H&W
Huisarts en Wetenschap

3
maart 2019
jaargang 62

App ‘Moet ik naar de dokter?’

Oncologische huidzorg: kaderopleiding?

Halonaevus

Probiotica bij diarree

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Kaderhuisartsen

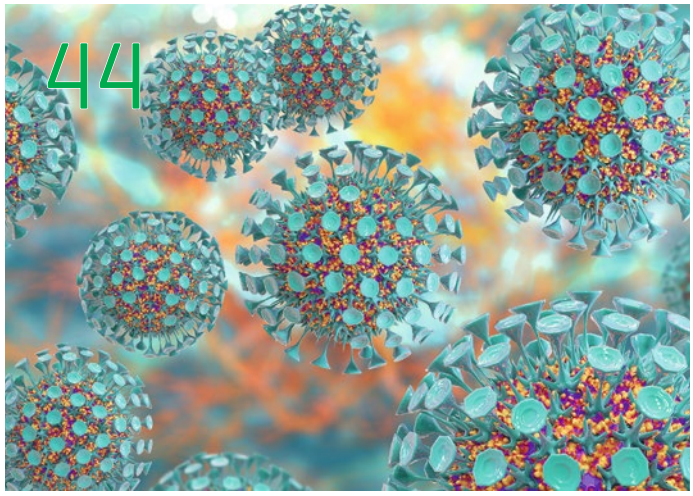
Het aantal huidkankers stijgt explosief. Is een kaderopleiding oncodermatologie vanuit de huisartsgeneeskunde dan het juiste antwoord? In dit nummer kruisen voor- en tegenstanders daarover de degens. Uitbreiding van kaderopleidingen ligt gevoelig. Ondermijnen we niet ons vak door specialisatie? Achttien jaar na de start van de eerste kaderopleiding lijkt dat niet zo'n vaart te lopen. Het is juist goed dat de bijna zeshonderd geregistreerde kaderhuisartsen zich kunnen verdiepen en op een andere manier met het vak bezig kunnen zijn. In de regio kunnen deskundige huisartsen behulpzaam zijn bij contacten met verzekeraars en de tweede lijn. Daarnaast spelen zij een rol in onze eigen nascholing, het kwaliteitsbeleid en het beschouwen en beschrijven (ook voor H&W) van nieuwe ontwikkelingen vanuit een huisartsgeneeskundig perspectief.

OPEN EINDJES

Het door kaderhuisartsen overnemen van patiëntenzorg is volgens de beroepsgroep ongewenst, maar gebeurt wel. Bijvoorbeeld bij urogynaecologie, bewegingsapparaat en straks misschien ook bij dermatologie. Komt dit misschien doordat de financiering niet goed geregeld is van vooral kaderhuisartsen die niet in een DBC of zorgprogramma passen? Dan is het een logische stap om meer klinisch te gaan werken, bijvoorbeeld in anderhalvelijnszorg. Verzekeraars zien hierin kansen voor goedkopere zorg buiten het ziekenhuis. Op zich niet verkeerd als de zorg daarmee toegankelijk blijft. Maar wat is onze visie daarop eigenlijk? Die lijkt te ontbreken, ook volgens de club die gaat over de herregistratie van kaderhuisartsen (CHBB). Voordat we een nieuwe kaderopleiding starten, moet er duidelijkheid zijn over de positie van kaderhuisartsen in de directe patiëntenzorg. Wat zijn de mogelijkheden, wat is het langetermijnperspectief, hoe zit het met de financiering, organisatorische inbedding en het behouden van kwaliteit, ook van de collega's die verwijzen naar de kaderhuisarts? Die visie moeten we niet laten bepalen door zorgverzekeraars, overheid of individuele kaderhuisartsen. De beroepsgroep en de kaderhuisartsen zijn samen aan zet. Dat geeft een kader voor ons huisartsenkader. ■

Ivo Smeele, hoofdredacteur

De positie van kaderhuisartsen in de directe patiëntenzorg moet duidelijk zijn, deze moeten we als beroepsgroep en kaderhuisartsen samen bepalen.



Wetenschap

12 **'Moet ik naar de dokter?' Een app onderzocht**

16 **Vroege symptomen van dementie herkennen**

22 **Effect primaire cardiovasculaire preventie bij ouderen**

26 **Leidt samen beslissen tot minder antibioticagebruik?**

30 **Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie**

33 **Dermato-oncologie is voor álle huisartsen belangrijk**

35 **Een kaderopleiding dermato-oncologie is prematuur**

41 **De griepprik: dat kan beter**
Het Nederlandse griepvaccinatieprogramma moet opnieuw op de schop, vindt Ted van Essen.

44 **De griepprik: wetenschappelijk falen en belangenverstrengeling**
Er is nog steeds geen bewijs voor de stelling dat vaccinatie complicaties en ziekenhuisopnamen voorkomt, aldus Dick Bijl.

46 **Henk Smid, directeur ZonMW: "Als een huisarts kwaliteit wil leveren, moet hij meedoen aan wetenschappelijk onderzoek"**
Een interview over de extra financiering voor huisartsgeneeskundig onderzoek, onder beheer van ZonMw.

Praktijk

50 **Verrassende oorzaak van dyspneu: Redu-Osler-Weber**
De ziekte van Rendu-Osler-Weber is zeldzaam, maar gezien de prevalentie (1 op 5000) loopt er in elke groepspraktijk wel een ongediagnostiseerde patiënt mee rond.

53 **Behandeling van artrose**
Het meeste onderzoek bij artrose is gedaan naar de behandeling van gonartrose en minder naar coxartrose.

56 **Uw diagnose**
Terug van vakantie uit Colombia heeft deze 40-jarige vrouw een drietal rode bulten.

56 **Intermezzo**
Privacy

59 **De halonaevus, heilige onder de moedervlekken**
Halonaevi zijn meestal benigne, maar de centrale laesie moet altijd kritisch en systematisch worden beoordeeld om dysplasie of een melanoom uit te sluiten.

61 **Kennistoets**
Diagnostiek van dementie

Fotografie omslag: Shutterstock

Nieuws

6 Griepvaccinatie bij gezonde ouderen

6 Effecten van influenza-sneltest

7 SGLT2-remmers bij diabetes en hart- en vaatziekten

8 Minder antibiotica door CRP-test bij acuut zieke kinderen

8 Vrouwelijke huisartsen schrijven minder antibiotica voor aan vrouwen

9 Behandeling van sepsis op de HAP

10 Gids over probiotica bij antibioticagebruik

10 Vergeet de casemanager niet bij dementie

11 Actief zelfmanagement en zorggebruik

64 Geen antibiotica bij diverticulitis

65 Probiotica tegen diarree bij chemo- of radiotherapie

66 Probiotica tegen diarree bij antibiotica

67 Persoonsgericht onderzoek naar relatie darm-microbioom en chronische klachten

69 Boeken

70 Webtip

NHG

62 Veelgestelde vragen over meningokokken

71 Gepast Gebruik Geneesmiddelen

71 HIS en praktijkorganisatie

72 ‘Doe jij aan reflectie als het niet hoeft?’
Vernieuwde vragenlijsten maken feedback krijgen eenvoudiger

74 ‘Weten wat de ander biedt’
Interview met Marjolijn Beukers, regionaal initiator interdisciplinaire samenwerking

www.henw.org

- Patiënten en huisartsen ervaren empathie verschillend
- Kinderen met luchtweginfecties naar de huisarts of de verpleegkundig specialist?
- Zorg verbeteren via patiënten
- Steeds meer eerstelijns diagnostiek

Griepvaccinatie bij gezonde ouderen

Rob van Kimmenaede

Vier van de vijf gezonde 60-plussers reageert niet op de eerste oproep voor de griepvaccinatie.

Foto: iStock

Vier van de vijf gezonde 60-plussers onttrekt zich aan de oproep voor de griepvaccinatie en dit aantal blijft min of meer gelijk in de twee jaar na de eerste oproep. Mannen en patiënten met weinig contact met de praktijk hebben de grootste kans ongevaccineerd te blijven. Deze groep is voor de huisarts moeilijk bereikbaar.

De auteurs deden onderzoek onder gezonde 60-plussers naar hun reactie op de eerste uitnodiging voor de griepvaccinatie. Zij selecteerden data van 87 huisartsenpraktijken die deelnemen aan de NIVEL dataregistratie. De onderzoekers selecteerden personen die vanwege hun leeftijd (60+) voor het eerst een oproep voor de griepvaccinatie kregen. Van de 3238 geselecteerde personen bleek 78% na de eerste oproep niet gevaccineerd. Degenen met meer dan vier contactmomenten met de praktijk bleken vaker gevaccineerd dan degenen die hun huisarts de afgelopen jaren niet zagen (28% versus 17%). Dit bleek onafhankelijk van het soort contact met de praktijk. Van de patiënten die positief reageerden op de eerste oproep bleek 69% ook gevaccineerd in de twee daaropvolgende jaren versus 16% bij degenen die niet reageerden op de eerste oproep.

Vier van de vijf gezonde 60-plussers reageert dus niet op de eerste oproep voor de griepvaccinatie en dit aantal blijft in de jaren daarna vrijwel constant. Het betreft met name mannen en patiënten met weinig contact met de praktijk. De vraag is hoe erg dit is. Op basis van eerder onderzoek is er geen reden om aan te nemen dat influenzavaccinatie aan 60-plussers zonder medische indicatie leidt tot significante, relevante en kosteneffectieve gezondheidswinst. Het is voor de toekomst goed te achterhalen wat voor de 60-plussers de belangrijkste redenen zijn om zich aan de griepvaccinatie te onttrekken en daarop aan te sluiten in de voorlichting en benadering. ■

Heins MJ, et al. Healthy elderly and influenza vaccination. Hum Vaccin Immunother 2018 Aug 17:1-3. DOI:10.1080/21645515.2018.1504525 [Epub ahead of print].

Effecten van influenza-sneltest

Lidewij Broekhuizen

Verbeteren influenza-sneltests de zorg? Op de spoedeisende hulp hebben ze geen effect op ziekenhuisopnames en antibioticagebruik, maar wel op het inzetten van aanvullend onderzoek en virusremmers. Zou een influenza-sneltest het beleid van de huisarts veranderen? Dit literatuuronderzoek suggereert van niet.

De test wordt in het griepseizoen in het ziekenhuis veel gebruikt, vooral op de spoedeisende hulp (SEH). Dit literatuuroverzicht rapporteert onderzoeken over influenzatests bij ambulante (niet-opgenomen) patiënten. Het omvat zeven gerandomiseerde onderzoeken (totaal 4323 deelnemers) en zes niet gerandomiseerde onderzoeken (totaal 4774 deelnemers). Slechts drie onderzoeken vonden plaats in de huisartsenpraktijk en de rest op de SEH, vooral bij kinderen. Op één onderzoek na werd een antigeen sneltest gebruikt. De specificiteit hiervan (% negatieve tests bij mensen zonder influenza) is hoog (> 98%), maar de sensitiviteit (% positieve tests bij mensen met influenza) is slechts 54%. Er was geen effect van de inzet van de sneltest op ziekenhuisopname, herbeoordeling, antibioticagebruik of duur op de SEH. Wel was gebruik van aanvullend onderzoek (bloedonderzoek, thoraxfoto) lager en van virusremmers hoger. De conclusie van de auteurs is dat de sneltest diagnostische onzekerheid bij kinderen vermindert, maar dat er weinig bewijs is voor of tegen gebruik in

SGLT2-remmers bij diabetes en hart- en vaatziekten

Vincent van Vugt

Uit een systematisch literatuuronderzoek blijkt dat SGLT2-remmers bij patiënten met diabetes de kans op ziekenhuisopnames voor hartfalen en afname van nierfunctie vermindert. Bij patiënten die een cardiovasculair event hebben doorgemaakt, verlagen de middelen bovendien de kans op myocardinfarcten, beroertes en cardiovasculaire sterfte.

SGLT-2-remmers hebben potentie als behandeling voor patiënten met diabetes met doorgemaakte hart- en vaatziekten. Foto: iStock

De auteurs selecteerden in de meta-analyse drie RCT's met in totaal 34.322 patiënten met diabetes mellitus type 2. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 64 jaar, 35,1% van hen was vrouw. Een kleine meerderheid (60,5%) had al voor aanvang van het onderzoek door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaatziekten, de overige 13.672 patiënten (39,5%) hadden alleen meerdere cardiovasculaire risicofactoren.
Door SGLT-2-remmers nam de kans op ernstige cardiovasculaire voorvallen af met 11% (HR 0,89; 95%-BI 0,83 tot 0,96). Dit effect gold alleen voor patiënten die al hart- en vaatziekten hadden (HR 0,86; 95%-BI 0,80 tot 0,93), en niet voor de andere patiënten (HR 1,00; 95%-BI 0,87 tot 1,16). Bij SGLT-2-remmergebruikers was het risico op cardiovasculaire sterfte of ziekenhuisopname voor hartfalen 23% (HR 0,77; 95%-BI 0,71 tot 0,84) lager en trad progressie van nierfunctiestoornissen bij alle patiënten 45% (HR 0,55; 95%-BI 0,48 tot 0,64) minder vaak op; hier was geen verschil tussen patiënten met of zonder pre-existente hart- en vaatziekten.
In de recente update van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus hebben SGLT2-remmers vooralsnog geen plaats, deels door twijfels over de veiligheid op lange termijn, zoals recent nog beschreven en verder wordt onderzocht. Gezien de combinatie van verbetering van cardiale pompfunctie, nierfunctie en afname van cardiovasculaire voorvallen hebben SGLT-2-remmers wel potentie als behandeling voor patiënten met diabetes met doorgemaakte hart- en vaatziekten. ■

Zelniker T, et al. SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. Lancet 2019;393:31-9.

de eerste lijn. Er zijn inmiddels sneltests beschikbaar met een hogere sensitiviteit, maar die zijn nog niet onderzocht.
Bij mensen met koorts in het griepseizoen beoordeelt de huisarts vooral de mate van ziek zijn en de noodzaak voor antibiotica, herbeoordeling of ziekenhuisopname. Vooralsnog is het inzetten van een influenza-sneltest in de huisartsdagpraktijk of op de HAP niet aangewezen. ■

Lee JJ, et al. The clinical utility of point-of-care tests for influenza in ambulatory care: a systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis 2018 Oct 4. DOI: 10.1093/cid/ciy837 [Epub ahead of print].

Bij mensen met koorts in het griepseizoen beoordeelt de huisarts vooral de mate van ziek zijn en de noodzaak voor antibiotica, herbeoordeling of ziekenhuisopname. Foto: iStock

Minder antibiotica door CRP-test bij acuut zieke kinderen

Mirrian Hilbink

Veel acuut zieke kinderen in de huisartsenpraktijk worden behandeld met een antibioticum. Dat kan anders. Uit een onderzoek onder Belgische huisartsen blijkt dat alleen al het gebruik van een CRP-sneltest het aantal antibioticavoorschriften flink vermindert.

In een clustergerandomiseerd onderzoek werd in de interventiepraktijken bij alle kinderen een CRP-sneltest uitgevoerd en in de controlepraktijken alleen bij kinderen met klinische risicofactoren. Daaronder vallen: kortademigheid, temperatuur ≥ 40 °C, diarree bij kinderen tussen de 12 en 30 maanden of een niet-pluisgevoel van de arts. In totaal analyseerden de onderzoekers 2844 infectie-episodes bij kinderen bij 133 huisartsen in België. De primaire uitkomstmaat was een antibioticavoorschrift.
Vergeleken met ziekte-episodes waarbij geen CRP-sneltest werd afgenomen, bleek het louter uitvoeren van de test al te resulteren in een afname van antibioticavoorschriften in gevallen waarin de Belgische richtlijn een antibioticum had aanbevolen (gecorrigeerde oddsratio 0,54; 95%-BI 0,33 tot 0,90). Met name normale CRP-waarden leidden tot een flinke daling van antibioticumvoorschriften, ongeacht of het richtlijnadvies luidde voorschrijven (gecorrigeerde oddsratio 0,24; 95%-BI 0,11 tot 0,50) of niet voorschrijven (gecorrigeerde oddsratio 0,31; 95%-BI 0,17 tot 0,57). Verhoogde CRP-waarden leidden niet tot een toename van antibioticumvoorschriften.
Het is duidelijk dat een normale CRP-waarde voor de huisarts een sterk argument is om niet voor te schrijven, ongeacht het richtlijnadvies. Toekomstig onderzoek naar de CRP-test zou zich moeten richten op het beter herkennen van de kinderen die baat zullen hebben bij antibiotica zodat die middelen efficiënter kunnen worden ingezet. ■

Alleen al het gebruik van een CRP-test vermindert het aantal antibioticarecepten flink.

Foto:Shutterstock

Lemiengre MB, et al. Point-of-care CRP matters: normal CRP levels reduce immediate antibiotic prescribing for acutely ill children in primary care: a cluster randomized controlled trial. Scand J Prim Health Care 2018;36:423-36.

Vrouwelijke huisartsen schrijven minder antibiotica voor aan vrouwen

Nadine Rasenberg

Antibiotica bij keelklachten zijn vaak niet geïndiceerd. Toch blijven er consulten voor keelklachten waarin huisartsen (ten onrechte) antibiotica voorschrijven. Uit een retrospectief onderzoek van 11.285 consulten voor keelklachten blijkt dat vrouwelijke huisartsen minder antibiotica voorschrijven dan mannelijke huisartsen, met name als de patiënt vrouw is.

