebeoordeling volgens de STRIP-methodiek bij huisartspatiënten ouder dan 35 jaar met een verstandelijke beperking en polyfarmacie brengt gemiddeld vijf farmacotherapiegerelateerde problemen aan het licht.
- De farmacotherapiegerelateerde problemen betreffen vooral indicaties, bijwerkingen, onjuiste doseringen, onderbehandeling en gebrekkige monitoring.
- Zowel patiënten als huisartsen ervaren de inbreng van de patiënt zelf als zeer waardevol.
- De arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) heeft toegevoegde waarde bij moeizame communicatie met de patiënt en bij het aanpassen van psychofarmaca of anti-epileptica.

In de 'Vragenlijst medicatiebeoordeling' die voor dit onderzoek werd ontwikkeld komen alle aspecten van het medicatieregime, inclusief indicaties en eventuele bijwerkingen, systematisch aan de orde [**online bijlage Vragenlijst medicatiebeoordeling**]. De patiënt of diens vertegenwoordiger en de persoonlijk begeleider vulden de vragenlijst vooraf in; de medicatiebeoordeling omvatte verder een farmacotherapeutische anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek. Voor advies kon de huisarts overleggen met een AVG.
Bij hun medicatiebeoordelingen registreerden de teams naast de reeds genoemde patiëntkenmerken welke medicijnen de deelnemers gebruikten en van welk type deze waren, en tot welke farmacotherapiegerelateerde problemen en interventieadviezen deze leidden.
De teams bepaalden zelf de samenwerkingsstructuur en rolverdeling, en legden per discipline de tijdsinvestering in de STRIP-methodiek vast. Meestal was de huisarts betrokken bij alle stappen; de apotheker werd met name ingeschakeld bij de

Figuur

Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)



Tabel 1

Farmacotherapiegerelateerde problemen bij 28 huisartspatiënten met een verstandelijke beperking en polyfarmacie

Farmacotherapiegerelateerde problemen	n	(%)*	Aantal patiënten
Aantal	144		28
gemiddeld per patiënt (uitersten)	5	(1-11)	
Geneesmiddelkeuze	40	(28)	21
ontbreken indicatie	39		
dubbelmedicatie	1		
Bijwerking	26	(18)	17
Onjuiste dosering	23	(16)	15
dosering te hoog	11		
dosering te laag	8		
doseringsfrequentie of -schema niet optimaal	4		
Onderbehandeling	23	(16)	14
Monitoring	15	(10)	11
monitoring (lab, onderzoek) ontbreekt	15		
Therapietrouw	8	(6)	8
ondergebruik	4		
problemen met toedieningsvorm	4		
Voorlichting ontbreekt	7	(5)	6
Overig	2	(1)	

* Tenzij anders aangegeven.

Tabel 2

Aanbevolen interventies

Interventie	n	(%)*
Aantal aanbevelingen	144	
gemiddeld per patiënt (uitersten)	5	(1-11)
Medicatiewijziging		
staken	35	(24)
dosisverlaging	28	(19)
toevoeging ander middel	16	(11)
dosisverhoging	8	(6)
vervanging	9	(6)
wijziging doseringsfrequentie of toedieningsschema	6	(4)
wijziging toedieningsvorm	2	(1)
Andere aanbevelingen		
controlebezoek of onderzoek	17	(12)
labcontrole	11	(8)
educatie/instructie	10	(7)
aanpassen medicatiebewaking	2	(1)

* Tenzij anders aangegeven.

analyse en het behandelplan, vaak ook bij de voorbereiding en de anamnese; de AVG was veelal betrokken bij het behandelplan.

RESULTATEN VAN DE PROEF

Per patiënt was de huisarts gemiddeld 107 minuten kwijt, de apotheker 79 minuten en de AVG 39 minuten. De meeste tijd (gemiddeld 43 minuten) ging op aan het voorbereiden van de medicatiebeoordeling, met name het opzoeken van dossiergegevens van jaren terug. In één team deed de praktijkondersteuner het overleg met de patiënt en de follow-up (40 minuten per patiënt), zodat de huisarts minder tijd kwijt was. De teams stelden in totaal 144 farmacotherapiegerelateerde problemen vast (gemiddeld 5 per patiënt; uitersten 1 tot 11 [**tabel 1**]). De drie meest voorkomende problemen waren het ontbreken van een indicatie (n = 39), bijwerkingen (n = 26) en onjuiste dosering (n = 23). De meest gegeven interventieadviezen waren staken van medicatie (n = 35) en dosisverlaging (n = 28) [**tabel 2**].

BESCHOUWING

Onderzoek zoals het onze is in de eerste lijn wel uitgevoerd bij ouderen, maar nooit eerder bij mensen met een verstandelijke beperking. Een Nederlands onderzoek onder thuiswonende 65-plussers met polyfarmacie (n = 3807) wees uit dat de deelnemers gemiddeld drie farmacotherapiegerelateerde problemen hadden. Ook bij hen was het ontbreken van een indicatie het meest voorkomende probleem.[10]

Dat de indicatie voor een bepaald middel niet is te vinden, kan verschillende oorzaken hebben. Veel mensen met een verstandelijke beperking gebruiken hun medicijnen al zo lang dat de oorspronkelijke indicatie niet in een elektronisch dossier is vastgelegd, maar alleen op papier. Ook speelt mee dat medicatie voor psychiatrische diagnoses, gedragsproblemen of epilepsie in eerste instantie niet door de huisarts wordt voorgeschreven, maar door de specialist. De huisarts zal dan moeten nagaan of de patiënt nog onder controle is bij deze specialist.

KNELPUNTEN

Selectie, tijd, vergoeding

Na afloop van de proefimplementatie hield de projectcoördinator gestructureerde interviews met een aantal deelnemende huisartsen, apothekers en AVG's. Zij vonden dat de STRIP-methode na een korte scholing goed uitvoerbaar was, maar dat multidisciplinaire samenwerking wel onmisbaar is. Input van de AVG was met name belangrijk wanneer de patiënt antipsychotica of anti-epileptica gebruikte, of wanneer de communicatie met de patiënt moeizaam verliep – overigens vonden de geïnterviewden de actieve inbreng van patiënten zelf zeer waardevol. Ze waren verrast dat deze proefimplementatie zo'n groot aantal farmacotherapeutische problemen en mogelijke interventies aan het licht bracht.

Het belangrijkste knelpunt bij de selectie van kandidaten voor een medicatiebeoordeling was het ontbreken van een

ICPC-code voor 'verstandelijke beperking'. Huisartsen blijken met name lichte verstandelijke beperkingen en zwakbegaafdheid doorgaans slecht te herkennen.
De belangrijkste knelpunten in de uitvoering waren het plannen van een multidisciplinair overleg, de tijdsinvestering en het ontbreken van afspraken over een passende vergoeding. De tijdsinvestering was fors, vooral doordat dossiers onvolledig waren. Als de STRIP-methode structureel zou worden ingevoerd, mag je verwachten dat dossiergegevens vaker up-to-date zijn en dat huisartsen meer ervaring opdoen, zodat een medicatiebeoordeling veel minder tijd zal kosten. Huisarts en apotheker kunnen onderling afstemmen wie welk deel op zich neemt en een praktijkondersteuner kan worden ingezet voor de communicatie en coördinatie.

Communicatie

Ook een aantal betrokken patiënten is geïnterviewd; de projectcoördinator vroeg daarbij naar eerdere medicatiebeoordelingen, zelfstandigheid, begrip en tevredenheid. Geen van de patiënten bleek ooit eerder direct betrokken te zijn geweest bij een medicatiebeoordeling; ze vonden het erg belangrijk dat dit wel gebeurde. De helft van hen was geheel zelfstandig naar de huisarts of apotheker gegaan voor de anamnese, de anderen hadden een begeleider bij zich. Niet alle patiënten hadden de uitleg tijdens het gesprek volledig begrepen: de helft gaf aan dat ze maar een deel van de informatie hadden meegekregen. Huisartsen en apothekers zullen hun best moeten doen om in taalgebruik en uitleg aan te sluiten bij het niveau van de patiënt.