De auteurs bekeken 11.285 consulten (uit 2013) voor verschillende keelklachten van 225 huisartsen uit de NIVEL database. De verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen waren klein en niet significant, maar over het algemeen schreven vrouwelijke huisartsen minder antibiotica voor dan hun mannelijke collega's (25,7% versus 29,5%; p = 0,265), ook als hiervoor wel een indicatie was (67,3% versus 74,1%; p = 0,118).
De vrouwelijke huisartsen schreven wel significant minder antibiotica voor aan vrouwelijke patiënten dan aan mannelijke patiënten (24,8% versus 27,3%; p = 0,044). Deze trend is ook zichtbaar als er wel een indicatie voor antibiotica was (65,5% versus 70,7%). Bij mannelijke huisartsen maakte het geslacht van

Behandeling van sepsis op de HAP

Rob van Kimmenaede

Tijdige herkenning en behandeling van sepsis in de eerste lijn is essentieel voor de prognose. In de praktijk blijkt dit echter een hele opgave, zo blijkt uit een retrospectief onderzoek. Bij 43% van de patiënten die werden opgenomen voor sepsis vermoedde de huisarts aanvankelijk geen sepsis. De mortaliteit in deze groep was beduidend hoger dan bij de patiënten bij wie de huisarts wel direct sepsis vermoedde.

Een ANW-visite of -consult is te beschouwen als een setting met een hoog risico op de aanwezigheid van sepsis. Foto: Hollandse Hoogte

Nederlandse onderzoekers keken retrospectief naar de diagnostiek en behandeling in de ANW-uren bij patiënten met sepsis die werden opgenomen op de IC van een algemeen ziekenhuis. Zij definieerden sepsis aan de hand van de SIRS-criteria (ademhalingsfrequentie > 20/min, pols > 90/min en temperatuur > 38 of < 36 graden Celsius), met een infectie als meest waarschijnlijke oorzaak. Van de 263 opgenomen patiënten had bijna de helft vooraf contact gehad met de HAP. Hiervan was 78,7% een face-to-face contact. De mortaliteit bleek aanzienlijk hoger te zijn bij patiënten bij wie de huisarts geen sepsis vermoedde dan bij patiënten bij wie dat vermoeden er wel direct was (41,9 versus 15,8%). De eerste groep was gemiddeld vijf jaar ouder, en dat verklaarde de hogere mortaliteit grotendeels, maar na correctie voor leeftijd was er nog steeds een significant verschil (OR 1,11; 95%-BI 1,04 tot 1,18).

Opvallend in dit onderzoek was dat patiënten zonder duidelijke, klinische tekenen van infectie (geen koorts) een hogere mortaliteit hadden dan patiënten met koorts. Mogelijk werd de behandeling negatief beïnvloed door het niet onderkennen van de infectie als de patiënt geen koorts had.

Wat zijn nu de consequenties van dit retrospectieve onderzoek voor de dagelijkse praktijk? Een ANW-visite of -consult is te beschouwen als een setting met een hoog risico op de aanwezigheid van sepsis. Een verhoogde ademhalingsfrequentie (> 20/min) is een relatief vroeg symptoom dat u op het spoor van sepsis kan zetten. En laat u niet op het verkeerde been zetten door afwezigheid van koorts. ■

Loots FJ, et al. Management of sepsis in out-of-hours primary care; a retrospective study of patients admitted tot the intensive care unit. BMJ Open 2018;8(9):e022832.

Over het algemeen schrijven vrouwelijke huisartsen minder antibiotica voor aan vrouwelijke patiënten, ook als daarvoor wel een indicatie is. Foto: iStock

de patiënt niet uit voor het aantal antibioticarecepten in het algemeen. Als er een indicatie voor antibiotica was, schreven ook mannelijke huisartsen deze minder vaak voor aan vrouwelijke patiënten, maar dit verschil was niet significant (72,3% versus 76,9%).

Het is niet duidelijk of de verwachtingen van vrouwelijke en mannelijke patiënten verschilden of dat het idee van de huisarts over de verwachtingen van de patiënt verschilde tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten. Het onderzoek zegt daar niets over, maar het is wel een goede herinnering dat er blijkbaar (onbewust) factoren meespelen bij onze beslissingen over beleid die moeilijk te vatten zijn. ■

Eggermont D, et al. The influence of gender concordance between general practitioner and patient on antibiotic prescribing for sore throat symptoms: a retrospective study. BMC Fam Pract 2018;19:175.

Gids over probiotica bij antibioticagebruik

Mirrian Hilbink

TNO en ARTIS-Micropia hebben een nationale gids gepubliceerd met een praktisch overzicht van probiotica die samen met antibiotica kunnen worden gebruikt om antibiotica-geassocieerde diarree te voorkomen. De relevantie van de gids is voor de Nederlandse huisarts echter beperkt.

De gids is ontwikkeld in drie achtereenvolgende stappen. Ten eerste evaluatie van relevante, klinische onderzoeken over effectieve probiotica (specifiek bij antibiotica-geassocieerde diarree) via een systematisch literatuuroverzicht. De auteurs selecteerden 32 van de in totaal 128 gevonden onderzoeken. Ten tweede inventarisatie van in Nederland beschikbare probiotische producten, en ten derde groepering van de probiotische producten op basis van het aangetoonde effect in minstens één tot drie onafhankelijke, klinische onderzoeken. Producten kregen drie sterren als er een effect werd gevonden in ten minste drie van de geselecteerde onderzoeken; twee sterren bij een effect in twee onderzoeken; en één ster bij een effect in slechts één onderzoek. Dit heeft geleid tot een totaal van zeven enkel- en meerstammige formuleringen die volgens de auteurs effectief zijn.
De geselecteerde onderzoeken waren veelal van matige methodologische kwaliteit, de heterogeniteit was groot, de definitie van de populatie onduidelijk en een gefundeerd advies over frequent door de huisarts voorgeschreven antibiotica zoals amoxicilline kon niet worden geformuleerd.
De kans op antibiotica-geassocieerde diarree in de huisartsenpraktijk is echter laag, wat de relevantie en de bruikbaarheid van deze gids voor de huisarts beperkt. De uitkomsten van deze

De NHG-Standaard Acute diarree raadt probiotica niet aan en er is vooralsnog geen reden dat advies aan te passen. Foto: Shutterstock

Vergeet de casemanager niet bij dementie

Iris van der Heide

Casemanagement is de meest gebruikte vorm van ondersteuning bij dementie. Het ontlast mantelzorgers en draagt ertoe bij dat de patiënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Mantelzorgers vinden casemanagement dan ook noodzakelijk, maar zij worden er vaak niet op gewezen dat zij recht hebben op een casemanager. Dat blijkt uit de tweejaarlijkse Dementiemonitor Mantelzorg. Hier ligt een rol voor de huisarts.

Sinds 2005 voeren Alzheimer Nederland en het NIVEL tweejaarlijks de Dementiemonitor Mantelzorg uit. In 2018 vulde een recordaantal van 4500 mantelzorgers de vragenlijsten in. Terugkerende onderwerpen zijn zorgbelasting, ervaringen met en behoeften aan zorg en ondersteuning. Door steeds dezelfde vragen te stellen, naast een aantal actuele beleidsrelevante vragen, is het mogelijk om veranderingen door de tijd heen te bekijken.
Uit de peiling van 2018 kwam naar voren dat de meeste mantelzorgers minder vaak contact hebben met bijvoorbeeld familie en vrienden vanwege de zorg voor een naaste met dementie. Dit geldt vooral voor partners die samenwonen met de persoon met dementie. Eenzaamheid komt met 14% twee keer zo vaak voor onder mantelzorgers van patiënten met dementie als onder de algemene Nederlandse bevolking.
In de meeste gevallen (38%) wordt casemanagement gestart op initiatief van de huisarts. De wijkverpleegkundige en wmo-consulent nemen zelden het initiatief. Uit de peiling in 2018 bleek echter ook dat de helft van de mantelzorgers niet werd gewezen op hun recht op een casemanager, wat ook al zo was in 2016. Aangezien de huisarts degene is die meestal het initiatief neemt tot het starten van casemanagement, vervult deze hierin een sleutelrol. Gezien het positieve effect van een casemanager op het ontlasten van mantelzorgers, zou de huisarts mantelzorgers vaker mogen wijzen op hun recht op casemanagement. ■

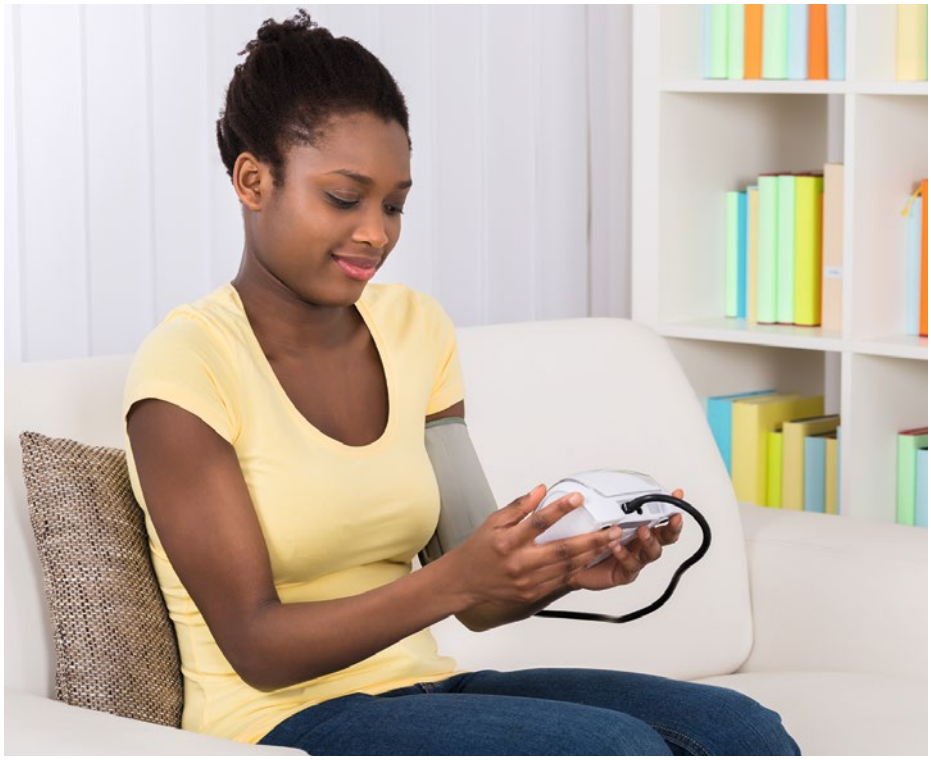
Om mensen met dementie en mantelzorgers zo goed mogelijk te ondersteunen, moet een casemanager de regie voeren. Foto: Shutterstock

Alzheimer Nederland/NIVEL. Dementiemonitor Mantelzorg 2018. Utrecht: Alzheimer Nederland/NIVEL, 2018.

review zijn geen aanleiding om de NHG-Standaard Acute diarree aan te passen. Deze NHG-Standaard raadt probiotica niet aan, omdat de effectiviteit en veiligheid nog onvoldoende zijn aangetoond. ■

Agamennone V, et al. A practical guide for probiotics applied to the case of antibiotic-associated diarrhea in The Netherlands. BMC Gastroenterology 2018;18:1-12.

Meer weten over probiotica? Lees ook:
- Probiotica tegen diarree bij antibiotica. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-018-0279-9.
- Probiotica tegen diarree bij chemo- of radiotherapie. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0028-8.
- Persoonsgericht onderzoek naar relatie darmmicrobioom en chronische klachten. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0029-7.



Om de zorgdruk te verminderen, is het zinnig om zelfmanagement te stimuleren en aandacht te besteden aan kennis, vaardigheden en het vertrouwen van de patiënt in de eigen regie.

Foto: Shutterstock

Actief zelfmanagement en zorggebruik

Adinda Mailuhu

Er zijn steeds meer patiënten met chronische aandoeningen en daardoor stijgt de zorgdruk. Een actieve bijdrage aan de eigen gezondheid door de patiënt kan deze zorgdruk verlagen. Uit een Brits cross-sectioneel onderzoek blijkt dat actief zelfmanagement is geassocieerd met minder zorgverbruik en verspilling.

In 2014 selecteerden de onderzoekers bij 34 huisartsenpraktijken volwassen patiënten met een chronische aandoening. Van die patiënten vulden er 9348 gedurende twee jaar *Patient Activation Measure*-vragenlijsten in die de mate van zelfmanagement aangaven. In totaal leverde dat 12.770 ingevulde vragenlijsten op. De onderzoekers verdeelden de patiënten op een schaal van 0 tot 100, van 'lage zelfmanagementscore' tot 'hoge zelfmanagementscore'. Zij maten ook het zorggebruik in één jaar (aantal contacten met de huisarts of specialist, SEH-bezoeken en acute opnames) en zorgverspilling, zoals het niet verschijnen op een afspraak en zelfverwijzing naar de SEH.
Een hoge zelfmanagementscore was in vergelijking met een lage score geassocieerd met minder huisartscontacten (RR 0,82; 95%-BI 0,79 tot 0,86), poliklinische contacten (RR 0,81; 95%-BI 0,74 tot 0,88), SEH-bezoeken (RR 0,68; 95%-BI 0,60 tot 0,78) en acute opnames (RR 0,62; 95%-BI 0,51 tot 0,75). Ook was dit geassocieerd met minder zorgverspilling: mensen met een hoge score verschenen minder vaak niet op een afspraak bij de huisarts (RR 0,77; 95%-BI 0,68 tot 0,87) en op de poli (RR 0,72; 95%-BI 0,61 tot 0,86), en hadden minder zelfverwijzingen naar de SEH (RR 0,67; 95%-BI 0,55 tot 0,82).
Om de zorgdruk te verminderen, lijkt het dus waardevol om zelfmanagement te stimuleren en aandacht te besteden aan kennis, vaardigheden en het vertrouwen van de patiënt in de eigen regie. Enkele NHG-Standaarden over chronische aandoeningen – zoals COPD, aspecifieke lagerugpijn en chronische nierschade – geven concrete handvatten voor toepassen van zelfmanagement en kunnen helpen om het te bespreken met de patiënt. ■

Barker I, et al. Self-management capability in patients with long-term conditions is associated with reduced healthcare utilisation across a whole health economy: cross-sectional analysis of electronic health records. BMJ Qual Saf 2018;27:989-99.

‘Moet ik naar de dokter?’ Een app onderzocht

Alike van der Velden, Teun Teunis, Theo Verheij

Inleiding De druk op huisartsenposten neemt toe; online instrumenten voor zelftriage zouden deze overbelasting kunnen verminderen. Onderzocht is hoe de Nederlandse app ‘Moet ik naar de dokter?’ wordt gebruikt, of de app correcte adviezen geeft en of gebruikers van plan zijn die op te volgen.

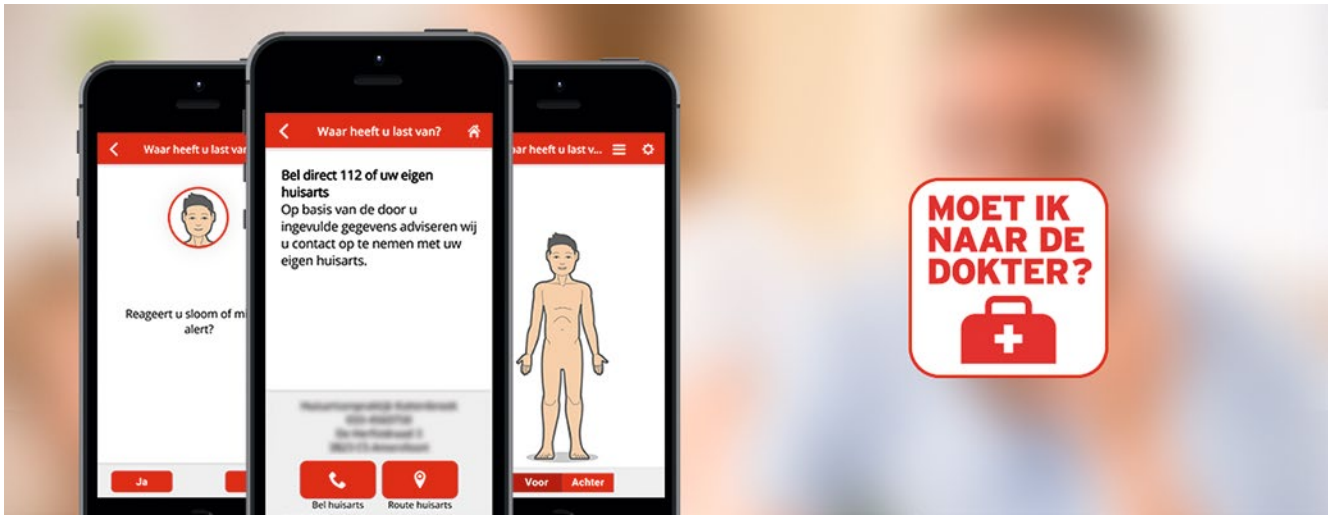
Methode Patiënten die de app gebruikten, ontvingen na de triage een pop-upvragenlijst (n = 6194). Daarna belde een triagist 143 gebruikers voor een standaardtriage.

Resultaten De app werd gebruikt door of voor patiënten van alle leeftijden, vooral buiten kantoortijden en het vaakst voor buikpijn, huidproblemen en hoest. De gegeven adviezen waren: contact opnemen met huisartsenpost of huisarts (58%), zelfzorg (34%) of afwachten (8%). Van de gebruikers beoordeelde 87% de app als ‘neutraal’ tot ‘zeer duidelijk’ en was 89% ‘neutraal’ tot ‘zeer tevreden’; 65% was van plan het advies van de app op te volgen. De triagist gaf bij 81% hetzelfde advies als de app. Twee uitbreidingen kunnen de veiligheid en de efficiëntie verbeteren: de mogelijkheid meer dan één klacht te triëren en uitgebreidere informatie bij een advies tot afwachten.

Conclusie Apps als deze kunnen goede ondersteuning bieden als mensen twijfelen of ze contact moeten opnemen met een huisartsenpost. Er is echter meer onderzoek nodig naar de effecten van deze instrumenten op klinische uitkomsten en zorggebruik.

INLEIDING

Triage is cruciaal in de organisatie van de spoedzorg. De triagist beslist hoe snel een patiënt moet worden gezien door een hulpverlener, geeft geruststelling en informatie, en communiceert alarmsymptomen. Medisch niet-urgente consulten leiden tot overmatige drukte op de huisartsenpost (HAP) en tot medicalisering, en dat leidt weer tot frustratie bij huisartsen en tot slechtere uitkomsten.[1-4] Er bestaan symptoomcheckers en instrumenten voor zelftriage die ondersteuning bieden aan patiënten die op



Apps voor zelftriage kunnen zorgvragers ondersteuning bieden. Foto: MIND

zoek zijn naar hulp.[5] In de internationale literatuur zijn zulke instrumenten beschreven voor buikpijn, griep, soa's, spoedzorg voor kinderen – en ook voor de eerstelijnszorg.[6-11] Een audit van vijftien online zelftriagetools voor de eerstelijnszorg, ontwikkeld in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Nederland en Polen, concludeerde in 2015 dat geen ervan bruikbaar was. De onderzoekers legden elk instrument 45 klinische vignetten voor, gelijk verdeeld over spoedeisende, niet-spoedeisende en zelfzorg. Het advies van de zelftriagetools was correct bij gemiddeld 57% van de vignetten (variërend van 33 tot 78%); 'moet ik naar de dokter?' werd niet meegenomen in dit onderzoek.[10] Het aantal triagetools neemt toe, maar is er geen literatuur over hoe ze gebruikt worden en over hun veiligheid en efficiëntie in de dagelijkse praktijk.
In Nederland ontwikkelden HAP Apeldoorn en Van Campen Consulting, in samenwerking met het NHG, in 2012 het zelftriagetool 'Moet ik naar de dokter?' [**figuur**]. De app is gratis te downloaden via de AppStore of de PlayStore, en er is een identieke webversie.[12] 'Moet ik naar de dokter?' ondersteunt patiënten bij hun beslissing contact op te nemen met de HAP, geeft zelfzorgadvies en kan de patiënt ook geruststellen. Zo'n hulpmiddel is praktisch, veilig en efficiënt als het aan de volgende voorwaarden voldoet: de gebruikers zijn tevreden, de adviezen zijn correct en de gebruikers volgen de adviezen ook op. De onderzoekers bekeken deze aspecten in normale, ongecontroleerde eerstelijnszorg.

WAT IS BEKEND?

- Huisartsenposten zijn overbelast en triage is cruciaal voor de organisatie.
- Niet-urgente consulten vergroten de druk op de spoedzorg onnodig.
- Veel bestaande instrumenten voor zelftriage zijn in de praktijk onbruikbaar.

WAT IS NIEUW?

- De app 'Moet ik naar de dokter?' presteert beter dan veel andere eerstelijns zelftriagetools.
- De gebruikers zijn tevreden en de adviezen zijn merendeels correct.
- De veiligheid kan worden vergroot door te zorgen dat de app meerdere ingangsklachten accepteert.
- De efficiëntie kan worden vergroot door te zorgen dat de app meer informatie geeft bij niet-urgente adviezen.

METHODE

Opzet

Het oorspronkelijke artikel bevat een volledige beschrijving van de ontwikkeling van de app, de methode en de resultaten van dit prospectieve cohortonderzoek.[13] Appgebruikers die de apptriage doorlopen hadden, ontvingen tussen juli 2014 en juli 2015 een pop-up met de uitnodiging deel te nemen aan het onderzoek. Na toestemming volgde een korte vragenlijst. Gebruikers konden één keer deelnemen, deelname was vrijwillig en respons werd anoniem verzameld. Een triagist belde 143 respondenten voor een telefonische triage volgens het Nederlands Triage Systeem (NTS).[14] Het onderzoek is geregistreerd bij het Nederlands Trialregister: NTR4361.

De app

'Moet ik naar de dokter?' is volledig gebaseerd op het NTS en op de NHG-Standaarden, en heeft een CE-registratie als medisch hulpmiddel. De triagepaden, vragen, antwoorden, urgenties en adviezen zijn in 2014 geëvalueerd door IQ Healthcare, dat het instrument na aanpassingen veilig heeft bevonden.
Na het downloaden vraagt de app om geslacht en geboortejaar. De triage begint met selectie van het lichaamsgebied waar de klacht zich bevindt; vervolgens kiest de patiënt de meest prominente klacht. Dan volgen ja-neevragen, soms met een pijnschaal, en aanvullende vragen voor de aan- of afwezigheid van specifieke alarmsymptomen. De app geeft dan één van de volgende adviezen:[12]

- neem contact op met de HAP (buiten kantooruren, wanneer het niet veilig is te wachten tot de volgende werkdag);
- neem contact op met uw eigen huisarts (tijdens kantooruren, of daarbuiten wanneer het veilig is te wachten tot de volgende werkdag);
- geruststelling, met een klachtenspecifiek zelfzorgadvies;
- geruststelling, met het advies af te wachten en soms met algemene informatie over de klacht.

Vragen en uitkomsten

Van 6194 gebruikers, die daarvoor toestemming gaven, werden de volgende gegevens bewaard in Google Analytics: leeftijd, geslacht, datum en tijd van het appgebruik, klacht, triagepad, advies en antwoorden op de volgende vragen.

- Hebt u de app gebruikt voor een gezondheidsklacht die op dit moment speelt? (ja/nee).
- Bent u van plan het advies op te volgen [afhankelijk van het advies] om contact op te nemen met de HAP/uw huisarts,

Figuur

Zelftriage in de app 'Moet ik naar de dokter?'

Tabel 2

Diagnostische waarde van 'Moet ik naar de dokter?' (n = 126)

	Telefonische triage	
Advies van de app, n (%)	Bel huisarts of HAP (U1-U4)	Zelfzorg of afwachten (U5)
Bel huisarts of HAP (U1-U4)	73 (58%)	10 (8%)
Zelfzorg of afwachten (U5)	14 (11%)	29 (23%)
Diagnostische waarde, % (95%-BI)		
Sensitiviteit	84% (74 tot 91%)	
Specificiteit	74% (58 tot 86%)	
Positieve voorspellende waarde	88% (79 tot 94%)	
Negatieve voorspellende waarde	67% (51 tot 81%)	

of het zelfzorgadvies op te volgen/het beloop van uw klachten af te wachten, zonder contact op te nemen met een arts? (ja/nee).

- Hoe duidelijk vond u de vragen die u werden gesteld? (zeer onduidelijk, onduidelijk, neutraal, duidelijk, zeer duidelijk).
- Hoe tevreden bent u met de app? (zeer ontevreden, ontevreden, neutraal, tevreden, zeer tevreden).

Gedurende één maand werd de volgende vraag toegevoegd.

- Mag een doktersassistente van de HAP u bellen om het advies van de app samen met u te controleren? (ja/nee, indien ja graag uw telefoonnummer invoeren).

Gebruikers die de eerste vraag met ja beantwoordden, werden geïncludeerd in groep 1 (n = 4456). Gebruikers die toestemming gaven op de laatste vraag (n = 143), werden zo spoedig mogelijk gebeld en geïncludeerd als de triagist ze binnen 24 uur kon bereiken (groep 2, n = 126). Na de telefonische triage werden de klacht en de uitkomst (U1-U4 of U5) geregistreerd.[14] De triagist vroeg de gebelde respondenten tot slot nog naar suggesties voor verbetering van de app en, indien relevant, redenen waarom ze ontevreden waren of waarom ze het advies niet wilden opvolgen. De antwoorden werden geregistreerd als korte zinnen en steekwoorden.

Analyses

Na de berekening van de percentages bepaalden de onderzoekers met de chikwadraattoets of er significante verschillen waren. De sensitiviteit, specificiteit, positieve en negatieve voorspellende waarde van de app werden berekend met de telefonische triage als referentietest. De antwoorden van gebelde gebruikers werden geanalyseerd met een semikwalitatieve benadering.[15]

RESULTATEN

Deelnemerskenmerken, apptriage en waardering van de app

De app werd gebruikt door patiënten van alle leeftijden, ook door ouders voor hun kinderen, en in 73% buiten kantoortijden. De meeste ingangsklachten betroffen buikpijn, huidproblemen en hoest. De app adviseerde 58% van de gebruikers contact op te nemen met een arts, vaak de HAP omdat de app vooral in avonden en weekeinden werd gebruikt, gaf 34% een zelfzorgadvies en berichtte 8% dat ze veilig konden afwachten. Het overgrote deel van de gebruikers beoordeelde de app als neutraal (23%) of als duidelijk tot zeer duidelijk (64%). De meerderheid oordeelde neutraal (33%) of tevreden tot zeer tevreden (56%) over de app [**online tabel 1**]. Twee derde (65%) gaf aan dat zij plan waren het advies op te volgen. Dit gold vooral het advies contact op te nemen met de huisarts (75%); bij een zelfzorgadvies was het 67%, bij contact opnemen met de HAP 61%, en bij het advies af te wachten 56% ($p < 0{,}001$).

Diagnostische waarde van de app

Voor 81% van de gebelde patiënten kwam het advies van de app overeen met dat van de triagist. Voor 11% van de patiënten gaf de app een lagere urgentie (U5) aan dan de triagist (U1-U4), voor 8% was dit juist andersom. Daarmee had de app een sensitiviteit van 84%, een specificiteit van 74%, een positieve voorspellende waarde van 88% en een negatieve voorspellende waarde van 67% [**tabel 2**].

Omdat ondertriage kan leiden tot onveilige situaties, keken de onderzoekers nader naar de veertien patiënten bij wie dat het geval was. Zij hadden zeer verschillende klachten gerapporteerd, wat suggereert dat er geen specifieke soort klachten is waarvoor de app niet accuraat is. Daarnaast bleek dat de triagist bij de meesten een andere klacht had getrieerd dan de app, bijvoorbeeld malaise versus buikpijn, koorts kind versus huidprobleem, hoest versus keelpijn en klachten urinewegen versus geslachtsorganen.

Opmerkingen en suggesties

Van de gebelde gebruikers waren er 19 ontevreden over de app. De voornaamste kritiek was dat zij niet het hele verhaal over hun klachten kwijt konden [**tabel 3**]. Andere kritiekpunten betroffen het advies (24%) en de structuur (14%) van de app.

De 39 gebruikers die het advies van de app niet opvolgden, gaven daarvoor in totaal 33 redenen, kort samen te vatten als: ze konden niet hun hele verhaal kwijt (33%); ze hadden al eerder contact opgenomen met een arts (27%); ze hadden meer vertrouwen in hun eigen oordeel (27%). Suggesties voor verbetering (n = 65) betroffen vooral extra mogelijkheden om aspecten van de aandoening in te voeren, zoals specifiekere vragen, klachtenduur, medische historie en meerdere klachten.

BESCHOUWING

Dit onderzoek was het eerste naar het gebruik en de veiligheid van een zelftriagetool in de eerstelijns routinezorg. Er waren enkele beperkingen. Ten eerste konden de onderzoekers alleen vragen naar de intentie om het advies op te volgen, terwijl de efficiëntie van de app in feite afhangt van het aantal gebruikers dat de adviezen daadwerkelijk opvolgt. Ten tweede was het

Tabel 3

Redenen voor ontevredenheid over de app*

Reden	n
Niet alle aspecten van klachten in te voeren	
vragen niet specifiek genoeg	6
kan de juiste locatie op lichaam niet duiden	3
niet mogelijk meerdere klachten in te voeren	2
niet genoeg klachten om triage te starten	1
de duur van de klachten wordt niet meegenomen	1
Advies van de app	
niet uitgebreid genoeg	1
niet gerustgesteld door advies	1
advies om contact op te nemen wordt te snel gegeven	2
mijn eigen praktijk gaf mij eerder een ander advies	1
Structuur van de app	
moeilijk om advies terug te vinden in app	1
geen link naar specifieke informatie over de klachten	1
het advies verschilt als app op andere momenten wordt gebruikt	1

* De 19 gebruikers gaven samen 21 redenen op.

aantal van 126 gebelde gebruikers te beperkt om de diversiteit aan klachten en presentaties te controleren. De resultaten zijn daarom niet generaliseerbaar naar complexe patiënten, zoals ouderen met multimorbiditeit. Ten derde bereikten de onderzoekers 9% van de gebelde gebruikers pas de volgende dag, terwijl klachten na een nacht veranderd, verminderd of verergerd kunnen zijn. Als deze patiënten werden weggelaten uit de analyse, verbeterden de diagnostische kenmerken van de app.

Vergelijking met bestaande literatuur

'Moet ik naar de dokter?' presteerde beter dan de vijftien eerstelijns zelftriagetools die in de inleiding ter sprake kwamen.[10] Deze tools waren duidelijk risicomijdend (een aantal adviseerde altijd hulp te zoeken) en het percentage correcte adviezen varieerde met de ernst van de klacht: 80% bij spoedklachten, 55% bij minder urgente klachten en slechts 33% bij zelfzorgklachten. De zelfzorgadviezen van 'Moet ik naar de dokter?' waren voor 74% van de gebruikers correct.
Sommige onderzoeken suggereren dat online instrumenten de zelfzorg stimuleren en het beroep op de eerste lijn reduceren.[5,8,16-19] Maar er zijn ook zorgen over hun veiligheid en over gepast gebruik.[20-24] Zelfzorginstrumenten met een risicomijdende opzet kunnen leiden tot onnodige consulten, en overtriage bevordert angst, medicalisering en verwarring.[10,20,25] Onze app overschatte de ernst bij 8% van de gebruikers, van wie 60% de intentie had het advies op te volgen.

Suggesties voor optimalisering

De onderzoeksresultaten en de suggesties van de gebruikers geven aan hoe de app verder geoptimaliseerd kan worden.
Bij een combinatie van klachten zal de triage afhangen van de ingangsklacht die wordt gekozen. Zo kunnen keelklachten en hoesten bij dezelfde aandoening horen, maar de respectievelijke triagevragen over ernst, alarmsymptomen en verhoogd risico zijn anders. Een triagist kan gedurende het gesprek besluiten ook de andere klacht uit te vragen, maar omdat het binnen het NTS niet mogelijk is te switchen naar een ander triagepad, doorloopt de app slechts één pad. De app kan dus een relevante risicofactor missen als de gebruiker geen andere klacht aangeeft. De veiligheid kan verbeteren als de app zou vragen of er nog een gerelateerde klacht is en vervolgens ook daarvoor triage zou aanbieden.
De efficiëntie van de app komt in het geding als gebruikers een advies tot afwachten niet opvolgen. Meer aandacht voor geruststelling en zelfzorgadviezen kan de efficiëntie van de app vergroten. Doorlinken naar relevante informatie op thuisarts.nl zou bijvoorbeeld een waardevolle toevoeging zijn.

CONCLUSIE

Online instrumenten voor zelftriage zouden op een kosteneffectieve manier druk op de gezondheidszorg kunnen verminderen, als het ze lukt patiënten te bewegen tot adequate zelfzorg. Er is echter meer onderzoek nodig naar de effecten van deze instrumenten op klinische uitkomsten en zorggebruik.[26] ■

LITERATUUR

1. Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: a review of published work. BMJ 1994;308:249-53.
2. Moth G, Huibers L, Ovesen A, Christensen MB, Vedsted P. Preschool children in out-of-hours primary care – a questionnaire-based cross-sectional study of factors related to the medical relevance of health problems. BMC Fam Pract 2017;18:112.
3. Leutgeb R, Engeser P, Berger S, Szecsenyi J, Laux G. Out of hours care in Germany – high utilization by adult patients with minor ailments? BMC Fam Pract 2017;18:42.

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

Van der Velden AW, Teunis T, Verheij TJ. 'Moet ik naar de dokter?' Een app onderzocht. Huisarts Wet 2019;62(3):12-5. DOI:10.1007/s12445-0027-9.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Utrecht: dr. A.W. van der Velden, senior onderzoeker Huisartsgeneeskunde, a.w.vandervelden@umcutrecht.nl; prof. dr. Th.J.M. Verheij, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. UMC Utrecht, afdeling Plastische chirurgie: dr. T. Teunis, arts.

Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is gesubsidieerd door Achmea. Achmea had geen rol in de opzet, dataverzameling, analyse en interpretatie van het onderzoek.

Dit artikel is een bewerking van: Verzantvoort NC, Teunis T, Verheij TJ, Van der Velden AW. Self-triage for acute primary care via a smartphone application. Practical, safe and efficient? PLoS One 2018;13:e0199284. Publicatie gebeurt met toestemming.

Vroege symptomen van dementie herkennen

Susan Jongstra, Willem van Gool, Eric Moll van Charante, Jan-Willem van Dalen, Lisa Eurelings, Edo Richard, Suzanne Ligthart

Inleiding De vaak gebruikte Mini-Mental State Examination (MMSE) is weinig sensitief voor het herkennen van vroege symptomen van dementie. Mogelijk kan het toevoegen van de korte Visual Association Test (VAT) de voorspellende waarde van de MMSE voor dementie verbeteren.

Methode De onderzoekers analyseerden gegevens van 2690 deelnemers (70 tot 78 jaar) uit het preDIVA-onderzoek. Ze keken hoe MMSE-scores na twee jaar waren veranderd en wat de aanvullende waarde is van de VAT (zes associatieplaatjes), gescoord als perfect of imperfect. Met logistische regressie analyseerden ze de voorspellende waarde van deze tests voor de diagnose dementie in de daaropvolgende vier tot zes jaar.