CONCLUSIE

Uit onze proefimplementatie is gebleken dat een systematische medicatiebeoordeling van patiënten in de eerste lijn die een verstandelijke beperking hebben, ouder zijn dan 35 jaar en vijf of meer medicijnen tegelijk gebruiken, veel oplevert. We troffen bij deze patiëntengroep een groot aantal farmacotherapeutische problemen aan waarvoor een interventie mogelijk was. Huisartsen hebben echter veelal niet in beeld wie van hun patiënten een verstandelijke beperking heeft. Zonder ICPC-code zijn met name mensen met een lichte verstandelijke beperking niet altijd goed identificeerbaar. Wanneer de huisarts vermoedt dat een patiënt een lichte verstandelijke beperking heeft, kan hij een snelle screening uitvoeren met behulp van de SCIL-screeningslijst (screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking).
Samenwerking met een AVG kan belangrijk zijn als het gaat om het bepalen van het niveau van de beperking en de communicatie met de patiënt. De AVG kan ook ondersteuning bieden bij het staken of aanpassen van psychofarmaca en anti-epileptica. Het contact loopt via de poliklinieken voor mensen met een verstandelijke beperking; een lijst is te vinden op de website van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (nvavg.nl). Planning en tijd zijn knelpunten waarover de huisarts en apotheker onderling moeten overleggen; de inzet van een praktijkondersteuner kan een oplossing bieden. Afspraken over een passende vergoeding voor medicatiebeoordelingen bij mensen met een verstandelijk beperking zullen landelijk op de agenda moeten worden gezet bij Zorgverzekeraars Nederland. ■

De actieve inbreng van patiënten werd zeer waardevol gevonden

LITERATUUR

1. Evenhuis HM, redactie. Gezond ouder met een verstandelijke beperking. Resultaten van de GOUD-studie 2008-2013. Rotterdam: Erasmus MC, 2014.
2. Evenhuis HM. Niet eerder oud, maar eerder ongezond: de kwetsbaarheid van mensen met verstandelijke beperkingen. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158:A8016.
3. Schoufour JD, Echteld MA, Bastiaanse LP, Evenhuis HM. The use of a frailty index to predict adverse health outcomes (falls, fractures, hospitalization, medication use, comorbid conditions) in people with intellectual disabilities. Res Dev Disabil 2015;38:39-47.
4. Schoufour JD, Echteld MA, Evenhuis HM. Kwetsbaarheid bij ouderen met een verstandelijke beperking: operationalisering, risico en opsporing. Tijdschr Gerontol Geriatr 2015;46:92-103.
5. Van Marum. RJ, Verduijn MM, De Vries-Moeselaar AC, Van Barneveld TA, Boersma F, Kwint HF, et al. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, 2012.
6. Van Schrojenstein Lantman-de Valk H, Straetmans J, Schellevis F, Dinant G-J. Gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2008;51:62-5.
7. Cardol M, Dusseljee JC, Rijken PM, Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ. Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Huisarts Wet 2011;54:354-8.
8. Bekkema N, De Veer A, Francke A. Zorgen over patiënten met een verstandelijke beperking. Huisarts Wet 2014;57:259.
9. NVAVG poliklinieken 2017 [internet]. https://nvavg.nl, geraadpleegd 14 augustus 2018.
10. Chau SH, Jansen AP, Van de Ven PM, Hoogland P, Elders PJ, Hugtenburg JG. Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. Int J Clin Pharm 2016;38:46-53.

Boot FH, Mulder-Wildemors LGM, Voorbrood V, Evenhuis HM. Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking. Huisarts Wet 2019;62(1):50-3. DOI:10.1007/s12445-018-0373-z.

Erasmus MC, afdeling Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten, Rotterdam: dr. F.H. Boot, arts voor verstandelijk gehandicapten, fleurboot@yahoo.com; prof.dr. H.M. Evenhuis, arts voor verstandelijk gehandicapten. SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Leiden: L.G.M. Mulder-Wildemors, openbaar apotheker. Academisch huisartsennetwerk Primeur, Rotterdam: V. Voorbrood, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: deze proefimplementatie werd mogelijk gemaakt door ZonMw, Nationaal Programma Ouderenzorg, projectnummer 633100002.

Herziening NHG-Behandelrichtlijn Infectieuze balanitis vanaf 12 jaar

Goede hygiëne volstaat meestal bij balanitis

Lisette Verlee, Margriet Bouma

Spoelen zonder gebruik van zeep helpt bij infectieuze balanitis meestal voldoende. Foto: iStock

In de herziene NHG-Behandelrichtlijn Infectieuze balanitis vanaf 12 jaar gaat het niet alleen om het beleid bij candida-balanitis, maar ook om het beleid bij (an)aerobe balanitis. Vaak volstaat het geven van adviezen over goede hygiëne van glans en voorhuid.

De behandelrichtlijn vervangt de Farmacotherapeutische Richtlijn Candida-balanitis uit 2003. Balanitis is een verzamelnaam van een aantal erythemateuze, al of niet erosieve inflammatoire laesies van het slijmvlies van de glans penis. Balanitis kan veroorzaakt worden door candida, aerobe of anaerobe bacteriën (vaker aeroob), soa, niet-infectieuze oorzaken (zoals trauma, automutilatie, allergische reactie) en kan ook bestaan bij een huidaandoening. De behandelrichtlijn richt zich vooral op diagnostiek en beleid bij candida-balanitis en balanitis ten gevolge van andere verwekkers dan candida.

KLINISCH BEELD

De diagnose kan worden meestal worden gesteld op basis van het klinisch beeld. Overweeg om het bloedglucose te bepalen en onderzoek te doen naar overige oorzaken van immunosuppressie bij ernstige, recidiverende of persisterende balanitis. Overweeg dan ook afname van kweken met resistentiebepaling. Verricht bij risico op soa of aanwijzingen daarvoor aanvullend onderzoek naar soa.

In veel gevallen volstaan adviezen over en goede hygiëne van glans en voorhuid om de klachten bij balanitis weg te nemen. Start met medicamenteuze behandeling als spoelen onvoldoende verbetering geeft, of sprake is van ernstige klachten. De behandeling hangt af van de vermoedelijke oorzaak en kan bestaan uit een antimycoticum of antibioticum. De differentiaaldiagnose is uitgebreid. Overleg met of verwijs een patiënt naar de dermatoloog bij twijfel over de diagnose of onvoldoende reactie op medicamenteuze (proef)behandeling(en) voor nadere diagnostiek en behandeling.
Deze behandelrichtlijn sluit aan bij de NHG-Standaard Het soa-consult en de Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen.
De diagnostiek en het beleid van balanitis bij kinderen onder de 12 jaar valt buiten de scope van deze behandelrichtlijn. Bij deze groep wordt balanitis vaker veroorzaakt door een niet-infectieuze oorzaak, zoals fimosis. ■

Verlee L, Bouma M. Herziening NHG-Behandelrichtlijn Infectieuze balanitis vanaf 12 jaar. Huisarts Wet 2018;61(1):54. DOI: 10.1007/s12445-018-0379-6.
NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: L. Verlee, wetenschappelijk medewerker, l.verlee@nhg.org, M. Bouma, senior wetenschappelijk medewerker.

Herziening NHG-Behandelrichtlijn Bursitis olecrani

Alma van de Pol, Ton Kuijpers

Een bursitis olecrani kenmerkt zich door een eenzijdige zwelling van de achterzijde van de elleboog. De oorzaak is veelal irritatie, eenmalig of langdurig, waarbij de wand van de bursa beschadigt en/of een bloeding ontstaat met als gevolg een aseptische ontsteking (niet-infectieuze bursitis). Als complicatie kan een infectie optreden, meestal door stafylokokken of streptokokken (infectieuze bursitis).

KLINISCH BEELD

In het beginstadium is het soms lastig om op basis van het klinisch beeld onderscheid te maken tussen niet-infectieuze en infectieuze bursitis, aangezien symptomen kunnen overlappen. Een zwelling zonder pijn, warmte of roodheid doet een niet-infectieus probleem vermoeden. Pijn, warmte, roodheid of uitbreiding van zwelling, al dan niet in combinatie met regionale lymfadenopathie en algemene ziekteverschijnselen wijzen in de richting van infectie. De integriteit van de huid kan daarbij doorbroken zijn door bijvoorbeeld trauma, schaafwonden of huidziekten. Bij beide vormen van bursitis is de beweging van het ellebooggewricht meestal niet beperkt, omdat de bursa oppervlakkig ligt.

Niet infectieuze bursitis olecrani

- Adviseer de patiënt om druk op de elleboog en pijnprovocaties te vermijden en verwijs naar de informatie over bursitis olecrani op www.thuisarts.nl.
- Wacht in eerste instantie het natuurlijke beloop van de klachten af, ook als klachten een paar weken duren.
- Wees terughoudend met aspiratie van de bursa. Indien de klachten van niet-infectieuze bursitis ernstig zijn en na vier weken niet zijn verbeterd, bespreek dan met de patiënt de mogelijkheid van bursa-aspiratie. Volg voor pijnbestrijding de NHG-Standaard Pijn.
- Een corticosteroïdinjectie wordt niet aanbevolen omdat de effectiviteit niet is aangetoond en bijwerkingen op kunnen treden.