Resultaten Deelnemers met een daling van 2 MMSE-punten of meer hadden een oddsratio (OR) van 3,6 (95%-BI 2,5 tot 5,0) voor het ontwikkelen van dementie. Bij deelnemers die ook een imperfecte VAT hadden, steeg de OR naar 9,6 (95%-BI 5,9 tot 15,4). Bij de combinatie van een daling van 2 tot 3 punten op de MMSE en een perfecte VAT was het risico op dementie niet verhoogd.

Conclusie De VAT geeft een substantiële verbetering van de voorspellende waarde van een kleine daling op de MMSE voor dementie. Deze eenvoudige test kan de huisarts helpen om onderscheid te maken tussen ouderen van wie de cognitieve vermogens extra aandacht behoeven en degenen bij wie geruststelling voldoet.

INLEIDING

Cognitieve klachten op oudere leeftijd komen veel voor. Ze kunnen bij de leeftijd passen of een eerste symptoom zijn van dementie. Vroege herkenning van dementie is belangrijk, omdat de patiënt en diens naasten dan gerichte begeleiding kunnen krijgen.[1-3] Huisartsen krijgen geregeld de vraag of er sprake is van (beginnende) dementie. Zij nemen dan meestal een MMSE (Mini Mental State Examination) af, in aanvulling op de anamnese en het lichamelijk onderzoek.[4] Deze veelgebruikte test heeft een beperkte sensitiviteit, waardoor hij vroege symptomen van dementie vaak mist.[5] Het blijft dan onduidelijk wat een kleine daling op de MMSE betekent.[6-8] Is verdere diagnostiek of begeleiding nodig? Of kan worden volstaan met geruststelling?

De VAT is ook geschikt voor gebruik bij laagopgeleiden en laaggeletterden

De Visual Association Test (VAT), een korte associatietest van zes plaatjes, kan een toegevoegde waarde hebben bij het onderscheiden van onschuldige geheugenklachten en beginnende dementie.[9] Deze test heeft immers een hoge sensitiviteit voor het detecteren van vroege symptomen van dementie.[10] Bovendien is de VAT ook geschikt voor gebruik bij laagopgeleiden en laaggeletterden, in tegenstelling tot de MMSE.

De onderzoekers berekenden de voorspellende waarde van een MMSE-daling na twee jaar voor het ontwikkelen van dementie in de daaropvolgende vier tot zes jaar. Ze onderzochten of toevoeging van de VAT deze voorspellende waarde kan verbeteren.

METHODEN

Patiënten

De onderzoekers hebben de gegevens van het preDIVA-onderzoek (Preventie van Dementie door Intensieve Vaatzorg) geanalyseerd.[11] Bij dit pragmatische, cluster-gerandomiseerde onderzoek is gekeken of intensieve vaatzorg uitgevoerd door de poh bij ouderen dementie

WAT IS BEKEND?

- Bij ouderen met cognitieve klachten nemen huisartsen vaak herhaaldelijk een MMSE af om het risico op dementie in te schatten.
- Vroege symptomen van dementie worden met de MMSE vaak gemist.
- De Visual Association Test (VAT) is een korte associatietest van zes plaatjes met een hoge sensitiviteit voor vroege symptomen van dementie.

WAT IS NIEUW?

- Bij mensen met een kleine daling in de MMSE-score in twee jaar kan de VAT helpen om onderscheid te maken tussen patiënten met en patiënten zonder een verhoogd risico op dementie in de komende jaren.
- De VAT, die ook geschikt is voor gebruik bij laagopgeleiden en laaggeletterden, is goed uitvoerbaar voor praktijkondersteuners.

kan voorkomen of uitstellen. In totaal namen 3526 patiënten zonder dementie (leeftijd 70 tot 78 jaar) uit 116 huisartspraktijken deel. Ze werden gemiddeld 6,7 jaar gevolgd en tweejaarlijks door een poh getest. Een gedetailleerde beschrijving van dit onderzoek is elders te vinden.[11,12] Tussen de twee groepen was er geen verschil in de incidentie van dementie en daarom hebben de onderzoekers de populatie hier als één cohort geanalyseerd. Patiënten die binnen de eerste twee jaar van het onderzoek een diagnose dementie kregen hebben ze uitgesloten, omdat het doel was om dementie in de komende jaren te voorspellen.

Diagnose dementie

Om de twee jaar hebben poh's bij alle deelnemers de MMSE en de VAT afgenomen. Daarnaast werd in het HIS gekeken of er een vermoeden van dementie of cognitieve stoornissen bestond en of hiernaar aanvullend (specialistisch) onderzoek was gedaan. Een onafhankelijke en geblindeerde commissie, bestaande uit specialisten en huisartsen, beoordeelde alle dementiediagnoses. Om foutpositieve diagnoses te voorkomen, vond na een jaar verificatie van iedere diagnose plaats.

MMSE en VAT

De poh's gebruikten de Nederlandse versie van de MMSE, die een maximumscore van 30 punten kent.[13] Veranderingen in de tijd zijn gemeten door de baselinescores te vergelijken met de scores na twee jaar.

De VAT-versie A bestaat uit zes cuekaarten, waarop bijvoorbeeld een aap wordt getoond, en zes associatiekaarten, waarop een onverwachte visuele associatie staat: de aap houdt een paraplu vast [**figuur 1**].[9] De deelnemer krijgt de cuekaarten daarna opnieuw te zien en wordt gevraagd naar de associatie. Wanneer de deelnemer alle zes associaties kan benoemen is de score perfect. Om de toegevoegde waarde te analyseren, is de VAT van de tweejaarsmeting gebruikt. In dit onderzoek is alleen gebruikgemaakt van de korte VAT-test, terwijl de originele test een tweede set van zes plaatjes omvat (versie B), waarmee de test nog sensitiever kan worden gemaakt (afnametijd voor zes plaatjes: < 5 minuten).

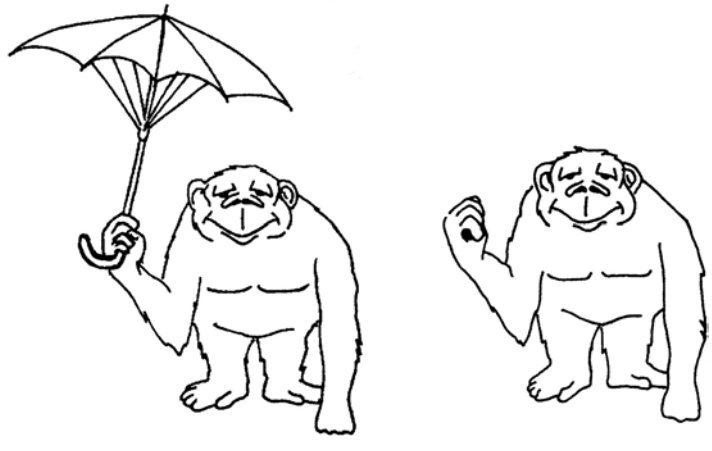
Statistische analyse

Patiënten konden deelnemen wanneer hun MMSE-score op baseline bekend was, naast hun MMSE en VAT-score bij de tweejaarsmeting. De onderzoekers voerden een logistische regressie uit met de diagnose dementie als afhankelijke variabele, en de MMSE en de VAT als onafhankelijke variabelen. De MMSE werd gedichotomiseerd als stabiel (1 punt daling of gelijke/verbeterde score) versus achteruitgang (≥ 2 punten daling). Hetzelfde gebeurde bij de VAT: perfect (alle 6 plaatjes goed) versus imperfect (≥ 1 fout). De onderzoekers kozen voor het strikte afkappunt bij de VAT omdat het een relatief gezonde, thuiswonende populatie betrof. Ze corrigeerden alle analyses voor leeftijd en opleiding, omdat dit mogelijk verstorende variabelen zijn voor zowel de MMSE als dementie.

Daarnaast voerden ze een logistische regressie uit met de combinatie van verandering in MMSE (stabiel of achteruitgang) en VAT (perfect of imperfect), waarmee vier groepen ontstonden. Ten slotte berekenden ze het percentage dementiegevallen per categorie van MMSE-puntverandering en voor een perfecte of imperfecte VAT. Voor alle analyses gebruikten ze SPSS, versie 23.

Figuur 1

Voorbeeld van een associatiekaart (links) en een cuekaart (rechts) uit de Visual Association Test



Deelnemers wordt gevraagd te benoemen wat op de associatiekaart staat (bijvoorbeeld 'een aap die een paraplu vasthoudt'). Na zes associatiekaarten worden de cuekaarten aangeboden en wordt gevraagd wat ontbreekt ('Wat hield de aap vast?').

Vroege herkenning van dementie is belangrijk, omdat de patiënt en zijn naasten dan gerichte begeleiding kunnen krijgen. Foto: Shutterstock

RESULTATEN

In totaal deden 2690 patiënten (76,3%) mee. In de [**tabel**] staan de kenmerken van deze groep. Van 2648 deelnemers (98,4%) kon worden vastgesteld of er sprake was van dementie na een mediane follow-uptijd van 6,7 jaar. Van hen ontwikkelden 157 patiënten dementie (5,9%).

De oddsratio (OR) voor dementie was 3,55 (95%-BI 2,51 tot 5,00) voor deelnemers met een daling van ≥ 2 punten op de tweejaars-MMSE ten opzichte van de deelnemers met een stabiele score. Voor een imperfecte VAT was de OR 3,28 (95%-BI 2,35 tot 4,58). De groep met een verminderde prestatie op beide tests (een daling van ≥ 2 MMSE-punten en een imperfecte VAT) had het hoogste risico op het krijgen van dementie: een OR van 9,55 (95%-BI 5,89 tot 15,41)

[**Online figuur 2** en **3**] tonen het risico op het ontwikkelen van dementie per punt verandering in de MMSE, uitgesplitst naar perfecte of imperfecte VAT. Bij 2 of 3 punten MMSE-daling verhoogt een imperfecte VAT het risico op dementie respectievelijk van 10,1% naar 14,1% en van 20,8% naar 29,3%. Bij een daling van 1 MMSE-punt met daarbij een imperfecte VAT verdubbelt het risico op dementie tot 12,2% (95%-BI 7,5 tot 17). Daarentegen hadden deelnemers met een MMSE-daling van 2 of 3 punten met daarbij een perfecte VAT geen significante verhoging van het risico op dementie.

BESCHOUWING

Uit de resultaten blijkt dat de VAT een toegevoegde waarde kan hebben bij het bepalen of patiënten die in twee jaar een kleine daling in de MMSE-score hebben doorgemaakt, kunnen worden gerustgesteld of extra in de gaten moeten worden gehouden. De VAT is speciaal ontwikkeld voor het oppikken van vroege signalen van dementie. Deze test is geschikt voor gebruik in

Tabel

Kenmerken van de deelnemers (n = 2690)

Kenmerken	
Leeftijd, gemiddelde in jaren (sd)	73,7 (2,4)
Aantal mannen (%)	1212 (45,1%)
Opleidingsniveau, aantal (%)	
Laag (< 7 jaar)	591 (22,0%)
Middel (7-12 jaar)	1672 (62,2%)
Hoog (> 12 jaar)	368 (13,7%)
Kaukasisch, aantal (%)	2555 (95%)
MMSE bij aanvang, mediaan (IQR)	29 (27-29)
MMSE na 2 jaar, mediaan (IQR)	29 (27-29)
VAT-score na 2 jaar, mediaan (IQR)	6 (5-6)

De korte associatieve geheugentest helpt bij het onderscheiden van onschuldige geheugenklachten en beginnende dementie.

Foto: Shutterstock

de huisartsenpraktijk omdat opleidingsniveau en geletterdheid geen invloed hebben op de testresultaten, wat bij de MMSE wel het geval is. Ook heeft de test vergeleken met andere cognitieve tests een hoge specificiteit en positief voorspellende waarde.[10] Voor zover de onderzoekers weten, zijn er geen andere onderzoeken die een analyse hebben gemaakt van de toegevoegde waarde van de VAT in de huisartsenpraktijk.
De sterke punten van dit onderzoek zijn het grote aantal deelnemers met lange follow-updduur, de geblindeerde uitkomstenbeoordeling en de volledigheid van de follow-up voor dementie. De VAT is een eenvoudige en snelle test en werd afgenomen in een relatief gezonde huisartspopulatie, zonder vermoeden van dementie bij de start van het onderzoek.
Een beperking is dat alleen deelnemers met volledige testscores konden worden geïncludeerd. Voor zover bekend is er ook geen onderzoek dat de VAT en de kloktekentest of de MoCA (Montreal Cognitive Assessment) met elkaar vergelijkt, die huisartsen eveneens kunnen gebruiken voor onderzoek naar cognitief functioneren.[14] De MoCA is minder geschikt voor personen met een lager opleidingsniveau, omdat deze test bij hen snel afwijkend is. De VAT biedt hier wel mogelijkheden, omdat deze juist geschikt is voor gebruik bij laagopgeleiden en laaggeletterden. Deze test is echter nog niet gevalideerd voor gebruik in de huisartsenpraktijk en daarom is verder onderzoek nodig om de waarde voor de praktijk te kunnen bepalen. Ten slotte is de test niet gratis (een volledig pakket kost eenmalig € 360) en is deze ontwikkeld voor gebruik door neuropsychologen, terwijl in dit onderzoek poh's de VAT afnamen. De test bleek voor hen wel goed en snel uitvoerbaar.

CONCLUSIE

Bij oudere mensen met een kleine daling op de MMSE kan de VAT, een korte associatieve geheugentest, helpen om onderscheid te maken tussen degenen met en degenen zonder een verhoogd risico op het ontwikkelen van dementie in de komende jaren. ■

LITERATUUR

1. Cordell CB, Borson S, Boustani M, Chodosh J, Reuben D, Verghese J, et al. Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. Alzheimers Dement 2013;9:141-50.
2. Baruch N, Allan CL, Cundell M, Clark S, Murray B. Promoting early dementia diagnosis: a video designed by patients, for patients. Int Psychogeriatr 2016;29:863-7.
3. Khanassov V, Vedel I. Family physician-case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: a systematic mixed studies review. Ann Fam Med 2016;14:166-77.

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

Jongstra S, Van Gool WA, Moll van Charante EP, Van Dalen J-W, Eurelings LSM, Richard E, Ligthart SA. Vroege symptomen van dementie herkennen. Huisarts Wet 2019;62(3):16-21. DOI:10.1007/s12445-019-0034-x.

Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Neurologie, Amsterdam: dr. S. Jongstra, neuroloog i.o.; prof.dr. W.A. van Gool, neuroloog; dr. J-W van Dalen, onderzoeker; dr. L.S.M. Eurelings, arts-onderzoeker. Afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. E.P. Moll van Charante, huisarts-onderzoeker; dr. S.A. Ligthart, huisarts, suzanneligthart@hotmail.com. Radboud UMC, afdeling Neurologie/Donders Instituut, Nijmegen: dr. E. Richard, neuroloog.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Jongstra S, Van Gool WA, Moll van Charante E, Van Dalen JW, Eurelings E, Richard E, Ligthart SA. Improving prediction of dementia in primary care. Ann Fam Med 2018;16:206-210. Publicatie gebeurt met toestemming.

Effect primaire cardiovasculaire preventie bij ouderen

Emma van Bussel, Marieke Hoevenaar-Blom, Wim Busschers, Edo Richard, Ron Peters, Willem van Gool, Eric Moll van Charante

Inleiding Het is niet duidelijk of cardiovasculaire interventies in de eerste lijn het risico op cardiovasculaire ziekten bij ouderen daadwerkelijk verlagen.

Methode Deelnemers waren 2254 thuiswonende ouderen (70-78 jaar) zonder cardiovasculaire ziekten in de voorgeschiedenis, die afkomstig waren uit het preDIVA-onderzoek (Preventie van Dementie door Intensieve VAatzorg). De interventiegroep kreeg elke vier maanden vasculaire zorg in de huisartsenpraktijk. De controlegroep ontving standaardzorg. De onderzoekers keken naar het effect van de interventie op de intermediaire uitkomst SCORE-OP ('Systematic COronary Risk Evaluation in Older Persons'), een maat voor het tienjaarsrisico op cardiovasculaire sterfte, die gebaseerd is op zes cardiovasculaire risicofactoren.

Resultaten De interventie bleek geen effect te hebben op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit (in gemiddeld ruim zes jaar). De SCORE-OP steeg 0,60% (95%-BI -0,01 tot 1,20) minder in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep. In de interventiegroep was er een grotere daling in systolische bloeddruk van 2,4 mmHg (95%-BI 0,9 tot 3,9) en een sterkere afname van het aantal rokers met 1,9% (95%-BI 0,4 tot 3,4) vergeleken met de controlegroep.

Conclusie Intensieve vaatzorg door de praktijkondersteuner voor thuiswonende ouderen zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis resulteerde in een grotere daling in de bloeddruk en het rookgedrag dan de standaardzorg. Deze interventie leidde echter niet tot een gunstiger cardiovasculair risicoprofiel volgens de SCORE-OP of tot een reductie van de cardiovasculaire morbiditeit of mortaliteit.

INLEIDING

Tot nu toe is niet duidelijk tot welke leeftijd het zinvol is om in de eerste lijn primaire cardiovasculaire preventie aan te bieden, noch wat de optimale streefwaarden van risicofactoren bij ouderen zijn.[1] Enkele onderzoeken suggereren dat het verband tussen traditionele cardiovasculaire risicofactoren en de incidentie van hart- en vaatziekten (HVZ) zwakker wordt of zelfs omkeert met het stijgen van de leeftijd.[2] In het preDIVA-onderzoek (Preventie van Dementie door Intensieve VAatzorg) zien we een neutraal effect van intensieve vaatzorg op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit bij thuiswonende ouderen.[3] Voor dit onderzoek werden ouderen geselecteerd uit de preDIVA-populatie die geen cardiovasculaire ziekten in de voorgeschiedenis hadden. De onderzoekers keken naar het effect van de interventie op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit, het effect op het cardiovasculaire risicoprofiel, welke ouderen het meeste baat hebben bij de interventie, en welke van de risicofactoren er het meest door worden beïnvloed.