Infectieuze bursitis olecrani

- Overweeg empirische behandeling met antibiotica indien er geen ernstige klachten zijn zoals uitgebreide cellulitis, abcesvorming of ernstige algemene ziekteverschijnselen. Indien u kiest voor antibiotica, start daar dan zo snel mogelijk mee.
  - Start conform de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties flucloxacilline 500 mg 4 dd, 10 tot 14 dagen.
  - Start bij penicilline-overgevoeligheid met claritromycine 500 mg 2 dd of clindamycine 600 mg 3 dd, 10 tot 14 dagen. Volg voor pijnbestrijding de NHG-Standaard Pijn.
  - Maak na twee en na tien dagen een controleafspraak om het effect van de behandeling te evalueren. Adviseer direct contact op te (laten) nemen bij uitbreiding van de infectie of indien inname van antibiotica niet lukt, bijvoorbeeld door misselijkheid of braken.
- Overweeg overleg en/of verwijzing naar de tweede lijn bij risicogroepen.
- Verwijs patiënten met ernstige klachten en patiënten met onvoldoende reactie op empirisch gestarte antibiotische behandeling (spoedverwijzing).

Bij bursitis olecrani is er een eenzijdige zwelling van de achterzijde van de elleboog. Foto: Shutterstock.

KERNBOODSCHAPPEN

- Bursitis olecrani kan ontstaan door niet-infectieuze of infectieuze oorzaken.
- Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelopties van bursitis olecrani.
- Wacht bij een niet-infectieuze bursitis het natuurlijk beloop van de klachten af, ook als klachten een paar weken duren. Adviseer druk op de elleboog en pijnprovocaties te vermijden.
- Een corticosteroïdinjectie wordt niet aanbevolen.
- Start bij infectieuze bursitis een empirische antibiotische behandeling met flucloxacilline indien er geen ernstige klachten zijn zoals uitgebreide cellulitis, abcesvorming of ernstige algemene ziekteverschijnselen. Overleg met de tweede lijn bij risicogroepen.

Van de Pol AC, Kuijpers T. Herziening NHG-Behandelrichtlijn Bursitis olecrani. Huisarts Wet 2019;62(1):55. DOI: 10.1007/s-12445-019-0376-9.
Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap, Utrecht: A.C. van de Pol, wetenschappelijk medewerker, a.vandepol@nhg.org; T. Kuijpers, senior wetenschappelijk medewerker.
De volledige versie van de herziene NHG-Behandelrichtlijn Bursitis olecrani is te raadplegen op de website van het NHG, www.nhg.org (zie richtlijnen en praktijk, NHG-Behandelrichtlijnen).

Vaccinatie tegen humaan papillomavirussen

Paul Janssen

Persisterende infectie met hoogrisico humaan papillomavirus (hrHPV) is geassocieerd met het ontstaan van baarmoederhalskanker. HPV-typen 16 en 18 veroorzaken wereldwijd ongeveer 70% van de ziektegevallen. Biedt HPV-vaccinatie bescherming tegen de ontwikkeling van baarmoederhalskanker? Volgens de auteurs van deze Cochrane-review zijn er zeer betrouwbare aanwijzingen dat HPV-vaccins beschermen tegen voorstadia van baarmoederhalskanker bij vrouwen die zijn gevaccineerd in de leeftijd van 15 tot 26 jaar. De bescherming werkt minder goed wanneer een deel van de bevolking al is geïnfecteerd met HPV.

De auteurs selecteerden 26 onderzoeken (73.428 vrouwen overwegend jonger dan 26 jaar). Drie onderzoeken rekruteerden vrouwen tussen 25 en 45 jaar. In alle onderzoeken werd de vaccinveiligheid geëvalueerd en in 10 onderzoeken (follow-up 3,5 tot 8 jaar) de bescherming tegen prekanker (CIN2+, CIN3+, adenocarcinoom in situ (AIS)). De onderzoekers vergeleken het HPV-vaccin met een dummy-vaccin. Zij gingen de bescherming tegen prekanker na bij personen die op het moment van vaccinatie vrij waren van hrHPV, vrij van HPV-16/18, en bij personen met of zonder HPV-infectie. Zij stelden afzonderlijk vast: prekanker geassocieerd met HPV-16/-18 en elke prekanker ongeacht het HPV-type.
Bij vrouwen in de leeftijd van 15 tot 26 jaar, vrij van hrHPV en van HPV-16/18, vermindert HPV-vaccinatie het risico van aanhoudende HPV-16/18-infectie, CIN2+, CIN3+ en AIS. Bij vrouwen, vrij van hrHPV, verminderen HPV-vaccins het risico op prekanker geassocieerd met HPV-16/18 van 164 tot 2/10.000 (RR 0,01; 95%-BI 0 tot 0,5) en op elke prekanker van 287 tot 106/10.000 (RR 0,10; 95%-BI 0,01 tot 0,82). Bij jonge vrouwen, vrij van HPV-16/18, vermindert het risico op prekanker geassocieerd met HPV-16/18 van 113 tot 6/10.000 (RR 0,05; 95%-BI 0,03 tot 0,10). Bij vrouwen met of zonder HPV-infectie blijkt dat bij gevaccineerde vrouwen van 15 tot 26 jaar HPV-vaccinatie het risico op prekanker geassocieerd met HPV-16/18 vermindert van 341 tot 157/10.000 (RR 0,46; 95%-BI 0,37 tot 0,57) en elke prekanker van 559 tot 391/10.000 (RR 0,70; 95%-BI 0,58 tot 0,85). Bij vrouwen in de leeftijd van 25 tot 45 jaar zijn de effecten van het HPV-vaccin op prekanker kleiner.
Bij controle- en HPV-vaccins is het risico op ernstige bijwerkingen vergelijkbaar. HPV-vaccins geven geen hoger risico op een miskraam. Er zijn onvoldoende gegevens over het risico van doodgeboorten en baby's met misvormingen. De onderzoeken waren niet opgezet om het effect op baarmoederhalskanker te beoordelen. Ter evaluatie van de preventie van baarmoederhalskanker accepteerde de WHO echter cervicale prekanker als eindpunt. Hoewel de onderzoeken groot waren en geen veiligheidsrisico's zijn vastgesteld, vereist vaccinveiligheid evaluatie in surveillanceonderzoeken.

VACCINATIETWIJFEL

De resultaten van deze Cochrane-review zijn relevant voor de huisarts. In Nederland is de afgelopen jaren de vaccinatiegraad voor de meeste vaccinaties in totaal met ongeveer 2 tot 3% gedaald, voor de HPV-vaccinatie zelfs met 15%. In 2017 nam de deelname aan de HPV-vaccinatie met 8% af (van 53,4 naar 45,5%). Door deze daling worden per geboortejaar tientallen gevallen van baarmoederhalskanker minder voorkómen, zo blijkt uit berekeningen van het RIVM. Dat is verontrustend als we in ogenschouw nemen dat juist voor meisjes in de leeftijdsgroep waarin de HPV-vaccinatie plaatsvindt (vóór de eerste seksuele contacten) er duidelijke gezondheidswinst kan worden behaald. Bovendien geeft een hoge vaccinatiegraad bescherming voor de gehele populatie. Omdat profylactische HPV-vaccins niet werken tegen een bestaande HPV-infectie, is bescherming minder effectief in populaties die al aan HPV zijn blootgesteld. Redenen om niet deel te nemen aan vaccinatie tegen baarmoederhalskanker zijn onder andere bezorgdheid over mogelijke bijwerkingen van de vaccinatie hetgeen echter niet door onderzoek wordt bevestigd. De huisarts kan de vaccinatietwijfel bij de patiënt verminderen door dergelijke zorgen bespreekbaar te maken, zoals op Thuisarts.nl staat, en adequate voorlichting over HPV-vaccinatie te geven. ■

LITERATUUR

1. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD009069.
2. www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2018/Juni/Vaccinatiegraad_en_jaarverslag_Rijksvaccinatieprogramma_Nederland_2017.

Janssen PGH, Vaccinatie tegen humaan papillomavirussen. Huisarts Wet 2019;62(1):56. DOI: 10.1007/s12445-018-0363-1.
Amsterdam UMC, Vrije universiteit, Huisartsopleiding, Amsterdam: dr. P.G.H. Janssen, huisarts en opleider, p.janssen1@vumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Niet-medicamenteuze behandeling van chronische prostatitis

Grietje Knol-de Vries, Marco Blanker

Chronische prostatitis, ook wel chronisch bekkenpijnsyndroom (CP/CPPS) genoemd, blijkt zeer lastig te behandelen, mede door de grotendeels onbegrepen aard van de aandoening. De auteurs van een Cochrane-review onderzochten de effecten van niet-medicamenteuze interventies bij mannen met chronische prostatitis. Acupunctuur en extracorporeal shockwave therapy lijken een positief effect te hebben, al is het bewijs hiervoor matig.

CP/CPPS kenmerkt zich door langdurige bekkenpijn en mictieklachten, met mogelijk seksuele ongemakken en een verminderde kwaliteit van leven als gevolg. De interventies lopen sterk uiteen, zo illustreert de lange lijst van behandelopties die in deze Cochrane-review werden onderzocht: (elektro)acupunctuur, circumcisie, elektromagnetische therapie, leefstijlaanpassingen, fysieke activiteit, prostaatmassage, extracorporeal shockwave therapy (ESWT), thermotherapie, biofeedback, myofasciale triggerpoint therapie, lasertherapie, stimulatie van de nervus tibialis, transcutaneous electrical nerve stimulation, en osteopathie.[1]

De auteurs selecteerden 38 RCT's (in totaal 3290 patiënten), met 20 tot 774 patiënten per onderzoek (mediane sample size 60, en een mediane leeftijd van 37 jaar). De follow-up duur van de onderzoeken bedroeg maximaal 24 weken.

De primaire uitkomstmaat was het effect op zelfgerapporteerde prostatitissymptomen, doorgaans gemeten met de NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index (CPSI). Daarnaast keken de onderzoekers naar bijwerkingen, seksuele disfunctie, mictieklachten, kwaliteit van leven, depressie en angst.

Op basis van matig bewijs bleken acupunctuur en ESWT een positief effect op de klachten te hebben, met weinig tot geen bijwerkingen. Zo leidde acupunctuur (3 onderzoeken; n = 204) tot een klinisch relevante vermindering van klachten vergeleken met een placeboprocedure (NIH-CPSI -5,79; 95%-BI -7,32 tot -4,26). ESWT (3 onderzoeken; n = 157) leidde ook tot een klinisch relevante vermindering van klachten (NIH-CPSI -6,18; 95%-BI -7,46 tot -4,89). Daarnaast verminderde stimulatie van de nervus tibialis mogelijk de symptomen, maar er waren geen gegevens over eventuele bijwerkingen.

De auteurs beoordelen de kwaliteit van het bewijs van de meeste overige interventies als laag tot zeer laag. Vrijwel alle onderzoeken waren van mindere kwaliteit, met name door het niet blinderen van deelnemers en uitvoerders, en onduidelijke randomisatieprocedures. Daarnaast waren de meeste interventies van korte duur en de groepen klein. De auteurs wijzen ook op het vrijwel ontbreken van gegevens over de impact van CP/CPPS-behandeling op seksueel functioneren, kwaliteit van leven, angst en depressie.

MATIG BEWIJS

Wij zijn kritisch over de conclusies van de auteurs. Naast de matige kwaliteit van de onderzoeken plaatsen we nog een kanttekening bij de onderzoeken naar acupunctuur. Het beschreven effect is waarschijnlijk overschat door het niet publiceren van onderzoeken met negatieve uitkomsten. Dit lijkt vooral een trend te zijn in Oost-Aziatische landen, waar juist veel van de onderzoeken over acupunctuur worden uitgevoerd. Het gepubliceerde succespercentage van acupunctuur ligt in deze landen extreem hoog.

> Chronische prostatitis is lastig te behandelen, mede doordat de oorzaken vaak niet duidelijk zijn

Een probleem van ESWT is het ontbreken van consensus over de beste wijze van uitvoering (zoals dosering en frequentie). De auteurs van de Cochrane-review gaan niet in op de verschillen tussen de RCT's die hebben gekeken naar het effect van ESWT op CP/CPPS-klachten, maar deze kunnen zeker invloed hebben op de uitkomsten van deze behandeling.

Hoewel er steeds meer bewijs is dat disfunctie van de bekkenbodem(spieren) één van de mogelijk oorzaken is van CP/CPPS, hebben de auteurs bekkenfysiotherapie niet opgenomen in hun zoekstrategie. Het weglaten van deze behandeling heeft geen gevolgen aangezien er op dit moment geen RCT's zijn die het effect van bekkenfysiotherapie op klachten van prostatitis hebben onderzocht. Bekkenfysiotherapie zou echter in het vervolg wel opgenomen moeten worden in de zoekstrategie. ■

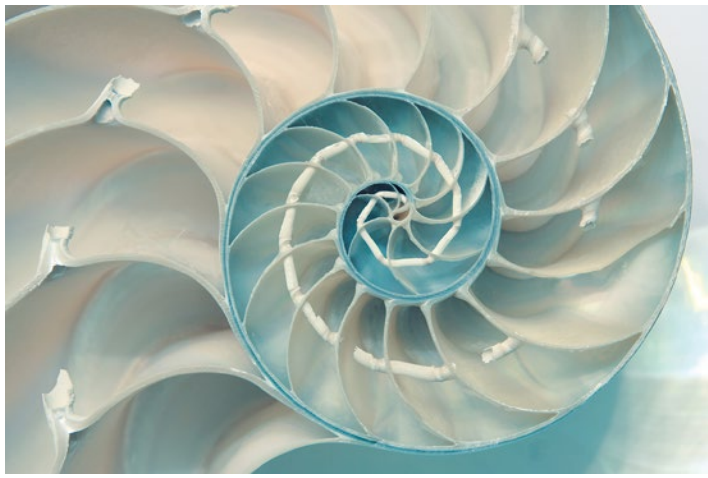
LITERATUUR

1. Franco JVA, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Garrote V, et al. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD012551.

Knol-de Vries G, Blanker MH. Niet-medicamenteuze behandeling van chronische prostatitis. Huisarts Wet 2019;62(1):57. DOI: 10.1007/s12445-018-0361-3.
UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: dr. G. Knol-de Vries, post-doc onderzoeker, g.e.de.vries@umcg.nl; dr. MH. Blanker, huisarts, senior onderzoeker.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Meer kans op perforaties bij spiraal postpartum

Maartje Schouwenburg



Hoe eerder een spiraal wordt geplaatst na de bevalling, hoe groter het risico op een baarmoederperforatie. Foto: iStock

Bij plaatsing van een spiraal na de bevalling is er een kleine (< 1%) kans op een baarmoederperforatie. Uitstel van plaatsing van een spiraal tot zes maanden postpartum lijkt het risico daarop te verminderen. Daarom is het advies om samen met de patiënt een afweging te maken tussen het perforatierisico en het belang van betrouwbare anticonceptie.

De NHG-Standaard Anticonceptie adviseert de spiraal vier tot zes weken na de bevalling te plaatsen om de kans op een baarmoederperforatie, een zeldzame maar gevreesde complicatie, te verkleinen.[1] Het is onduidelijk waarop dit advies is gebaseerd. Daarom ging de auteur na op welk moment postpartum de kans op een baarmoederperforatie door een hormoon- of koperspiraal het kleinst is.

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

De auteur doorzocht de Cochrane Library en PubMed met de zoektermen "perforation AND IUD". Dit leverde 411 artikelen op waarvan er na screening van titel en abstract twee relevante, originele onderzoeken overbleven.[2,3]
Caliskan et al bekeken in een cohortonderzoek (n = 8343) de risicofactoren voor een baarmoederperforatie bij het plaatsen van een koperspiraal in een ziekenhuis in Ankara.[2] Bij alle vrouwen werd na 12 maanden (of eerder bij klachten) een transvaginale echo verricht om een perforatie vast te stellen. De onderzoekers vonden in totaal 18 perforaties (0,2%), waarvan 90% binnen een jaar postpartum. Opvallend was dat slechts 72% van de vrouwen symptomen had van een perforatie. Het risico op een baarmoederperforatie was significant groter bij plaatsing tussen 0 en 3 maanden en tussen 4 en 6 maanden dan bij plaatsing op een later tijdstip (plaatsing tussen 0 tot 3 maanden: absoluut risico (AR) 0,7%; relatief risico (RR) 11,7; 95%-BI 2,8 tot 49,2; number needed to harm (NNH) 159 – plaatsing tussen 4 tot 6 maanden: AR 0,9%; RR 13,2; 95%-BI 2,8 tot 62; NNH 121).
Het cohortonderzoek van Heineman et al (n = 63.194) bekeek de impact van borstvoeding en het tijdstip van plaatsing postpartum op het risico van baarmoederperforaties.[3] Twaalf maanden na plaatsing verstuurden zij een vragenlijst aan de arts en patiënt over eventuele perforatieklachten. Hierbij werden in totaal 81 perforaties (0,1%) gerapporteerd. Het tijdstip van plaatsing postpartum < 36 weken in combinatie met het geven van borstvoeding bleek het hoogste risico op perforatie met zich mee te brengen (RR 6,1; 95%-BI 3,9 tot 9,6).