METHODE

Populatie

Dit onderzoek is een secundaire analyse van het tussen 2006 en 2015 uitgevoerde preDIVA-onderzoek, een clustergerandomiseerde trial naar het effect van intensieve vaatzorg, met dementie als primaire en HVZ als secundaire uitkomst.[3] Van de 6762 mensen tussen de 70 en 78 jaar oud uit 116 huisartsenpraktijken die voldeden aan de inclusiecriteria, namen 3526 (52,1%) deel aan het preDIVA-onderzoek. Omdat het huidige onderzoek het effect van de interventie bij primaire preventie beoordeelde, hebben de onderzoekers alleen de gegevens van deelnemers zonder HVZ in de voorgeschiedenis geanalyseerd (n = 2254; 63,9% van de preDIVA-populatie).

Interventie

De deelnemers in de interventiegroep bezochten elke vier maanden de praktijkondersteuner (poh) in de huisartsenpraktijk voor intensieve vaatzorg, waarbij de poh streefde

Tabel 1

Hazardratio's voor het relatieve risico op incidente HVZ en totale mortaliteit*

Eindpunt	Interventiegroep n = 1039	%	Controlegroep n = 1215	%	Hazardratio (95%-BI)
Fatale en niet-fatale cardiovasculaire ziekten†	75/790	9,5	65/715	9,1	0,99 (0,71 tot 1,38)
Cardiovasculaire mortaliteit‡	21/1074	2,0	21/941	2,2	0,87 (0,46 tot 1,65)
Cardiovasculaire morbiditeit	55/821	6,7	45/724	6,2	1,01 (0,68 tot 1,50)
Myocardinfarct	42/975	4,3	32/870	3,7	1,08 (0,68 tot 1,71)
Beroerte	15/818	1,8	14/721	1,9	0,93 (0,45 tot 1,93)
Totale mortaliteit	158/1211	13,0	118/1038	11,4	1,15 (0,88 tot 1,49)

* In de interventiegroep vergeleken met de controlegroep, gecorrigeerd voor clustering binnen huisartsenpraktijken en -centra.
† Cardiovasculaire mortaliteit + cardiovasculaire morbiditeit.
‡ Mortaliteit als gevolg van myocardinfarct of beroerte.
95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

naar het optimaliseren van zowel de bloeddruk, het cholesterol, de glucose en de leefstijl.[3] Voor het vaststellen van de streefwaarden diende de NHG-Standaard voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) als uitgangspunt.[4,5] De controlegroep kreeg standaardzorg, waarbij bij aanvang van het onderzoek minder strikte behandeladviezen bestonden voor ouderen.[4]

Eindpunten en statistische analyse

Het effect op klinische eindpunten

Het effect van de interventie op fatale en niet-fatale HVZ, en de totale sterfte werden bepaald met mixed-effects cox proportional hazard-modellen, waarbij de onderzoekers rekening hielden met clustering binnen de huisartsenpraktijken. De analyses werden herhaald voor de subgroepen met en zonder een strikte indicatie voor medicamenteuze behandeling voor cardiovasculaire preventie.

Het effect op de SCORE-OP en individuele risicofactoren

De SCORE-OP ('Systematic COronary Risk Evaluation in Older Persons') is een samengestelde maat van cardiovasculaire risicofactoren (totaal cholesterol, systolische bloeddruk, leeftijd, roken, HDL-cholesterol, diabetes mellitus type 2), die het tienjaarsrisico op cardiovasculaire sterfte voorspelt.[6] Om te kunnen beoordelen of intensieve vaatzorg resulteert in een gunstiger risicoprofiel over de tijd dan standaardzorg, berekenden de onderzoekers het gemiddelde gecorrigeerde verschil in de SCORE-OP tussen beide onderzoeksarmen. Een soortgelijke analyse voerden ze uit voor de individuele risicofactoren van de SCORE-OP. Verdere informatie over de toegepaste statistiek is te vinden in het oorspronkelijke artikel.[7]

RESULTATEN

Van de 2254 deelnemers zonder HVZ in de voorgeschiedenis hadden er 753 (33%) ontbrekende waarden. Daarom waren van 1501 (67%) deelnemers gegevens beschikbaar om de SCORE-OP op twee tijdspunten te berekenen. Voor het einde van het onderzoek vielen 587 van de 1501 (39%) deelnemers uit. De mediane follow-upduur was 5,4 jaar (n = 2254) en 6,1 jaar voor de 1501 deelnemers die geïncludeerd werden in de analyse voor de SCORE-OP.

Effecten op klinische eindpunten

De interventie had geen effect op cardiovasculaire uitkomsten of overlijden [**tabel 1**]. De resultaten verschilden niet tussen de subgroepen met deelnemers die op basis van de NHG-Standaard CVRM een indicatie hadden voor medicamenteuze behandeling en degenen die geen indicatie hadden. Ook deelnemers die trouw naar de bezoeken kwamen vertoonden geen beter resultaat.

Effecten op de SCORE-OP

Bij baseline was het tienjaarsrisico op HVZ-mortaliteit volgens de SCORE-OP 14,0% in de interventiegroep en 13,9% in de controlegroep. Gedurende de follow-up nam het gemiddelde risico toe naar 25% in de controlegroep en 23,9% in de interventiegroep (gemiddeld gecorrigeerde verschil 0,60% (95%-BI -0,01 tot 1,20) [**tabel 2**]. Het gemiddelde gecorrigeerde verschil was vergelijkbaar voor het voorspelde tienjaarsrisico op mortaliteit door coronaire hartziekten- en niet-coronaire hartziekten [**tabel 2**]. Deelnemers die trouw op het spreekuur kwamen, boekten geen beter resultaat.

WAT IS BEKEND?

- De sterkte van het verband tussen cardiovasculaire risicofactoren en de incidentie van cardiovasculaire ziekten neemt af met de leeftijd.

WAT IS NIEUW?

- Intensieve vaatzorg heeft geen effect op klinische eindpunten bij ouderen zonder cardiovasculaire ziekten in de voorgeschiedenis.
- Intensieve vaatzorg bij ouderen resulteert in een iets gunstiger risicoprofiel, en heeft vooral effect op de bloeddruk en het rookgedrag.

Intensieve vaatzorg door de praktijkondersteuner voor thuiswonende ouderen zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis levert een grotere daling in de bloeddruk en het rookgedrag op dan standaardzorg.

Foto: iStock

Effecten op individuele risicofactoren

Vergeleken met de controlegroep leidde de interventie tot een significante daling van de systolische bloeddruk (2,39 mmHg (95%-BI 0,87 tot 3,90)) en het aantal rokers (1,85% (95%-BI 0,35 tot 3,36)), maar niet tot een significant effect op de andere risicofactoren [**tabel 2**].

Deelnemers die trouw op het spreekuur kwamen, boekten geen beter resultaat

BESCHOUWING

Ruim zes jaar intensieve vaatzorg door de poh voor thuiswonende ouderen zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis resulteerde in een grotere daling in bloeddruk en rookgedrag vergeleken met standaardzorg, maar leidde niet tot een gunstiger cardiovasculair risicoprofiel volgens de SCORE-OP of een reductie in cardiovasculaire morbiditeit of mortaliteit. Aanvullende analyses veranderden deze resultaten niet. Verschillende factoren kunnen deze neutrale bevindingen wat betreft het cardiovasculaire risicoprofiel en de klinische eindpunten mogelijk verklaren. Ten eerste was sprake van een substantieel hawthorne-effect: het fenomeen dat mensen geneigd zijn hun gedrag te veranderen wanneer ze aan een onderzoek deelnemen. De screening om de twee jaar leidde vanzelfsprekend ook tot interventies bij hoogrisicopatiënten in de controlegroep. Daarnaast werden er in Nederland gedurende de loop van het onderzoek CVRM-programma's ontwikkeld voor ouderen. Deze leidden, ook in de controlegroep van dit onderzoek, mogelijk tot een gunstiger risicoprofiel. Verder was de pragmatische public health-aanpak misschien niet intensief genoeg om een effect op klinische uitkomsten te bewerkstelligen. Ten slotte waren de effecten op de bloeddruk en het rookgedrag wellicht te gering, of de leeftijd te hoog om, gegeven het onderzoekscontrast, een effect te sorteren op cardiovasculaire ziekten.[2] In sommige onderzoeken leidde (meer substantiële) bloeddrukverlaging wel tot een reductie van HVZ bij ouderen,[8] terwijl andere onderzoeken suggereren dat het verband tussen traditionele cardiovasculaire risicofactoren en incidente HVZ vermindert of zelfs omkeert.

Ook speelt wellicht selectie een rol: de ouderen die ondanks risicofactoren (en relatief hoge leeftijd) geen HVZ hebben ontwikkeld zijn mogelijk, om onduidelijke redenen, in zekere mate resistent en hebben misschien geen preventie nodig, zoals er ook rokers zijn die geen longkanker ontwikkelen. Dit is een van de eerste onderzoeken met een interventie

Tabel 2

Gemiddelde gecorrigeerde verschillen tussen interventie- en controlegroep gedurende de follow-up, voor de SCORE-OP en de individuele risicofactoren

	Gemiddelde bij baseline		Gemiddelde gedurende onderzoek		Gemiddeld gecorrigeerd verschil (95%-BI)
	Interventiegroep	Controlegroep	Interventiegroep	Controlegroep	
SCORE-OP					
Tienjaarsrisico op cardiovasculaire mortaliteit, % (sd)	14,0 (7,7)	13,9 (7,9)	23,9 (13,7)	25,0 (14,1)	-0,60 (-1,20 tot 0,01)
Tienjaarsrisico op overlijden ten gevolge van myocardinfarct, % (sd)	5,8 (3,6)	5,8 (3,7)	9,5 (6,0)	9,9 (6,2)	-0,20 (-0,52 tot 0,11)
Tienjaarsrisico op overlijden ten gevolge van beroerte, % (sd)	8,2 (4,2)	8,0 (4,4)	14,8 (8,4)	15,3 (8,5)	-0,31 (-0,66 tot 0,04)
Individuele risicofactoren van SCORE-OP					
SBD mmHg (sd)	156,0 (20,9)	154,9 (20,1)	149,2 (18,7)	151,3 (20,5)	-2,39 (-3,90 tot -0,87)
Totaal cholesterol *mmol/L (sd)*	5,4 (1,0)	5,6 (1,1)	5,2 (1,1)	5,3 (1,1)	-0,03 (-0,12 tot 0,02)
HDL-cholesterol *mmol/L (sd)*	1,6 (0,4)	1,6 (0,4)	1,5 (0,4)	1,5 (0,4)	-0,00 (-0,02 tot 0,02)
Rokers* % rokend (sd)	10,4 (30,5)	11,7 (32,2)	7,1 (25,6)	9,6 (29,4)	-1,85 (-3,36 tot -0,35)
Diabetes mellitus type 2, % met DM2 (sd)	18,3 (38,7)	13,8 (34,5)	20,0 (40,0)	16,3 (36,9)	-0,73 (-2,19 tot 0,74)

SCORE-OP = Systematic COronary Risk Evaluation in older persons; 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; HVZ = hart- en vaatziekten; sd = standaarddeviatie; SBD = systolische bloeddruk; DM2 = diabetes mellitus type 2.

* Gebaseerd op zelfrapportage.

Normaalwaarden: totaal cholesterol (< 5,0 mmol/L), HDL-cholesterol (0,9 tot 2,0 mmol/L).

Gemiddelden en standaarddeviaties bij baseline en van herhaalde metingen na baseline met gemiddelde – voor baseline waarden gecorrigeerde – verschillen tussen de onderzoeksarmen (interventie minus controle). Voor roken en DM2 geven de cijfers het percentage in de onderzoekspopulatie weer. Het gemiddelde gecorrigeerde verschil geeft het absolute verschil in dit percentage weer tussen de onderzoeksarmen.

gericht op alle risicofactoren voor primaire cardiovasculaire preventie bij een substantiële groep thuiswonende ouderen, die gedurende lange tijd gevolgd werden. De brede inclusiecriteria zorgden voor een hoge externe validiteit, en het gebruik van de NHG-Standaarden voor cardiovasculair risicomanagement als basis voor de interventie zorgde voor brede toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk. Beperkingen zijn dat relatief veel deelnemers voor het einde van het onderzoek uitvielen (39%), en dat voor de hoofdanalyses bij een substantieel aantal deelnemers waarden ontbraken (33%). Deelnemers met ontbrekende waarden waren even oud, maar waren ongezonder en vaker man vergeleken met deelnemers die tot het eind meededen.

CONCLUSIE

Intensieve vaatzorg door de poh aan ouderen van 70 tot 78 jaar leidde na ruim 6 jaar tot een daling in de systolische bloeddruk en het rookgedrag, maar niet in een significante verbetering van het cardiovasculaire risicoprofiel gemeten met de SCORE-OP, of een significante verbetering van de cardiovasculaire morbiditeit of mortaliteit. Mogelijk vertaalt een gezonder cardiovasculair risicoprofiel bij ouderen zich niet in minder ziekte of sterfte aan hartvaatziekten. Op dit moment is er onvoldoende bewijs dat verdere intensivering van het cardiovasculair risicomanagement in Nederland bij mensen boven de 70 jaar het risico op hart- en vaatziekten verder kan terugdringen. ■

LITERATUUR

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the ESC and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016;37:2315-81.
2. Ahmadi SF, Streja E, Zahmatkesh G, Streja D4, Kashyap M5, Moradi H, et al. Reverse epidemiology of traditional cardiovascular risk factors in the geriatric population. J Am Med Dir Assoc 2015;16:933-9.
3. Moll van Charante EP, Richard E, Eurelings LS, Van Dalen JW, Ligthart SA, Van Bussel EF, et al. Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2016;388:797-805.

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

Van Bussel E, Hoevenaar-Blom MP, Busschers WB, Richard E, Peters RJG, Van Gool WA, Moll van Charante EP. Effect primaire cardiovasculaire preventie bij ouderen. Huisarts Wet 2019;62(3)22-5. DOI:10.1007/s12445-019-0032-2.

Amsterdam UMC, UvA, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: E.F. van Bussel, aioto, e.f.vanbussel@amc.uva.nl; W.B. Busschers, statisticus; dr. E.P. Moll van Charante, principal investigator, huisarts. Afdeling Neurologie: dr. M.P. Hoevenaar-Blom, post-doc, epidemioloog; dr. E. Richard, principal investigator, neuroloog (ook bij Radboud UMC, afdeling Neurologie, Nijmegen); prof.dr. W.A. van Gool, hoogleraar neurologie. Afdeling Cardiologie: prof.dr. R.J.G. Peters, cardioloog.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Van Bussel EF, Hoevenaar-Blom MP, Busschers WB, Richard E, Peters RJG, Van Gool WA, et al. Effects of primary cardiovascular prevention on vascular risk in older adults. Am J Prev Med 2018;55:368-75. Publicatie gebeurt met toestemming.

Leidt samen beslissen tot minder antibioticagebruik?

Thamar van Esch, Anne Brabers, Karin Hek, Liset van Dijk, Robert Verheij, Judith de Jong

Inleiding Er zijn aanwijzingen dat gezamenlijke besluitvorming onnodig voorschrijven van antibiotica kan verminderen. De onderzoekers gingen na of in huisartsenpraktijken waar meer gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt, minder vaak antibiotica worden voorgeschreven.

Methode De onderzoekers maten het niveau van gezamenlijke besluitvorming met een gevalideerde vragenlijst (SDM-Q9). Ze legden deze voor aan patiënten die lid waren van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg en tevens waren ingeschreven bij een van de vijftien huisartsenpraktijken binnen Nivel Zorgregistraties eerste lijn. Per huisartsenpraktijk bepaalden ze de gemiddelde SDM-score en verzamelden ze gegevens uit de elektronische patiëntendossiers over alle episodes van hoesten, neusbijholteontsteking of urineweginfectie. Per episode bepaalden ze of er volgens de relevante NHG-Standaarden een indicatie was voor antibiotica en of er een antibioticum was voorgeschreven. Met multilevel logistische regressieanalyses onderzochten ze het verband tussen samen beslissen en het voorschrijven van antibiotica.

Resultaten Wanneer er geen duidelijke indicatie was, maar antibiotica konden worden overwogen, kregen patiënten tussen 18 en 39 jaar oud minder antibioticavoorschriften in praktijken waar meer gezamenlijke besluitvorming plaatsvond. Voor andere leeftijdsgroepen vonden de onderzoekers dit verband niet.

Conclusie Gezamenlijke besluitvorming blijkt gerelateerd te zijn aan voorschrijven van antibiotica en kan wellicht bijdragen aan het terugdringen van antibioticagebruik.

INLEIDING

Toenemende antibioticaresistentie is wereldwijd een bedreiging voor de gezondheid.[1,2] Landen waar veel antibiotica worden voorgeschreven, kennen meer antibioticaresistentie.[3] Het antibioticagebruik is in de Nederlandse huisartsenzorg relatief laag,[3,4] maar er is aanzienlijke variatie in het voorschrijfgedrag. Patiënten krijgen regelmatig antibiotica (tot 59% bij bepaalde aandoeningen) terwijl daar geen indicatie voor is.[5,6]

Gezamenlijke besluitvorming (*shared decision-making*, SDM) is een manier om de voor- en nadelen van antibioticagebruik tegen elkaar af te wegen.[7,8] Samen beslissen heeft vooral toegevoegde waarde als de situatie ruimte laat voor verschillende opties,[9] bijvoorbeeld als volgens de NHG-Standaard een antibioticum kan worden overwogen, maar niet altijd nodig is.