BESPREKING EN AANBEVELING

De twee cohortonderzoeken bevatten een grote onderzoekspopulatie, de follow-up was voldoende en er was weinig loss to follow-up. Er waren ook beperkingen: de onderzoeken zijn niet in de eerste lijn uitgevoerd en er zijn geen andere risicofactoren meegenomen in de analyses. Daarnaast zijn de betrouwbaarheidsintervallen in het eerste cohortonderzoek erg breed. Ondanks deze beperkingen is het aannemelijk dat het risico op baarmoederperforaties bij plaatsing binnen 6 maanden na de bevalling is verhoogd ten opzichte van plaatsing op een later tijdstip. De onderzoeken lieten echter ook zien dat baarmoederperforaties zeldzaam zijn, waardoor de absolute kans hierop bij plaatsing binnen 6 maanden na de bevalling nog steeds relatief klein is (0,7 tot 0,9%). Aangezien een baarmoederperforatie ernstige gevolgen kan hebben, is het van belang om met de patiënt de voors en tegens van plaatsing van een spiraal af te zetten tegen die van andere vormen van anticonceptie. ■

LITERATUUR

1. Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011:54:652-76.
2. Caliskan E, Öztürk N, Dilbaz Ö, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. Eur J Contracept Reprod Health Care 2003;8:150-5.
3. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Do Minh T. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. Contraception 2015;91:274-9.

Schouwenburg MG. Meer kans op perforaties bij spiraal postpartum. Huisarts Wet 2019;62(1):58. DOI:10.1007/s12445-018-0378-7.
Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Amsterdam: M.G. Schouwenburg, huisarts-in-opleiding, m.g.schouwenburg@vumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een critically appraised topic (CAT), waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Lopend onderzoek

Communicatie-interventie bij patiënten met SOLK

Juul Houwen

Huisartsen hebben een belangrijke rol in het behandelen van patiënten met SOLK. Ze vinden deze consulten echter vaak lastig en ervaren problemen in de communicatie met deze patiënten. In Nijmegen ontwikkelen onderzoekers daarom een communicatie-interventie voor huisartsen die ze kunnen toepassen in consulten met patiënten met SOLK.

Drie tot tien procent van de consulten bij de huisarts gaat over SOLK.[1] Patiënten met ernstige SOLK zijn vaak niet tevreden over de zorg die ze van hun huisarts krijgen.[2] Verschillende onderzoeken tonen een mismatch aan tussen enerzijds de zorg door de huisarts en anderzijds de verwachtingen van patiënten met SOLK.[3] Op dit moment ontbreekt een effectieve behandeling die acceptabel is voor SOLK-patiënten en makkelijk in te passen is in het spreekuur van de huisarts. Een communicatie-interventie kan de zorg voor patiënten met SOLK verbeteren.

In dit project zijn patiënten met SOLK direct betrokken bij de ontwikkeling van de interventie. De onderzoekers laten huisartsen consulten met patiënten met SOLK opnemen op video en kijken deze daarna samen terug, eerst met de patiënt en dan met de huisarts. De feedback van beide groepen voegen zij vervolgens samen met de uitkomsten van focusgroepen (patiënten met SOLK, huisartsen, SOLK-experts en onderwijsdeskundigen), om een acceptabele en eenvoudig in te voeren communicatie-interventie te ontwikkelen. De arts-patiëntcommunicatie – met daarin ook aandacht voor de non-specifieke, therapeutische elementen en de arts-patiëntrelatie – staan hierin centraal, omdat deze elementen gezondheidsuitkomsten in belangrijke mate beïnvloeden. In het volgende stadium zullen de onderzoekers de interventie testen met acteurs en de interventie zo nodig aanpassen. Daarna gaan zij de ontwikkelde interventie in de dagelijkse praktijk testen. De resultaten van het videoconsultenonderzoek zijn reeds gepubliceerd, de onderzoekers hopen de resultaten van de interventie in 2021 te publiceren.[4-6] Hun bevindingen moeten leiden tot aanbevelingen voor onderwijs en richtlijnen. ■

In de communicatie-interventie bij SOLK staat de arts-patiëntcommunicatie centraal. Foto: iStock

LITERATUUR

1. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. BMC Fam Pract 2014;15:107.
2. Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, et al. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. J Gen Intern Med 2009;24:443-9.
3. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. Br J Gen Pract 2004;54:171-6.
4. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft PJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. Fam Pract 2017;34:245-51.
5. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft WJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. Br J Gen Pract 2017;67:e716-e23.
6. Stortenbeker IA, Houwen J, Lucassen P, Stappers HW, Assendelft WJJ, Van Dulmen S, et al. Quantifying positive communication: Doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. Patient Educ Couns 2018;101:1577-84.

Houwen J. Communicatie-interventie bij patiënten met SOLK. Huisarts Wet 2019;62(1):59. DOI:10.1007/s12445-018-0358-y.
Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: J. Houwen, aioto, Juul.Houwen@radboudumc.nl.
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Discussie over poh's-ggz in de huisartsenpraktijk

Bij het artikel 'Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen' van Tessa Magnée e.a. (Huisarts Wet 2018;61(11):14-7) verschenen op www.henw.org deze reacties.

Beschouwing

Ontwikkelingen ggz in de huisartsenzorg 2010-2015

Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen

Tessa Magnée, Derek de Beurs, François Schellevis, Peter Verhaak

De invoering van de basis-ggz had een grote invloed op de zorg voor patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk. In de periode 2010-2014 kregen zowel huisartsen als praktijkondersteuners-ggz steeds meer patiënten met psychische problemen op consult. Poh's-ggz namen geen patiënten over van de huisarts, maar leverden vooral aanvullende zorg aan patiënten die voorheen waarschijnlijk geen hulp zouden hebben gekregen of die verwezen zouden zijn. Huisartsen schreven tussen 2011 en 2015 niet minder, maar iets meer antidepressiva voor bij angst of depressie, hoewel zij met de komst van de poh-ggz meer behandeltips hebben. Huisartsen konden door de recente ontwikkelingen voor extra uitdagingen te staan.

DE BASIS-GGZ

Om de geestelijke gezondheidszorg betaalbaar te houden werd op 1 januari 2014 in Nederland een hervorming ingevoerd: de basis-ggz. De overheid wil dat zo veel mogelijk patiënten met psychische problemen binnen de eerstelijnszorg worden behandeld, vanwege de goede toegankelijkheid voor patiënten en omdat dat goedkoper is dan gespecialiseerde zorg. Een belangrijk onderdeel van de basis-ggz is een nieuw verwijzingsmodel, dat aanbevelingen bevat voor het verwijzen van patiënten met psychische problemen.[1] Volgens de regels van het nieuwe verwijzingsmodel kunnen huisartsen alleen nog patiënten met een (vermoedelijke) psychiatrische stoornis verwijzen. Zij verwijzen patiënten met eenvoudige problematiek naar de geners-

Poh-ggz Jan Jacobs in gesprek met een patiënt.

Foto: Margot Schwegler

SEPTEMBER 2018 HUISARTS EN WETENSCHAP 1

De getallen en conclusies van Tessa Magnée die ik eind 2016 in het NTvG las, bevestigden het vermoeden dat ik al langer had. De poh-ggz heeft geen werk van ons overgenomen, maar verleent voornamelijk nulde- en tweedelijnszorg. Op zich is dat natuurlijk niet zo gek: de meeste poh's zijn (vaak voor een groot deel) in de tweede lijn opgeleid en passen, eenmaal in de eerste lijn werkzaam, vaak nog de hun vroeger aangeleerde vaardigheden toe; en die zijn heel anders dan die van ons om in een kort traject snel wat piketpalen te slaan en zo nodig te verwijzen. Voeg daarbij de extra uren die je kwijt bent aan managen en je moet je afvragen wat we ons op de hals hebben gehaald.
In onze praktijk kwam daar nog bij dat, rekenend met de vergoeding die wij daarvoor krijgen, deze zorg verliesgevend was. Mijn ervaring is dat veel collega's de kosten van hun behuizing niet goed doorrekenen, en dat de LHV dat destijds kennelijk ook niet goed heeft gedaan. In onze krappe praktijk ging dat ten koste van ruimte voor andere zorg (zoals somatische ketenzorg). Begin dit jaar zijn wij dan ook bewust gestopt met de inzet van de poh-ggz.
Als huisarts zijn we altijd geïnteresseerd in de volle breedte van de geneeskunde en denken we al snel te kort te schieten in service, kennis en kunde, en schieten we heen en weer tussen schuldgevoel en wéér een nascholing. Maar als huisarts moeten we ook grenzen kunnen trekken. Wij zijn immers de generalist, anderen (specialisten, bestuurders, politici) missen ons overzicht en onze specifieke ervaring. Bezuinigen op de zorg door tweedelijnszaken over te hevelen naar de eerste lijn klinkt mooi, maar draait als we zo doorgaan steeds vaker uit op het over de schutting kieperen van problemen en dat gaat ten koste van andere aspecten van ons zo mooie vak.

Cees Sluimer

Niet onverwacht bevestigen Magnée et al. op basis van de NIVEL-zorgregistraties tot 2014 dat de huisarts steeds meer mensen met psychische problemen behandelt door de inzet van de poh-ggz. Terecht pleiten zij voor het generalistische karakter hiervan. Ze waarschuwen voor hogere werkdruk van de huisarts, omdat de poh-ggz geen taken overneemt, maar aanvullende zorg levert.
Het generalistische karakter van de ggz-zorg vergt inderdaad aandacht. In de Generieke module Psychische klachten in de huisartspraktijk wordt aangegeven welke interventies in de huisartsenpraktijk beschikbaar zouden moeten zijn.[1] Elders wordt methodisch werken bij psychische klachten aanbevolen.[2]
De suggestie van Magnée et al. dat de inzet van de poh-ggz tot verhoging van de werkdruk van de huisarts leidt, is echter ongenuanceerd. Verhelderend is hierbij vergelijking met de poh-somatiek. Door inzet van de poh-somatiek levert de huisarts kwalitatief en kwantitatief betere zorg. Dat lijkt de poh-ggz ook volop te doen voor zowel mensen met nieuwe als met chronische psychische problemen. J. Nuijen en collega's van het Trimbos-instituut onderzoeken op dit moment de effectiviteit van de inzet van de poh-ggz.
De huidige werkdruk van de huisarts neemt wel toe door wachttijden en financiële drempels in de b-ggz en s-ggz (overbruggingszorg) en ook door het eenvoudigweg terugsturen van patiënten als die niet in het profiel van de instelling passen. Dat is in de somatiek ondenkbaar!

Richard Starmans

LITERATUUR

1. Netwerkkwaliteitsontwikkeling GGZ. Generieke module Psychische klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017.
2. Starmans R. Rijnders R, Cox M. Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten. Huisarts Wet 2018;61(11):37-9.

REACTIE AUTEURS OP CEES SLUIMER

U noemt 'piketpalen slaan' als een van de centrale vaardigheden van de huisarts. Mooie omschrijving!

Ik begrijp dat u een hogere werkdruk heeft ervaren door het aannemen van een poh-ggz. Daarnaast heeft u praktische bezwaren (te weinig ruimte, te hoge kosten). Er wordt veel verwacht van huisartsen, en het is begrijpelijk dat u grenzen trekt. Dat ons onderzoek echter aantoont dat de poh-ggz vooral nuldelijnszorg (preventie) en tweedelijnszorg levert is een misverstand. We hebben alleen de omvang van de zorg onderzocht, en niet de inhoud. Het is niet uitgesloten dat poh's-ggz op dit moment wel degelijk eerstelijnszorg bieden. We noemen dit als punt van aandacht, omdat er op dit moment nog veel variatie is in opleiding en werkervaring van poh's-ggz. Sommigen zijn inderdaad afkomstig uit de gespecialiseerde zorg, maar zeker niet allemaal. Ook heeft al ongeveer driekwart van de poh's-ggz een aanvullende poh-ggz-opleiding gevolgd, zo blijkt uit de meest recente ledenpeiling van de Landelijke Vereniging POH-GGZ (nog niet gepubliceerd). In de poh-ggz-opleiding komt bijvoorbeeld het generalistische KOP-model aan de orde. Piketpalen slaan; naar mijn idee kan de poh-ggz dit wel degelijk ook (leren). Verder onderzoek moet uitwijzen in hoeverre dit in de huidige praktijk al wordt gedaan.

Tot slot: er is een mogelijkheid dat de poh-ggz in de toekomst de werkdruk van de huisarts alsnog zal verlagen. Dit lijkt waarschijnlijk wanneer de zorgvraag voor psychische problemen verder toeneemt – waar de meest recente cijfers op lijken te wijzen – en de poh-ggz steeds meer thuis raakt in haar of zijn rol.[1] Ook in de steeds belangrijker wordende samenwerking in de wijk kan de poh-ggz mogelijk een rol spelen en daarmee de huisarts ontlasten.[2]

Tessa Magnée

Literatuur

1. NIVEL. Infographic - Toename patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2018. Https://www.nivel.nl/nl/nieuws/toename-patiënten-met-psychische-en-sociale-problemen-de-huisartsenpraktijk.
2. Van den Muijsenbergh METC, Schers HJ, Assendelft WJJ. Huisarts werkt in de toekomst wijkgericht. Huisarts Wet 2018;61(10):41-3.

REACTIE AUTEURS OP RICHARD STARMANS

Ik beaam dat de hogere werkdruk onder huisartsen door de komst van de poh-ggz mogelijk samengaat met een betere kwaliteit van zorg. En dat belangrijk onderzoek door het Trimbos-instituut naar de inzet van de poh-ggz daar eerste inzichten in moet geven. Een recente review van internationale literatuur laat in elk geval zien dat de effecten van interventies ingezet door professionals vergelijkbaar met de poh-ggz veelbelovend zijn, al is de bewijslast nog (zeer) beperkt.[1]

De huidige wachttijden en de financiële drempels voor behandeling in de ggz hebben inderdaad negatieve gevolgen voor de werkdruk in de huisartsenpraktijk. Dit is behalve voor huisartsen ook een probleem voor poh's-ggz, die vaak te lang patiënten met te complexe problematiek blijven begeleiden. Bij sommige praktijken zijn er nu ook wachttijden voor de poh-ggz ontstaan, wat natuurlijk strijdig is met het laagdrempelige karakter van de huisartsenzorg.[2] Helaas is er vooralsnog weinig zicht op verbetering op dit gebied.

De Generieke module Psychische klachten in de huisartspraktijk en het Handboek KOP-model bieden inderdaad goede handvaten voor poh's-ggz om generalistisch te werken. Het onderzoek van het Trimbos-instituut geeft naar verwachting ook inzicht in de methodieken die in de huidige praktijk worden ingezet door de poh-ggz, en in hoeverre deze generalistisch zijn.

Tessa Magnée

Literatuur

1. Halcomb EJ, McInnes S, Christopher P, Moxham L. Nurse-delivered interventions for mental health in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. Fam Pract 2018 Oct 26. DOI: 10.1093/fampra/cmy101 [Epub ahead of print].
2. Magnée T, De Beurs D, Verhaak P. Wachttijden voor de poh-ggz. Huisarts Wet 2017;60(5):205.

Heert Dokterprijs 2018 naar 'Nifedipine helpt niet bij chronische perniones'

Hans Uijen reikt de Heert Dokterprijs 2018 uit aan Ibo Souwer.

Foto: Margot Scheerder

Het artikel 'Nifedipine helpt niet bij chronische perniones' van Ibo Souwer en collega's won de Heert Dokterprijs 2018 voor het beste onderzoeksartikel van het afgelopen jaar in Huisarts en Wetenschap. Hans Uijen, lid van de selectiecommissie, reikte de Heert Dokterprijs uit aan een blije Souwer tijdens het NHG-congres in Den Haag op 9 november 2018.

Huisartsen schrijven nifedipine vaak voor bij de behandeling van chronische perniones maar het middel helpt niet, zo betoogden Ibo Souwer en collega's in hun winnende artikel. Gebruik van nifedipine bij chronische perniones heeft echter wel bijwerkingen. Daarom heeft nifedipine geen plaats bij de behandeling van winterhanden en -voeten.
De Heert Dokterprijs wordt elk jaar uitgereikt voor het beste onderzoeksartikel dat in H&W is gepubliceerd. Het gaat daarbij om zowel origineel Nederlands onderzoek als vertaald onderzoek. Het was dit keer een moeilijke beslissing voor de jury, want deze jaargang bevatte extra veel onderzoeksartikelen van hoog niveau. De andere genomineerden voor de Heert Dokterprijs 2018 waren: Juliette Parlevliet en collega's met 'Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten' en Judith Rietjens en collega's met 'Internationale definitie van advance care planning'. ■

LITERATUUR

1. Souwer IH, Bor JHJ, Smits P, Lagro-Janssen ALM. Nifedipine helpt niet bij chronische perniones. Huisarts Wet 2018;61(2):33-5.
2. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, Van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, Schmand B, De Rooij SE. Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten. Huisarts Wet 2018;61(1):20-5.
3. Rietjens JA, Sudore RL, Deliens L, Ott B, Connolly M, Van Delden JJ, et al. Internationale defnitie van advance care planning. Huisarts Wet 2018;61(8):22-9.