Gebleken is dat samen beslissen passend gebruik van antibiotica kan bevorderen.[10] Interventies die gezamenlijke besluitvorming stimuleren, reduceren op korte termijn het voorschrijven van antibiotica.[8] Dit onderzoek had tot doel na te gaan of huisartsenpraktijken die vaker gezamenlijke besluitvorming toepassen, minder vaak antibiotica voorschrijven in situaties waarin deze middelen volgens de NHG-Standaard niet zijn geïndiceerd of hooguit kunnen worden overwogen.

KOPPELING TUSSEN NIVEL ZORGREGISTRATIES EN HET NIVEL CONSUMENTENPANEL GEZONDHEIDSZORG

De koppeling tussen Nivel Zorgregistraties eerste lijn en het Consumentenpanel Gezondheidszorg bestaat uit ongeveer 2700 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (totaal circa 12.000 leden) die als patiënt staan ingeschreven bij één van de vijftien huisartsenpraktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties (in totaal circa 500 huisartsenpraktijken). Voor deze patiënten en huisartsenpraktijken kunnen gegevens van vragenlijsten en uit elektronische patiëntendossiers worden gecombineerd. De betrokken patiënten gaven hiervoor schriftelijk toestemming. Zie ook tabel 1 van de originele publicatie.

Alleen in situaties met een onzekere indicatie, dus waarin een antibioticum kan worden overwogen, is er ruimte om samen te beslissen.

Foto: Shuttertsock

METHODE

Populatie en gegevensverzameling

De onderzoekspopulatie bestond uit ongeveer 2700 patiënten die deelnemen aan het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg en tevens staan ingeschreven bij één van de vijftien huisartsenpraktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties [**kader**].[11-13]

Het niveau van gezamenlijke besluitvorming is gemeten met de SDM-Q9, een gevalideerde vragenlijst met negen stellingen en een zespunts antwoordschaal [**bijlage**]. Deze lijst is beantwoord door 1199 patiënten (respons 45%, 34 tot 191 respondenten per praktijk). De patiënten waren gemiddeld 63 jaar oud (standaarddeviatie 13 jaar, uitersten 21 en 87 jaar). Per huisartsenpraktijk scoorden de onderzoekers het gemiddelde niveau van gezamenlijke besluitvorming op een schaal van 0 (laagst) tot 100 (hoogst).

Vervolgens verzamelden de onderzoekers via Nivel Zorgregistraties gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van alle 8192 volwassen patiënten uit deze 15 praktijken (218 tot 1253 patiënten per praktijk) die in 2016 hun huisarts consulteerden voor:

- acuut hoesten (ICPC-codes R05, R71, R77 en R78);
- acute rinosinusitis (ICPC-codes R09, R74 en R75);
- urineweginfecties (ICPC-codes, U02 en U71).

Ze kozen deze aandoeningen, omdat hierbij antibiotica kunnen worden overwogen in minimaal 20% van de episodes.[6,14]

Volgens de relevante NHG-Standaarden hangt het onder andere af van leeftijd en comorbiditeit of antibiotica daadwerkelijk zijn geïndiceerd.[15-17] Voor elke episode bepaalden ze deze indicatie op basis van leeftijd, geslacht, morbiditeit, labuitslagen en geneesmiddelvoorschriften.[18] Ook bepaalden ze per episode of de huisarts wel of geen antibioticum (ATC-subgroep J01) voorschreef.

WAT IS BEKEND?

- Antibioticaresistentie is wereldwijd een bedreiging voor de volksgezondheid.
- Er is grote variatie tussen Nederlandse huisartsen in het voorschrijven van antibiotica.
- Voor sommige aandoeningen krijgt 59% van de patiënten antibiotica terwijl die niet geïndiceerd zijn.
- Er zijn aanwijzingen dat gezamenlijke besluitvorming passend gebruik van antibiotica kan bevorderen.

WAT IS NIEUW?

- In praktijken waar huisarts en patiënt meer samen beslissen, schrijven huisartsen minder vaak antibiotica voor.
- Dit geldt alleen voor patiënten tussen de 18 en 39 jaar oud, in situaties waar antibiotica niet strikt zijn geïndiceerd maar wel kunnen worden overwogen.

In praktijken waar huisarts en patiënt meer samen beslissen, schrijven huisartsen minder vaak antibiotica voor. Foto: Shuttertsock

Analyse

In drie afzonderlijke multilevel logistische regressieanalyses met twee niveaus (praktijk en patiënt) onderzochten ze het verband tussen antibioticavoorschriften en gezamenlijke besluitvorming voor episodes waarbij antibiotica volgens de richtlijnen konden worden overwogen (onzekere indicatie), waren geïndiceerd, dan wel niet waren geïndiceerd.
De uitkomstmaat was wel of geen antibioticavoorschrift. Onafhankelijke variabelen waren gezamenlijke besluitvorming op praktijkniveau, de leeftijd en het geslacht van de patiënt, de ICPC-code en de interacties van gezamenlijke besluitvorming met leeftijd en met geslacht. Geslacht, leeftijd (in vier categorieën) en ICPC-code werden als controlevariabelen opgenomen in de regressieanalyses, omdat zij mogelijk verband houden met het voorschrijven van antibiotica.
Zo bepaalden ze het verband tussen gezamenlijke besluitvorming en antibioticavoorschrift, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en ICPC-code. Bij patiënten met meerdere episodes selecteerden ze één willekeurige episode. Alle analyses werden uitgevoerd in Stata 15.0, het significantieniveau was 0,05.

RESULTATEN

In bijna de helft van de episodes (47%) was er volgens de betreffende NHG-Standaard geen indicatie voor antibiotica; in 22% van de episodes zonder indicatie schreef de huisarts toch een antibioticum voor. In 14% van de episodes waren

Bijlage

Nederlandse versie van de SDM-Q9[23, 24]

Stelling	Volledig oneens	Sterk oneens	Licht oneens	Licht eens	Sterk eens	Volledig eens
1 Mijn huisarts maakte duidelijk dat er een beslissing moest worden genomen						
2 Mijn huisarts wilde exact weten hoe ik betrokken wilde worden in het nemen van een besluit						
3 Mijn huisarts vertelde me dat er verschillende opties waren voor behandeling van mijn ziekte						
4 Mijn huisarts vertelde me precies de voor- en nadelen van de behandelopties						
5 Mijn huisarts hielp me alle informatie te begrijpen						
6 Mijn huisarts vroeg me welke optie mijn voorkeur had						
7 Mijn huisarts en ik hebben de verschillende opties grondig afgewogen						
8 Mijn huisarts en ik kozen een behandeling samen						
9 Mijn huisarts en ik kwamen overeen hoe verder te gaan						

antibiotica wel geïndiceerd; in 72% van de episodes waarin dat het geval was, schreef de huisarts een antibioticum voor. Bij de resterende 39% van de episodes kon een antibioticum 'worden overwogen'; in 45% van deze episodes schreef de huisarts een antibioticum voor.

Blijkens de antwoorden op de SDM-Q9 varieerde het gemiddelde niveau van de gezamenlijke besluitvorming in de vijftien onderzochte praktijken tussen de 56 en 75 op een schaal van 0 tot 100. De mediane score was 65. Voor episodes waarin antibiotica konden worden overwogen, was de SDM-score van de praktijken significant geassocieerd met het aantal antibioticavoorschriften aan patiënten in de leeftijdscategorie van 18 tot 39 jaar ($p = 0,01$). In praktijken met een hogere SDM-score werden aan patiënten in deze leeftijd minder antibioticavoorschriften uitgeschreven (oddsratio 0,92; 95%-BI 0,87 tot 0,98). Voor de leeftijdsgroep boven de 40 jaar vonden ze geen relatie tussen de SDM-score van de praktijk en het aantal antibioticavoorschriften.

De onderzoekers vonden geen significante relaties tussen enerzijds antibioticavoorschriften en anderzijds leeftijd, geslacht en de interactieterm SDM x geslacht. Wel was er een significante relatie ($p < 0,01$) tussen ICPC-code en het aantal antibioticavoorschriften. Voor episodes waarbij de richtlijnen duidelijk wel of juist geen antibiotica aanbevelen, vonden ze geen significant verband tussen gezamenlijke besluitvorming en voorschrijven.

BESCHOUWING

Gezamenlijke besluitvorming stimuleren

Eerder onderzoek liet zien dat het inzetten van interventies om gezamenlijke besluitvorming te stimuleren op korte termijn kan leiden tot minder antibiotica voorschrijven.[8,10] Uit dit onderzoek blijkt dat in praktijken waarin meer gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt, inderdaad minder antibiotica worden voorgeschreven. Het lijkt dus zinvol gezamenlijke besluitvorming te stimuleren om ongepast antibioticagebruik te verminderen. Dit kan bijvoorbeeld door richtlijnen aan te passen,[19] door huisartsen te trainen of door de consultduur te verlengen.[20]

De onderzoekers vonden de relatie tussen gezamenlijke besluitvorming en antibiotica voorschrijven alleen in situaties met een onzekere indicatie, dus waarin een antibioticum kan worden overwogen. Dit lijkt logisch, aangezien er juist in die situaties ruimte is om samen te beslissen, maar is niet volledig in overeenstemming met andere onderzoeken, waarin ook in andere situaties een kortetermijneffect werd gevonden van interventies die gezamenlijke besluitvorming stimuleren.[8]

Het zou kunnen dat wij een kleiner effect vonden doordat we de natuurlijke variatie tussen praktijken onderzochten. Die natuurlijke variatie in de gezamenlijke besluitvorming is mogelijk kleiner dan wanneer men een specifieke interventie onderzoekt die deze stimuleert.

Ze vonden alleen voor patiënten tussen de 18 en 39 jaar een relatie tussen gezamenlijke besluitvorming en het aantal antibioticavoorschriften. Mogelijk denken huisartsen dat 65-plussers minder vaak willen meebeslissen en vaker antibiotica verwachten,[21] of waren er niet-geregistreerde medische redenen om deze patiënten vaker antibiotica te geven. Waarom ze voor de leeftijdsgroep van 40 tot 65 jaar evenmin een relatie vonden tussen gezamenlijke besluitvorming en antibioticavoorschriften is echter onduidelijk.

Beperkingen van het onderzoek

In dit onderzoek werden gemiddelde SDM-scores per praktijk gebruikt; de onderzoekers konden geen individuele huisartsen en consulten onderscheiden. Huisartsen uit dezelfde praktijk lijken over het algemeen op elkaar in attitudes en gedrag,[22] dus ze verwachten dat deze beperking geen grote invloed heeft op de resultaten. Idealiter zouden ze de SDM-score van een specifiek consult willen relateren aan het wel of niet voorschrijven van een antibioticum in datzelfde consult, maar dat is iets voor een vervolgonderzoek.

De indicatie voor een antibioticum wordt bij patiënten met acute rinosinusitis mede bepaald door de ernst van de ziekte en door koorts. Deze parameters zijn echter niet beschikbaar via Nivel Zorgregistraties. Waarschijnlijk heeft het ontbreken ervan de conclusies niet beïnvloed, want de analyses zonder episodes van acute rinosinusitis gaven vergelijkbare resultaten.

CONCLUSIE

Huisartsenpraktijken waarin meer gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt, schrijven minder vaak antibiotica voor aan volwassen patiënten jonger dan 40 jaar wanneer er geen duidelijke indicatie is. De onderzoekers weten niet of het ene daadwerkelijk een gevolg is van het andere. Als dat wel zo is, valt te verwachten dat stimuleren van 'samen beslissen' het aantal antibioticarecepten kan verminderen, in elk geval bij jongere volwassenen. ■

LITERATUUR

1. Livermore D. Can better prescribing turn the tide of resistance? Nat Rev Microbiol 2004;2:73-8.
2. Laxminarayan R, Duse A, Wattal C, Zaidi AK, Wertheim HF, Sumpradit N, et al. Antibiotic resistance—the need for global solutions. Lancet Infect Dis 2013;13:1057-98.
3. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, Group EP. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet 2005;365:579-87.

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

Van Esch TE, Brabers AE, Hek K, Van Dijk L, Verheij RA, De Jong JD. Leidt samen beslissen tot minder antibioticarecepten? Huisarts Wet 2019;62(3):26-9. DOI:10.1007/s12445-019-0030-1.

NIVEL, Utrecht: dr. T.E.M. van Esch, onderzoeker Zorgstelsel en Sturing, t.vanesch@nivel.nl; dr. A.E.M. Brabers, onderzoeker Consumentenpanel Gezondheidszorg; dr. K. Hek, onderzoeker Zorgregistraties eerste lijn, farmaceutische zorg; dr. L. van Dijk, programmaleider Farmaceutische Zorg; dr. R.A. Verheij, programmaleider Zorgdata en het Lerend zorgsysteem; prof. J.D. de Jong, programmaleider Zorgstelsel en Sturing.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: Does shared decision-making reduce antibiotic prescribing in primary care? J Antimicrob Chemother 2018;73:3199-205. Publicatie gebeurt met toestemming.

Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie

Marco Bruens

De incidentie van huidkanker is tussen 1973 en 2009 ongeveer verviervoudigd. Huisartsen kunnen een grotere rol spelen in de behandeling van niet-melanocytaire huidkanker (NMSC). De publicatie van de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen in 2017 was een eerste stap in die richting, een kaderopleiding dermato-oncologie kan de volgende stap zijn.

Dat het aantal gevallen van huidkanker is toegenomen, is te merken bij huisartsenpraktijken.[1-3] Een van de manieren om de toenemende zorgvraag aan te pakken, is huisartsen een grotere rol te geven in de behandeling van niet-melanocytaire huidkanker (NMSC).[4]
In 2014 wees een onderzoek onder 268 huisartsen uit dat 86% een grotere rol wilde spelen in de behandeling van (pre)maligne huidafwijkingen.[6] Een deel van hen behandelde sommige huidafwijkingen al: 89,2% verwijderde zelf actinische keratosen (AK), 34,3% basaalcelcarcinomen (BCC), 8,2% de ziekte van Bowen, 6,7% plaveiselcelcarcinomen (SCC) en 3% melanomen. Ongeveer een derde controleerde de volledige huid bij patiënten met aangetoonde huidkanker. Volgens 33,2% konden huisartsen laagrisico-BCC's zelf verwijderen, volgens 20% gold dat zelfs voor alle BCC's, en 3% vond dat huisartsen ook SCC's zouden kunnen verwijderen. Toch gaf maar liefst 73% aan de behandelrichtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (te vinden op www.nvdv.nl) niet te kennen en een aanzienlijk percentage (41,4 tot 79,5%) meldde behoefte te hebben aan meer kennis over (pre)maligne huidafwijkingen. Kanttekening is dat dit onderzoek werd uitgevoerd voordat de NHG-Standaard werd gepubliceerd.

DIAGNOSTIEK

De diagnostiek van huidkanker is lastig. Voor de diagnose 'huidmaligniteit' door een huisarts geldt een sensitiviteit van 38 tot 42,7% en een specificiteit van 92 tot 98%, en 3% van de als benigne ingestuurde preparaten bleek bij histologisch onderzoek toch maligne te zijn.[2,7] De NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen geeft weliswaar handvatten, maar verbetering van de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen is niet voor niets opgenomen in de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde.[8]

BEHANDELING

De kwaliteit van de chirurgische verwijdering van huidtumoren door huisartsen is in 2015 retrospectief onderzocht aan de hand van pathologieverslagen.[2] Van de bijna 1900 aangevraagde onderzoeken bleek 6,7% maligne, 3,7% premaligne en 89,6% benigne. Gemiddeld excideerde een huisarts per jaar minder dan 1 NMSC en ongeveer 0,14 melanoom. De meeste huidtumoren werden geëxcideerd zonder voorafgaand biopt. Van de BCC's was 51% niet radicaal verwijderd en van de SCC's 38,5%.

OPLEIDING EN NASCHOLING SCHIETEN TEKORT

De huid, het grootste menselijke orgaan, komt in de opleiding beperkt aan bod. Het coschap dermatologie duurt vaak maar twee weken en is op sommige opleidingen vervallen.
Kleine chirurgie behoort tot het takenpakket van de huisarts; iedere huisarts is bevoegd. Het is echter geen vast onderdeel van de opleiding. Of je er ervaring in opdoet, hangt af van je opleider of je eerdere werkervaring, of van de tijd die je er zelf in investeert door mee te doen met andere huisartsen of met specialisten. Niet alle huisartsen zijn dus even bekwaam. Een manier om de chirurgische vaardigheden van huisartsen te verbeteren, zou het verplicht uitvoeren zijn van een bepaald aantal ingrepen op een poliklinische OK tijdens de zes maanden durende stage spoedeisende hulp in het tweede jaar. Alle huisartsen zouden verrichtingen op chirurgisch vaardigheidsniveau 1 zelfstandig moeten kunnen uitvoeren [**tabel**]; via aanvullende nascholing kunnen ze dan chirurgisch vaardigheidsniveau 2 halen.
Het aanbod van nascholingen dermatologie is beperkt. Als het om dermato-oncologie gaat, beperkt het zich vaak tot plaatjes kijken. Op de NHG STiP-cursus Verdachte huidafwijkingen kun je leren een stansbiopt af te nemen. Ook het aanbod van nascholingen voor kleine chirurgie is minimaal. De scholing blijft meestal beperkt tot basisvaardigheden, zoals diverse hechttechnieken of het opzetten van een chirurgisch spreekuur. Zelf opereer ik regelmatig met een specialist mee om mijn eigen vaardigheden te

verbeteren en uit te breiden. Via hem kon ik meedoen met een cursus *Mini around the nose*, bestemd voor snijdend specialisten in opleiding. In deze cursus werden verscheidene basisplastieken geoefend – zoals de O-Z-, de V-Y- en de H-plastiek – en het vrije huidtransplantaat [**online figuur 1**]. Deze plastieken zijn niet ingewikkeld en kunnen poliklinisch, dus ook in de huisartsenpraktijk, worden uitgevoerd. Op deze cursus leerde ik ook dat in het gelaat veel meer primair kan worden gesloten dan ik dacht.