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

Redactie
Ivo Smeele (hoofdredacteur), Marian van den Brink, Marianne Dees, Mirrian Hilbink, Victor van der Meer, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

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

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

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

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 262,00, online-only abonnement € 157,20, studenten 50% korting.
Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd.
Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

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

© 2019 NHG
ISSN 0018-7070

Netwerkorganisatie

Plannen maken voor een nieuw jaar begint niet onder de kerstboom. Vorig voorjaar begonnen we met ontwikkelingen in de huisartsenzorg analyseren, ook van de organisaties waarmee we te maken hebben. We bespraken onze focus voor het komende jaar met de NHG-Verenigingsraad en de hoofden van de afdelingen Huisartsgeneeskunde van de acht universiteiten, en we gebruikten de ledenraadpleging. Enkele uitkomsten: maak meer ondersteuningsmateriaal dat direct toepasbaar is in de spreekkamer, focus op de diversiteit – van richtlijn tot voorlichting – en maak meer gebruik van de kennis die aanwezig is op de universiteiten. En blijf vooral actuele kennis aanbieden. Natuurlijk is niet alles te voorspellen, zoals de uitkomsten van de herijking van de toekomstvisie.
Met de analyse hebben we in de zomer en het najaar het jaarplan geschreven, dat de ledenvergadering in december heeft aangenomen. Het jaarplan bevat strategische programma's, zoals 'Digitaal en toegankelijk' dat zorgt voor toegankelijker standaarden en 'Verschil zien en maken' voor diversiteit als onderdeel van persoonsgerichte zorg. Ook de NHG-website maakt een verbeterslag, waarmee elk individueel lid op maat krijgt wat hij of zij nodig heeft, want ook de behoeften van huisartsen verschillen.
De vele vragen die we krijgen van leden en andere samenwerkingspartners, gaan we in 2019 afhandelen via een kenniscentrum, zodat we u de juiste informatie snel en actueel kunnen leveren. Dat vraagt niet alleen om een andere interne organisatie, maar vooral ook om verbinding met huisarts-wetenschappers in het land, zodat we als NHG niet alleen een professionele, maar ook een netwerkorganisatie zijn. Want een vereniging als het NHG kan alleen bestaan dankzij de verbinding met de leden, een vereniging die de moeite waard is om je leven lang lid van te zijn. ■

Rob Dijkstra

Deelakkoord Roken

Eind november 2018 presenteerde staatssecretaris Blokhuis van VWS, samen met zeventig andere partijen, het Nationaal Preventieakkoord. Behalve de deelakkoorden over overgewicht en problematisch alcoholgebruik omvat het Nationaal Preventieakkoord ook een deelakkoord over roken. Samenwerkingspartners NHG, LHV en Ineen zijn samen opgetrokken voor een gedegen inbreng voor deze zogeheten deeltafel. Zij hebben zich sterk gemaakt voor de vrijstelling van het eigen risico voor de stoppen-met-rokenmedicatie door zorgverzekeraars wanneer deze gekoppeld is aan gedragsmatige begeleiding, voor aandacht voor vergoeding van meer dan één stoppen-met-roken-poging, en voor verbetering van de ondersteuning en advisering door huisartsen voor patiënten die willen stoppen met roken.
NHG.org, Nieuws 29 november.

Bètaversie standaardenwebsite

De NHG-Standaarden krijgen een nieuwe online omgeving. Momenteel is er een uitprobeerversie beschikbaar, de bètaversie, waarin vijf NHG-Standaarden zijn opgenomen. De nieuwe website is bedoeld voor alle NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen en biedt gebruikers meer gemak: de informatie is snel te vinden. De nieuwe website is gemaakt voor soepel navigeren via tablet, telefoon of computer.
Tot eind januari kunt u de website testen en feedback geven. Met de gebruikersfeedback ontwikkelen we de site verder in het eerste kwartaal van 2019. De verwachting is dat eind 2019 alle NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen zijn opgenomen in de nieuwe website. Bekijk de bètaversie via richtlijnen.nhg.org.

Kaderopleiding ggz start in maart

In maart 2019 start de zesde NHG-Kaderopleiding ggz. Deze afwisselende, competentiegerichte tweejarige opleiding kent aandachtsgebieden op het gebied van inhoud, en van kwaliteit van hulpverlening en organisatie. Er is ook aandacht voor didactische vaardigheden en wetenschappelijke vorming. De opleiding biedt de deelnemende huisartsen verdieping en verbreding van hun persoonlijke en professionele ontwikkeling, en specifieke kennis van diagnostiek en behandeling van psychische klachten.
De opleiding bereidt u voor op uw rol als kaderhuisarts. Kaderhuisartsen zorgen voor deskundigheidsbevordering, beleid en organisatie, intercollegiale advisering en consultatie. Ze dragen bij aan de kwaliteit van de psychische gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk, zorgen voor positionering van de poh-ggz en voor samenwerking, zijn een onmisbare schakel in de keten en ketenzorg, en bieden ondersteuning binnen de zorggroepen.

NHG.org, Expertgroepen.

Toekomstbestendige infrastructuur

ICT moet doen wat huisarts wil en verwacht

Huisartsen liepen in de zorgsector altijd voorop met ICT, zeker vergeleken met ziekenhuizen. Maar achteroverleunen kan niet met ICT. Dus helpt het NHG huisartsen met het NHG-Programma Informatisering Huisartsenzorg. Veel speelt zich achter de schermen af, zoals overleg en afstemming met andere partijen.

Huisartsen waren altijd voorlopers in ICT, zegt Nationaal ICT Instituut voor de Zorg (Nictiz) in hun rapport van maart *Toekomst digitalisering eerstelijnszorg huisartsen*. Huisartsen waren al in de jaren negentig gestructureerd bezig met het HIS en elektronische patiëntendossiers, lang voor de ziekenhuizen.

DIGITALISERINGSPARADOX

Toch moeten we als beroepsgroep oppassen, stelt het Nictiz. Nictiz noemt het de digitaliseringsparadox: tevreden met de ICT ondanks dringende noodzaak tot vernieuwing. We berusten in ongemak van verouderde en beperkte systemen, terwijl we dringend aan onderhoud en verbetering toe zijn. Nictiz signaleert obstakels als versnipperde vraag, te veel aanbieders en oplossingen, en te weinig geld. Ongemak herkent senior wetenschappelijk medewerker Tjeerd van Althuis van het NHG-Programma Informatisering Huisartsenzorg: 'Systemen moeten doen wat jij wilt. Iedere huisarts zit regelmatig met de handen in het haar: waar blijft de informatie uit het ziekenhuis? Soms is die ook te uitvoerig, of je moet teksten overtypen doordat systemen niet op elkaar aansluiten. De intensieve samenwerking met alle partners in het medicatieproces leidt binnenkort tot een pilot om dit te verbeteren, zoals bij veranderingen in de medicatie. Dat kan sneller en nauwkeuriger. Ook verhuizing van dossiers pakken we aan, met Nictiz. We vorderen met een nieuw, modern verhuisbericht. Nu gebruiken we allemaal een berichtmodel van twintig jaar geleden.'

Gegevens in je HIS overtypen

Tjeerd van Althuis

TOEGANKELIJK HIS

'Belangrijk en leuk is dat over anderhalf jaar patiënten toegang krijgen tot hun dossier. Met het project Ontsluiten van Patiëntengegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland (OPEN), in overleg met Patiëntenfederatie Nederland en samen met LHV en InEen, bepaalt het NHG welke gegevens beschikbaar worden. Hierdoor kan de patiënt wel bij het dossier, maar met grenzen, bijvoorbeeld alleen vanaf de afspraak met de huisarts, en niet bij gegevens die je in het verleden geregistreerd hebt met een andere gedachte in je achterhoofd.
Samen met LHV, InEen en Zorgverzekeraars Nederland zijn we bezig met een plan om de kwaliteit van de systemen in de huisartsenzorg op een hoger plan te brengen. Dat zal iets van lange adem zijn en gaat bijvoorbeeld over sneller doorvoeren van nieuwe mogelijkheden zoals bij de gegevensuitwisseling.'

HULP BIJ ICT

Je ICT toegankelijker, efficiënter en veilig maken, en ook het up-to-date houden van je software is een hele zorg. Daarom ontzorgt het NHG de leden. Enkele voorbeelden van NHG.org.

- **Langetermijnplan ICT.** Visie digitalisering huisartsenzorg 2019-2022: een overzicht van uw ICT-taken voor de komende jaren, en van ondersteuning daarbij door het NHG en andere huisartsenorganisaties.
- **E-health.** Ondersteuning door NHG van e-health voor de huisarts.
- **Gegevens openstellen voor patiënten.** Voor ondersteuning bij consultvoorbereiding en afronding: project OPEN (Ontsluiten van Patiëntengegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland).
- **Gegevensuitwisseling tussen huisarts en specialisten.** Voor gestroomlijnde informatie-uitwisseling tussen huisartsen en specialisten, zoals de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP), maar ook met ggz en paramedici. De HASP maakt het NHG al sinds 1980; er is een pilot voor herziening.
- **Adequate dossiervorming.** Wilt u informatie snel kunnen vinden, efficiënt kunnen delen en de HIS-functies goed gebruiken dan vindt u houvast in de NHG-Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier: ADEPD.