Huisartsen willen en kunnen een grotere rol spelen in de zorg en behandeling bij NMSC, en gezien de stijgende incidentie van huidkanker lijkt dat ook nodig. In het algemeen hebben huisartsen momenteel echter te weinig kennis en onvoldoende chirurgische vaardigheden om die rol op te pakken. Oorzaken zijn de beperkte aandacht voor dermatologie tijdens de opleiding, het ontbreken van duidelijke competentie-eisen voor snijdende huisartsen en het vrijwel ontbreken van nascholing op dit gebied. De NHG-Standaard vergroot ongetwijfeld de kennis over de geldende richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, maar of daardoor ook de kwaliteit van de behandeling verbetert, bijvoorbeeld door minder irradicale excisies, moet men afwachten. Een irradicale excisie kan diverse oorzaken hebben: verkeerde diagnose (diagnostiek), geen of onjuiste marges (richtlijnen), of het mes niet loodrecht op de huid gezet, waardoor er aan het oppervlak voldoende marge is, maar in de diepte niet (techniek).

OPLEIDING KADERHUISARTS DERMATO-ONCOLOGIE

Ik pleit voor een opleiding tot kaderhuisarts dermato-oncologie. De basiseisen zouden moeten zijn dat deze huidkanker adequaat kan diagnosticeren en eventueel niet-chirurgisch behandelen. Het aantal praktische nascholingen waarbij huisartsen hun chirurgische vaardigheden kunnen verbeteren of verder verdiepen, is vooralsnog zeer beperkt. Zo is er binnen ons huisartsencentrum een collega met veel interesse in de diagnostiek van huidkanker, maar minder ervaring in de chirurgische behandeling. We betrekken elkaar regelmatig bij de diagnostiek van huidafwijkingen. Indien nodig doe ik de chirurgische behandeling. Chirurgie zou binnen de kaderopleiding als optie kunnen worden aangeboden. De chirurgische behandeling van NMSC zou mijns inziens verder kunnen gaan dan de huidige NHG-Standaard adviseert. Een hoogrisico-BCC buiten het hoofd-halsgebied kan prima worden verwijderd door een huisarts met interesse in dermato-oncologie [**figuur 2**]. Een huisarts met voldoende vaardigheden zou zelfs een excisie van NMSC in het hoofd-halsgebied en de H-zone kunnen uitvoeren. In dat opzicht zou een cursus zoals *Mini around the nose* zeer nuttig kunnen zijn. Kaderhuisartsen kunnen dan tijdens de opleiding chirurgisch vaardigheidsniveau 3 of 4 bereiken en zich als zodanig inschrijven in het CHBB-register. Door ook patiënten van andere huisartsen te zien, kunnen ze vervolgens hun diagnostische en chirurgische vaardigheden verder verbeteren en hun repertoire van ingrepen uitbouwen. Voor herregistratie zou de arts een portofolio moeten overhandigen met een minimum aantal ingrepen, al dan niet uitgevoerd samen met een specialist. Dit is vergelijkbaar met de CASPIR-herregistratie waarbij beoordeelde spirometrieën moeten worden aangeleverd.

Tabel

Vier niveaus van chirurgische vaardigheden voor de huisarts

Niveau	Vaardigheden	Voor wie
1	benigne huidafwijkingen, atheroomcysten en lipomen op het gehele lichaam, ingegroeide teennagel	onderdeel van de huisartsenopleiding
2	niveau 1, plus primair sluiten van verdachte huidafwijkingen buiten het hoofd	nascholing voor huisartsen
3	niveau 2, plus primair sluiten van NMSC inclusief het hoofd	kaderopleiding
4	niveau 3, plus het sluiten van defecten door middel van een huidplastiek of vrij huidtransplantaat	kaderopleiding

DE ROL VAN DE KADERHUISARTS

Het Competentieprofiel Kaderhuisarts stelt: 'De kaderhuisarts is een huisarts met specifieke bekwaamheden (…) die bruggen kan slaan tussen zorgaanbieders.'[9]

Als de zorgvraag te groot wordt, zou de kaderhuisarts andere huisartsen kunnen onderwijzen en adviseren, en bijvoorbeeld betrokken kunnen zijn bij de nascholing voor chirurgisch vaardigheidsniveau 2. Op regionaal niveau zou de arts betrokken kunnen zijn bij afspraken met de tweede lijn over verwijzing en follow-up, en bij de organisatie van nascholingen. Kaderartsen zouden zich kunnen verenigen in een expertgroep voor de ontwikkeling van nascholingen of van meetinstrumenten om huidkanker beter te diagnosticeren.

Een kaderarts dermato-oncologie kan een grote bijdrage leveren aan de kwaliteitsslag die we als huisartsen moeten en willen maken binnen de oncologische huidzorg. Tijd dus om een kaderopleiding hiervoor op te zetten. ■

> Er is beperkte aandacht voor dermatologie tijdens de opleiding en duidelijke competentie-eisen voor snijdende huisartsen en nascholing ontbreken

LITERATUUR

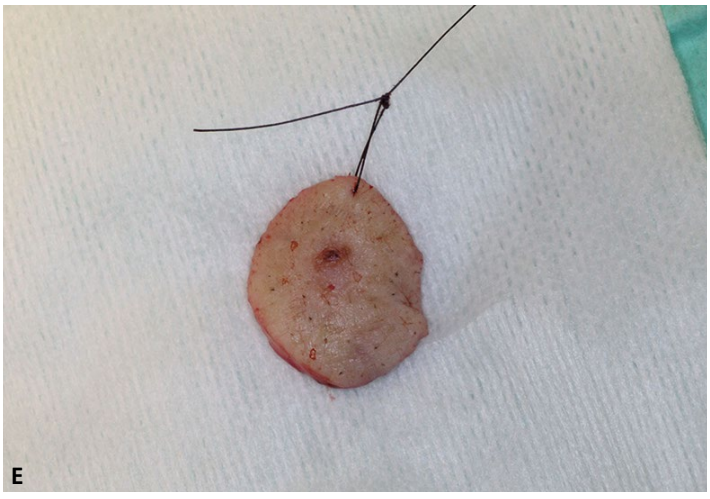
1. Flohil SC, Seubring I, Van Rossum MM, Coebergh JW, De Vries E, Nijsten T. Trends in basal cell carcinoma incidence rates: a 37-year Dutch observational study. J Invest Dermatol 2013;133:913-8.

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

Figuur 2

Een hoogrisico-basaalcelcarcinoom buiten het hoofd-halsgebied kan prima door de huisarts worden verwijderd

A Een laesie parasternaal links; het stansbiopt toonde een solide BCC met sprieterige groeiwijze.
B Aftekenen van de tumor (zwart) en 5 mm excisiemarge (rood).
C Na excisie van de tumor.
D Na primair sluiten in lagen met vicryl subcutaan en ethylon transcutaan.
E Markering van de tumor voor de patholoog.



Bruens ML. Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie. Huisarts Wet 2019;62(3):30-2. DOI:10.1007/s12445-019-0031-0.
Huisartsencentrum Welgelegen, Apeldoorn: M.L. Bruens, huisarts, ml.bruens@huisartswelgelegen.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Lees ook de andere artikelen over dit onderwerp:

'Dermato-oncologie is voor álle huisartsen belangrijk' van Vigfús Sigurdsson Huisarts Wet 2019;62(3):33-4. DOI:10.1007/s12445-019-0036-8.

'Een kaderopleiding dermato-onologie is prematuur' van Lex Goudswaard Huisarts Wet 2019;62(3):35-6. DOI:10.1007/s12445-019-0040-z.

Dermato-oncologie is voor álle huisartsen belangrijk

Vigfús Sigurdsson

De toenemende zorgvraag in de huidoncologie vraagt om een grotere rol van huisartsen. Er moet in de eerste lijn meer aandacht komen voor dermatologie, maar dat geldt niet voor complexe chirurgie. Om aan de toenemende zorgvraag bij dermato-oncologie te voldoen, is dan ook geen nieuwe kaderopleiding nodig, maar meer aandacht hiervoor tijdens de basisopleiding, meer nascholing en een betere navolging van de NHG-Standaard.

In zijn artikel 'Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie' zegt collega Bruens dat de toenemende zorgvraag in de huidoncologie het nodig maakt huisartsen daarin een grotere rol te geven.[1] Ik ben het met hem eens dat er in de eerste lijn veel meer aandacht moet worden geschonken aan dermatologie, maar Bruens legt in zijn pleidooi vooral de nadruk op complexere chirurgie, inclusief flapjes. Dat zou mijns inziens geen prioriteit moeten hebben, hoe stimulerend het ook is om verrichtingen zelf te kunnen doen.

Naar mijn mening ligt de oplossing voor de toenemende vraag naar dermato-oncologie niet zozeer in een nieuwe kaderopleiding, maar veel meer in betere scholing tijdens de basisopleiding en de nascholing, en in betere navolging van de NHG-Standaarden door alle huisartsen.[2] Er is vooral behoefte aan meer gedegen kennis binnen de eerste lijn op het gebied van de dermato-oncologie. Daaronder vallen preventie en (vroeg)diagnostiek van huidkanker – bij uitstek het aandachtsgebied van de huisarts –, en daaruit voortvloeiend ook behandeling en nazorg, informatie aan patiënten en follow-up. Een arts die wil meedoen in de zorg voor huidkanker moet op al deze vlakken geschoold zijn. Meer kennis over dermato-oncologie is trouwens ook een wens van de meerderheid van de huisartsen.[3]

Een belangrijk probleem is overbehandeling van benigne laesies en onderbehandeling van maligne laesies door irradicale excisies. Dit probleem kan worden tegengegaan door de visuele beoordeling van zowel benigne als maligne huidafwijkingen te verbeteren, zo nodig met inzet van gerichte diagnostiek, alvorens te behandelen. Uit Nederlands onderzoek is gebleken dat het percentage radicale excisies bij basaalcelcarcinomen door huisartsen 70% is, terwijl dat percentage bij plastisch chirurgen 83% is en bij dermatologen 93%.[4]

Bij 20% van de patiënten met een verdachte huidafwijking vraagt de huisarts histologisch onderzoek aan,[5] meestal op basis van een excisie zonder voorafgaand huidbiopt.[6] Bij de overige patiënten volgt direct een doorverwijzing op basis van het klinische beeld (60%), een lokale behandeling (13%), of afwachtend beleid (7%).[5]

In het nieuwsbericht dat de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen aankondigde, benadrukte het NHG – en terecht – dat histologisch onderzoek altijd nodig is voorafgaand aan een behandeling:

> *'Het is belangrijk dat de huisarts bij een vermoeden van een (pre)maligne huidafwijking histopathologisch onderzoek verricht, in de vorm van een stansbiopt, of bij een naevus, een diagnostische excisie. De histopathologische diagnose bepaalt het beleid ten aanzien van de aanbevolen excisiemarge, de mogelijkheid van niet-chirurgische behandeling, alsnog verwijzen of niet te behandelen indien er sprake blijkt van een benigne laesie.'* [6]

Het nemen van een stansbiopt is een eenvoudige ingreep die huisartsen zelf kunnen uitvoeren zonder al te veel scholing vooraf. Huisartsen kunnen in principe ook zelf patiënten behandelen met een laagrisicohuidafwijking zoals actinische keratose, de ziekte van Bowen, oppervlakkig basaalcelcarcinoom of klein nodulair basaalcelcarcinoom buiten het hoofd-halsgebied. Die behandeling kan bestaan uit een excisie, maar vaak wordt een niet-chirurgische optie gekozen zoals cryotherapie met vloeibare stikstof of lokale behandeling met 5-fluorouracilcrème.[2] Dit zijn behandeltechnieken die de meeste huisartsen al beheersen of die ze kunnen leren tijdens een nascholing.

Huisartsen kunnen patiënten met hoogrisicohuidafwijkingen, zoals sprieterige en grote nodulaire basaalcelcarcinomen en alle plaveiselcelcarcinomen, mijns inziens beter verwijzen naar een dermatoloog, zoals ook de NHG-Standaard adviseert.[2] Zo komen alle hoogrisicobasaalcelcarcinomen en plaveiselcelcarcinomen terecht bij de medisch specialist met de meeste kennis, ervaring en vaardigheden.

Het is belangrijk dat de huisarts bij een vermoeden van een (pre)maligne huidafwijking histopathologisch onderzoek verricht. Foto: iStock

Deze aanpak – een goede scholing in dermato-oncologie van *alle* huisartsen – levert veel op: veel betere diagnostiek in de eerste lijn, behandeling van de juiste tumoren en 'betere' verwijzingen naar de dermatoloog die vooral de tumoren ter beoordeling krijgt die passen bij zijn expertise. ■

LITERATUUR

1. Flohil SC, Seubring I, Van Rossum MM, Coebergh JW, De Vries E, Nijsten T. Trends in basal cell carcinoma incidence rates: a 37-year Dutch observational study. J Invest Dermatol 2013;133:913-8.
2. Baaten GG, Buis PA, Damen Z, De Haas ER, Van der Heide WK, Opstelten W, et al. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Huisarts Wet 2017;60:276-90.
3. Van Rijsingen MC, Van Bon B, Van der Wilt GJ, Lagro-Janssen AL, Gerritsen MJ. The current and future role of general practitioners in skin cancer care: an assessment of 268 general practitioners. Br J Dermatol 2014;170:1366-8.
4. Ramdas K, Van Lee C, Beck S, Bindels P, Noordhoek Hegt V, Pardo L, et al. Differences in rate of complete excision of basal cell carcinoma by dermatologists, plastic surgeons and general practitioners: a large cross-sectional study. Dermatology 2018;234:86-91
5. Noels E, Hollestein L, Van Egmond S, Lugtenberg M, Van Nistelrooij LP, Bindels P. Healthcare utilization and management of actinic keratosis in primary and secondary care: a complementary database analysis. Br J Dermatol 2019;180:DOI 10.1111/bjd.17632.
6. Van Rijsingen MC, Vossen R, Van Huystee BE, Gorgels WJ, Gerritsen MJ. Skin tumour surgery in primary care: do general practitioners need to improve their surgical skills? Dermatology 2015;230:318-23.
7. Nieuw: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen [nieuwsbericht]. Utrecht: NHG, 2017. https://www.nhg.org/actueel/nieuws/nieuw-nhg-standaard-verdachte-huidafwijkingen, geraadpleegd januari 2019.

Lees ook de andere artikelen over dit onderwerp:

'Oncologische huidzorg door huisartsen kan beter. Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie' van Marco Bruens. Huisarts Wet 2019;62(3):30-2. DOI:10.1007/s12445-019-0031-0.

Goudswaard AN. Een kaderopleiding dermato-oncologie is prematuur. Huisarts Wet 2019;62(3):35-6. DOI:10.1007/s12445-019-0040-z.

Sigurdsson V. Dermato-oncologie is voor álle huisartsen belangrijk. Huisarts Wet 2019;62(3):33-4. DOI:10.1007/s12445-019-0036-8.

UMC Utrecht: dr. V. Sigurdsson, dermatoloog en opleider, voorzitter van het Concilium van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie, v.sigurdsson@umcutrecht.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Een kaderopleiding dermato-oncologie is prematuur

Lex Goudswaard

Het pleidooi voor een kaderopleiding dermato-oncologie sluit aan bij de trend dat huisartsen zich naast de gebruikelijke zorg ook specialiseren in chirurgische verrichtingen. Deze (extra) vormen van specialistische zorg in de huisartsenpraktijk zijn welkom, maar er is op het moment weinig reden een kaderopleiding dermato-oncologie op te zetten. Het antwoord ligt in de beroepsopleiding.

Het pleidooi voor een kaderopleiding dermato-oncologie sluit aan bij de trend dat huisartsen zich naast het leveren van reguliere generalistische zorg specialiseren in chirurgische verrichtingen die normaliter in het ziekenhuis plaatsvinden.[1] In beleidsnotities worden dergelijke activiteiten beschouwd als 'bijzonder aanbod huisartsenzorg'.[2] Voorbeelden zijn vasectomie, ooglidcorrectie, circumcisie of de behandeling van *trigger finger* en contractuur van Dupuytren. Bruens voegt aan dit rijtje de chirurgische behandeling (inclusief huidplastieken) van huidkanker toe. Hoeveel huisartsen bovengenoemde ingrepen uitvoeren is niet bekend, maar naar mijn inschatting is het nog steeds een weliswaar enthousiaste, maar zeer kleine minderheid. Ook in H&W is hierover in de afgelopen decennia slechts sporadisch gepubliceerd.[3,4] Het thema 'generalistische versus specialistische zorg in de huisartsenpraktijk' komt ook aan bod in de *Toekomstvisie huisartsenzorg 2022* en zal ongetwijfeld zijn besproken op de recent gehouden 'nieuwe Woudschotenconferentie' over de kernwaarden van ons vak.[5,6] Hoe wenselijk (extra) vormen van specialistische zorg in de huisartsenpraktijk ook moge zijn, het rechtvaardigt mijns inziens op dit moment niet de komst van een kaderopleiding dermato-oncologie.

Breng eerst de beroepsopleiding op orde, start dan pas een kaderopleiding

STANDAARDISATIE VAN INGREPEN

Al in 1988 pleitte Van den Bosch in dit tijdschrift voor 'een standaard met betrekking tot de uitvoering van ingrepen'.[7] Het duurde uiteindelijk twintig jaar voor die standaard er kwam, en wel in de vorm van het *Handboek verrichtingen*, waarvan inmiddels zo'n 10.000 exemplaren zijn verspreid.[8] Over enkele onderwerpen uit dit handboek zijn recentelijk NHG-Standaarden en Behandelrichtlijnen verschenen, en de verwachting is dat er meer zullen volgen.[9,10] Het handboek en de richtlijnen zorgen samen in theorie voor een stevig fundament onder een uniforme en kwalitatief goede uitvoering van basale en meer specialistische ingrepen door huisartsen.