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Blijven autorijden bij beginnende dementie

Joris van Driel

'Heeft iemand nog een sublieme tip om een beginnend dementerende oud-vrachtwagenchauffeur te laten stoppen met autorijden? De zoons durven zijn autosleutels niet af te nemen. En ik wil mijn behandelrelatie niet schaden.' Dat vraagt Joris van Driel, huisarts in een duopraktijk in Benthuizen bij Zoetermeer, op HAweb. Van Driel: 'Er kwamen snel leuke reacties, zoals de tip over de accukabel. Daar hebben andere huisartsen ook wat aan. Dit staat niet in de reguliere adviezen. En in wetenschappelijke richtlijnen passen dit soort praktische tips vaak niet. Als huisarts wil je alles liefst zelf oplossen, maar als dat niet lukt dan is het mooi dat er een forum als HAweb is. Verbinding in de zorg is belangrijk, en kennis delen.
Ik heb via HAweb het collegiale nummer van het CBR doorgegeven, dit kan collega's een hoop telefonische wachttijd schelen. Ik wil het niet op mijn geweten hebben dat een patiënt gevaar op de weg veroorzaakt. Maar als het CBR zegt dat iemand mag rijden dan accepteer ik dat. Je vertelt de patiënt met dementiediagnose in ieder geval dat hij niet verzekerd is zonder CBR-rijvaardigheidstest.'

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

Ooit heb ik de kinderen de accukabels laten afkoppelen; de patiënt kon zijn autosleutels behouden. Hij stapte nog dagelijks zijn auto in, maar bedacht niet meer om de garage te bellen voor een reparatie.

Huisarts in Arnhem
Reactie Joris van Driel: Mijn patiënt heeft dat nog wel door, en zal de garage bellen.

Ik heb het weleens op de spits gedreven door te zeggen 'Meneer, het is mij zeer serieus. Gezien de bevindingen van de geriater moet u een rijtest laten doen. Doet u dat niet dan zie ik mij genoodzaakt de politie in te schakelen als ik u zie rijden.' Hij heeft de rijtest laten doen – en slaagde.

Huisarts in Moergestel

Een patiënt van mij met dementie legde de rijtest af met goed resultaat. Ik leg contact met het CBR, dat dit echt niet kan. Dit blijkt vervolgens alleen veranderd te kunnen worden wanneer ik als zijn huisarts een procedure ga aanspannen. Zo word je als huisarts voor alles verantwoordelijk gemaakt.

Huisarts in Nijmegen

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

PRAKTISCHE TIPS DEMENTIEZORG

Het NHG helpt bij dementiezorg, met bijvoorbeeld de volgende producten en diensten.

- NHG-Standaard Dementie: deze standaard is in herziening. Huidige standaard:
  - onder Richtlijnen beleid, Uitleg en voorlichting, derde punt: vertel de patiënt dat deze met diagnose en zonder slagen voor de CBR-test niet verzekerd is;
  - rechts op de webpagina van de standaard staan de relevante webpagina's, publicaties, groepsscholingen en e-learnings, organisaties en informatiebronnen.
- HAweb komt binnenkort met verschillende open groepen voor overzichtelijkheid, en een verbeterde zoekfunctie.
  NHG beheert HAweb Ledenforum van LHV en NHG om huisartsen een platform te bieden om praktische tips uit te wisselen en te discussiëren.
- Thuisarts-pagina Ik wil leren omgaan met dementie.

INTERVIEW

met Heert Dokter, pionier in de arts-patiëntrelatie

In deze rubriek portretteren we bijzondere huisartsen. Dit keer spreken we een man die gerust een begrip genoemd mag worden: Heert Dokter, naamgever van een prijs voor wetenschappelijk onderzoek, voormalig NHG-voorzitter en pionier in de arts-patiëntrelatie.

Prof.dr. H.J. Dokter (nu 93 jaar) begon in 1957 als 31-jarige huisarts in Amsterdam en werd toen ook lid van het net opgerichte NHG. Van 1968 tot 1972 was hij NHG-voorzitter, in 1973 werd hij hoogleraar en afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde van wat nu heet Erasmus MC Rotterdam.

‘Menselijke aspect is nu geïntegreerd’

Wat wilde u bereiken als jonge arts?
Heert Dokter: ‘Toen ik begon als huisarts, in de jaren vijftig, was de specialist alles, de huisarts was een soort loopjongen. Er bestonden destijds nog geen vakgroepen Huisartsgeneeskunde en ook als vak werd het niet gedoceerd. Er kwam geen huisarts te pas aan je huisartsenopleiding. Stage lopen in een huisartsenpraktijk deed je hooguit op eigen initiatief. Dat soort dingen is door het NHG veranderd.
Men dacht, als je van de specialistische vakken genoeg weet, interne, chirurgie, anatomie, dan kun je ook best huisarts worden. Het vak was zo mechanistisch. Over het relationele, menselijke aspect sprak men niet. Maar als student geneeskunde vond ik al: die kennis is wel belangrijk, maar de menselijke aspecten zijn dat ook, daar moet meer aandacht voor komen.’

Hoe heeft u dat voor elkaar gekregen?
‘Meteen als studenten hebben we een medisch dispuut opgericht dat over andere aspecten van geneeskunde ging. Ik werd in 1957 huisarts, meteen in combinatie met Balintgroepen. De psychoanalyticus Balint vertaalde inzichten in de mens voor huisartsen. Het ging mij niet om psychologie, maar om die inzichten. De patiënt heeft gevoelens voor de arts, en andersom. Aantrekkingskracht bijvoorbeeld. Dat mocht toen niet, dus men deed of het niet bestond. Of een arts die als kind door zijn ouders is mishandeld, dat beïnvloedt het contact. Dat kan negatief of positief zijn, maar het gaat erom dat je je ervan bewust bent, ook van dat er dingen zijn die je je niet bewust bent.
Ik heb echt het gevoel dat ik dat inzicht in de arts-patiëntrelatie onder de artsen heb gebracht. Dat bewustzijn. Tegenwoordig wordt dat in de opleiding gedoceerd, maar destijds werd er niet over gesproken. Medische psychologie bestond nauwelijks. Ik ging samenwerken met Frans Verhage, later hoogleraar medische psychologie in Rotterdam, waar ik huisarts werd. Tweewekelijks begeleidden we het groepsproces in Balintgroepen op de Zeeuwse eilanden, heel goed was dat.’ Wat Balintgroepen deden en doen, is nu geïntegreerd in de intervisie tijdens en na de opleiding: ‘Jongere huisartsen in opleiding zijn nu gewend om in groepen dingen te bespreken, ook het persoonlijke.’

> ‘Stop het niet weg, praat erover met collega’s’

Hielpen de speerpunten van het net opgerichte NHG?
Het NHG ontstond in 1956. Heert Dokter was nog te jong voor het selecte gezelschap van de Woudschotenconferentie van 1959, waar men voor het eerst de kernwaarden en speerpunten van het huisartsenvak ijkte: ‘Het NHG was in het begin erg gericht op praktijkvoering. De administratie van huisartsen voldeed niet: niet voor de medische gegevens per patiënt, maar ook niet om populatiegegevens zoals over morbiditeit bij te houden. Dat heeft het NHG echt op een hoger plan gebracht. Belangrijk, maar ik had meer met de arts-patiëntrelatie.’ En ook dat was een van de vier NHG-speerpunten in de beginjaren. Dokter: ‘Het NHG begreep dat de Balintgroepen tot het terrein van het NHG behoorden, dat dat intermenselijke aspect een verantwoordelijkheid van het NHG is. Als NHG-voorzitter heb ik dat uiteraard beïnvloed.’
‘Mensen weten me te vinden omdat ik hoogleraar huisartsgeneeskunde ben geweest. Ik blijf op de hoogte en stuur nog elk jaar de winnaar van de later naar mij genoemde prijs een e-mail om te feliciteren.’ Wat wil Dokter de huisartsen van nu meegeven? Dokter: ‘Als ik hoor dat jonge artsen juist veel oog hebben voor de arts-patiëntrelatie, denk ik, ga zo door, stop het in vredesnaam niet weg, praat erover met collega’s.’

Zie ook Presentatie herijkte kernwaarden en kerntaken *op NHG.org.*

COLOFON NHG FORUM

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets (tekst) en Margot Scheerder (foto’s en beeldredactie).
Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 00.

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