Wat is tot nu toe echter het effect van deze standaardisatie op de dagelijkse praktijk, de opleiding en de nascholing van huisartsen? Het antwoord: dat weten we niet. Wel is bekend dat basale (laat staan specialistische) verrichtingen momenteel niet structureel deel uitmaken van de beroepsopleiding.[11,12] Ook stellen de instituten op dit vlak geen eisen aan de huisartsopleiders. De bekwaamheid van de Nederlandse huisarts in het verrichten van ingrepen is dus bij afstuderen allerminst gegarandeerd, en vooral afhankelijk van toeval en persoonlijke interesse. Omdat ook goede postacademische cursussen schaars zijn, kan van een breed, goed gedocumenteerd en kwalitatief aanbod van chirurgische ingrepen door huisartsen nauwelijks sprake zijn.

WAT WIL DE BEROEPSGROEP?

Tegen de geschetste achtergrond is de komst van een kaderopleiding dermato-oncologie uiterst prematuur. Welk probleem wordt ermee opgelost? De beroepsgroep zal eerst moeten bepalen welke kant zij op wil met de uitvoering van verrichtingen. Deze discussie wordt momenteel gevoerd, de uitkomst zal van vele factoren afhankelijk zijn. Een simpele, maar belangrijke eerste vraag is: moet iedere huisarts aan het eind van de opleiding een (eenvoudige) wond kunnen hechten? Het is mijns inziens zonder meer wenselijk dat basale ingrepen, zoals een wond hechten, structureel tot het basisaanbod huisartsgeneeskunde gaan behoren. Daarbij hoeft niet per se iedere huisarts in de volle breedte bekwaam te zijn; per samenwerkingsverband kunnen sommige huisartsen zich op onderdelen kwalificeren en met eigen en verwezen patiënten hun routines op peil houden.[5]

Hetzelfde gaat op voor de meer specialistische verrichtin-

Basale, chirurgische verrichtingen maken momenteel niet structureel deel uit van de beroepsopleiding. Foto: Shutterstock

gen. Als deze richting wordt gekozen, heeft dat grote consequenties voor de beroepsopleiding, de opleidingspraktijk, de richtlijnontwikkeling en de nascholing. Men zal afscheid moeten nemen van de huidige vrijblijvendheid en van de aanzienlijke interdoktervariatie. Pas als dit vliegwiel op gang is gekomen en een nieuwe, op dit gebied bekwamere generatie huisartsen is opgeleid, zullen een of meer kaderopleidingen tot hun recht komen. Anders gezegd: breng eerst de beroepsopleiding op orde, start dan pas een kaderopleiding. De beroepsgroep is aan zet! ■

LITERATUUR

1. Bruens ML. Oncologische huidzorg door huisartsen kan beter. Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0031-0.
2. De Boer A, Boomsma L. Aanbod huisartsgeneeskundige zorg. Utrecht: LHV, 2015.
3. Goudswaard AN. Huisarts en vasectomie: een vruchtbare combinatie? Een haalbaarheidsstudie. Huisarts Wet 1999;42:350-3.
4. Bekkering GM, Wubbels SP, Meijer GM, Schermer TR. Behandeling van contracturen van Dupuytren. Huisarts Wet 2015;58:406-12.
5. Van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL, 2015.
6. Zaat J. De kern van het vak (3): Generalisme versus specialisme. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-018-0398-4.
7. Van den Bosch WJ. Hoe groot is de kleine chirurgie? Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1988;31:32-5.
8. Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WL, redactie. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. 6e dr. Houten: Prelum, 2018.
9. Baaten GG, Buis PA, Damen Z, De Haas ER, Van der Heide WK, Opstelten W, et al. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Huisarts Wet 2017;60:276-90.
10. De Jongh E, Van der Weele GM, Verduijn MM. NHG-Behandelrichtlijn Hordeolum en chalazion. Utrecht: NHG, 2017.
11. Competentieprofiel van de huisarts, 2016. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2016.
12. Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2016.

Lees ook de andere artikelen over dit onderwerp:

'Oncologische huidzorg door huisartsen kan beter. Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie' van Marco Bruens. Huisarts Wet 2019;62(3):30-2. DOI:10.1007/s12445-019-0031-0.

'Dermato-oncologie is voor álle huisartsen belangrijk' van Vigfús Sigurdsson. Huisarts Wet 2019;62(3):33-4. DOI:10.1007/s12445-019-0036-8.

Goudswaard AN. Een kaderopleiding dermato-oncologie is prematuur. Huisarts Wet 2019;62(3):35-6. DOI:10.1007/s12445-019-0040-z.

Dr. A.N. Goudswaard, huisarts, Houten, lex@goudswaard.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is mederedacteur van het Handboek verrichtingen in huisartsenpraktijk (Houten: Prelum, 2018).

De griepprik: dat kan beter

Ted van Essen

Na de publicatie van de NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie in 1993 steeg de vaccinatiegraad onder risicopatiënten tot 77%. Inmiddels is de vaccinatiegraad gezakt naar 50%. Oorzaken lijken de aanhoudende discussie over de effectiviteit van het vaccin en de achterblijvende innovatie van het vaccinatieprogramma. Elders zijn er talloze innovaties in de griepvaccinatie geweest, die aan Nederland zijn voorbijgegaan. We zullen het programma moeten aanpassen.

Sinds het begin van deze eeuw is de vaccinatiegraad voor influenza gedaald van 75% naar 50% van de doelgroep [**figuur**]. In het algemeen lijkt de vaccinatiebereidheid af te nemen, maar voor influenza is de daling veel groter dan in het Rijksvaccinatieprogramma voor kinderen (RVP). De staatssecretaris van VWS heeft plannen aangekondigd om deze trend te keren, maar wat betreft de griepprik zijn die beperkt.[1]

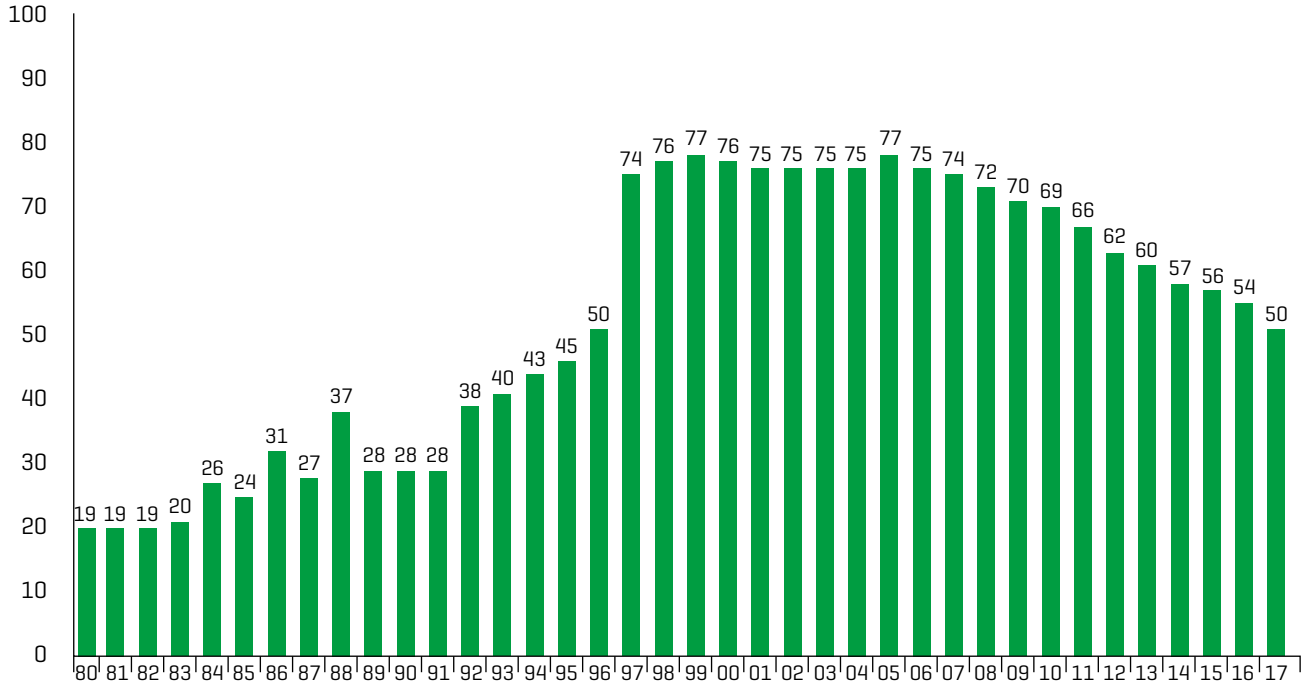
Sommigen denken dat de daling binnen het RVP komt doordat de kinderziekten waartegen de vaccinaties beschermen tegenwoordig niet meer zichtbaar zijn. Voor influenza ligt dat anders. De influenza-epidemie van de winter van 2018 duurde 18 weken en er waren meer dan 900.000 griepgevallen. Huisartspraktijken en ziekenhuizen waren overbelast. De oversterfte tijdens de epidemie bedroeg 9500 doden, meest ouderen.[2] Dat zou omgerekend betekenen dat de dodelijkheid van influenza 1% bedraagt, maar niet alle sterfgevallen zullen door influenza zijn veroorzaakt.

Mogelijk speelt het vertrouwen in de werkzaamheid van het vaccin een rol bij de daling.[3] Vaccinaties bij kinderen beschermen vrijwel volledig. Vanwege de verouderende afweer ligt de werkzaamheid van vaccins bij ouderen vaak rond de 50%. Dat geldt voor herpes zoster en voor

Huisartsen moeten het nut van (griep)vaccinatie blijven benadrukken. Foto: Hollandse Hoogte

Figuur

Vaccinatiegraad in risicogroepen voor influenza in Nederland; 1980-2018 (percentages) (mede gebaseerd op: Monitor Vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2017, NIVEL)



de binnenkort in te voeren pneumokokkenprik. Bij influenza muteert het virus bovendien voortdurend, waardoor er in sommige jaren sprake is van een zogenaamde mismatch tussen het circulerende virus en de vaccinstam.

Het influenzavaccin bestaat al meer dan vijftig jaar. In die periode zijn er bij ouderen maar weinig gerandomiseerde patiëntcontroleonderzoeken (RCT's) uitgevoerd en de uitvoering daarvan is volgens de huidige maatstaven wellicht niet optimaal geweest.[4] De daarin gevonden effectiviteit van circa 50% wordt in alle observationele onderzoeken bevestigd.[5] Zo wordt in test-negatief patiëntcontroleonderzoek gemiddeld over de afgelopen tien jaar een effectiviteit van 40% gevonden, ook voor de jaren met een mismatch.[6]

Het is lastig uit te leggen dat een vaccin met een matige werkzaamheid bij een zeer veelvoorkomende aandoening toch tot een hoge absolute bescherming leidt. Zo werd voor Nederland berekend dat in de periode 2003-2015 bij een vaccinatiegraad in de gehele bevolking van (toen nog) 21%, er per jaar gemiddeld 2075 ziekenhuisopnames en 1108 sterfgevallen werden voorkomen.[7] Het zou zinvol zijn om voortaan in plaats van de jaarlijks wisselende relatieve effectiviteit alleen die gemiddelde absolute bescherming te rapporteren.[8]

Het is alsof de huisarts zich door het aanvankelijke succes van de griepprik in slaap heeft laten sussen. In de vorige eeuw gaven patiënten aan dat een uitnodiging voor de griepprik van de eigen huisarts de belangrijkste reden was om hem te gaan halen. De huidige generaties hebben meer toelichting nodig dan een meegestuurde folder. Huisartsen zouden vaker moeten ingaan op vragen en zich meer kunnen laten horen in de (sociale) media. Aanpassingen in het Nationale Programma Grieppreventie zou de alertheid van de huisarts kunnen prikkelen. Wellicht leidt de toevoeging van de pneumokokkenprik later dit jaar daartoe.

INNOVATIES

Een andere vernieuwing zou het vaccineren van alle zwangeren kunnen zijn. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft dat al in 2012 geadviseerd, om de zwangere en de vrucht te beschermen en om de pasgeborene afweerstoffen mee te geven.[9] Bovendien voorkomt het dat de moeder griep krijgt en de pasgeboren baby zelf met influenza besmet (*cocooning*). Nederland is het laatste land in Europa dat dit advies nog moet implementeren. De WHO breidde de aanbevelingen uit naar kinderen tussen de zes maanden en zes jaar, omdat zij met de hoogste ziektelast kampen en bovendien een bron van besmetting voor ouderen vormen.

Ook zijn er verbeteringen in het vaccin gekomen. Er kwam een intranasaal toegediend, levend vaccin, vooral toegepast bij kinderen. En er werd een extra B-stam aan het vaccin toegevoegd (het quadrivalente influenzavaccin; QIV).[10] Bovendien lijken de toevoeging van een adjuvans[11] en ook een vaccin met vier keer zoveel antigeen ouderen beter te beschermen.[12] De Gezondheidsraad heeft daarover nog niet geadviseerd. Wel heeft de staatssecretaris in zijn brief aan de Tweede Kamer gemeld dat het QIV vanaf het seizoen 2019-2020 zal worden verstrekt. Het wachten is op een universeel vaccin dat

de problemen met verminderde immuniteit én de frequente mutaties omzeilt. De vraag is of een dergelijk nieuw vaccin voor ouderen in een RCT vergeleken moet worden met het huidige vaccin, en of vergelijking met een placebo ethisch te rechtvaardigen is.[13,14]

In het Verenigd Koninkrijk zien we geen of nauwelijks een daling van de vaccinatiegraad.[15] Daar zijn de genoemde innovaties wel ingevoerd. De vaccinatie van kinderen leidt tot een lagere oversterfte bij ouderen.[16] De apothekers kregen een rol bij het toedienen van het vaccin. In het Verenigd Koninkrijk gaat het vaccineren door tot 1 april of ten minste tot de epidemie over het hoogtepunt heen is.[17]

De vaccinatiegraad bij zorgverleners wordt in het Verenigd Koninkrijk nauwkeurig gevolgd. Die blijkt daar even hoog als in de risicogroepen.[18] In Nederland is slechts anekdotische informatie beschikbaar over de vaccinatiegraad onder dokters en verpleegkundigen. Met een flinke campagne van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en soms kleine beloningen is het gelukt om de vaccinatiegraad onder zorgmedewerkers het afgelopen jaar te laten groeien van 13 naar 24%.[19] Het ethische besef om als zorgverlener geen besmettingsrisico voor je patiënt te willen vormen (*primum non nocere*), lijkt hier nauwelijks te leven.[20] Onlangs heeft de World Organization of Family Doctors (WONCA) een position paper aangenomen met het advies om behalve de risicopatiënten ook het praktijkpersoneel te vaccineren, zoals de NHG-Standaard al in 2008 adviseerde.[21] De staatssecretaris van VWS heeft een onderzoek aangekondigd naar de verplichting om zorgverleners tegen griep te vaccineren.

HET PROGRAMMA MOET OP DE SCHOP

Ook in de jaren negentig van de vorige eeuw maakte de overheid zich zorgen over de lage vaccinatiegraad voor griep. Enkele influenzawetenschappers richtten de Nederlandse Influenza Stichting (NIS) op, gefinancierd door het toenmalige Ministerie van WVC en de vaccinindustrie.[22] Doel was om de organisatie van de vaccinatie te verbeteren en risicogroepen actief te benaderen. De activiteiten van die stichting en de NHG-Standaard leidden in de eerste helft van de jaren negentig tot een verdubbeling van de vaccinatiegraad [**figuur**].[23] De NIS is in 1997 wegens het behaalde succes opgeheven.

Het Nederlandse griepvaccinatieprogramma moet opnieuw op de schop wat betreft indicaties, vaccintype, implementatiekanalen, tijdstip van vaccinatie, voorlichting en vaccinatie van zorgmedewerkers.

Foto: iStock

Terugkijkend is dit een verkeerde beslissing geweest. Het nut van (griep)vaccinatie moet blijvend worden benadrukt. De tijden zijn veranderd, er zijn nieuwe middelen en mogelijkheden voor communicatie beschikbaar, die een grote reikwijdte en breed effect hebben. Deze mogelijkheden zijn door de antivaxers en griepvaccinatiecritici veelvuldig en met succes gebruikt, terwijl de overheid onvoldoende heeft gedaan om deze geluiden tegen te spreken. Het Nederlandse griepvaccinatieprogramma moet opnieuw op de schop wat betreft indicaties, vaccintype, implementatiekanalen, het tijdstip van vaccinatie, voorlichting en de vaccinatie van zorgmedewerkers. Voor de zekerheid is de NIS inmiddels opnieuw opgericht.[24] ■

LITERATUUR

1. Staatssecretaris Blokhuis (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Kamerbrief Verder met vaccineren. 19-11-2018.
2. Bremmer D. Sterftecijfers schieten omhoog door griep en kou. Algemeen Dagblad 1-3-2018.
3. Bijl D. Werkzaamheid en effectiviteit van influenzavaccinatie. Ge-Bu 2011;45:109-17.

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

Lees ook: 'De griepprik: wetenschappelijk falen, belangenverstrengeling en de gevolgen voor de volksgezondheid' van Dick Bijl. Huisarts Wet 2019;62(3):44-5. DOI10.1007/s12445-019-0041-y.

Van Essen GA. De griepprik: dat kan beter. Huisarts Wet 2019;62(3):41-3. DOI:10.1007/s12445-019-0038-6.

Amersfoort: G.A. van Essen, huisarts n.p., gavessen@paladijnenweg.nl.

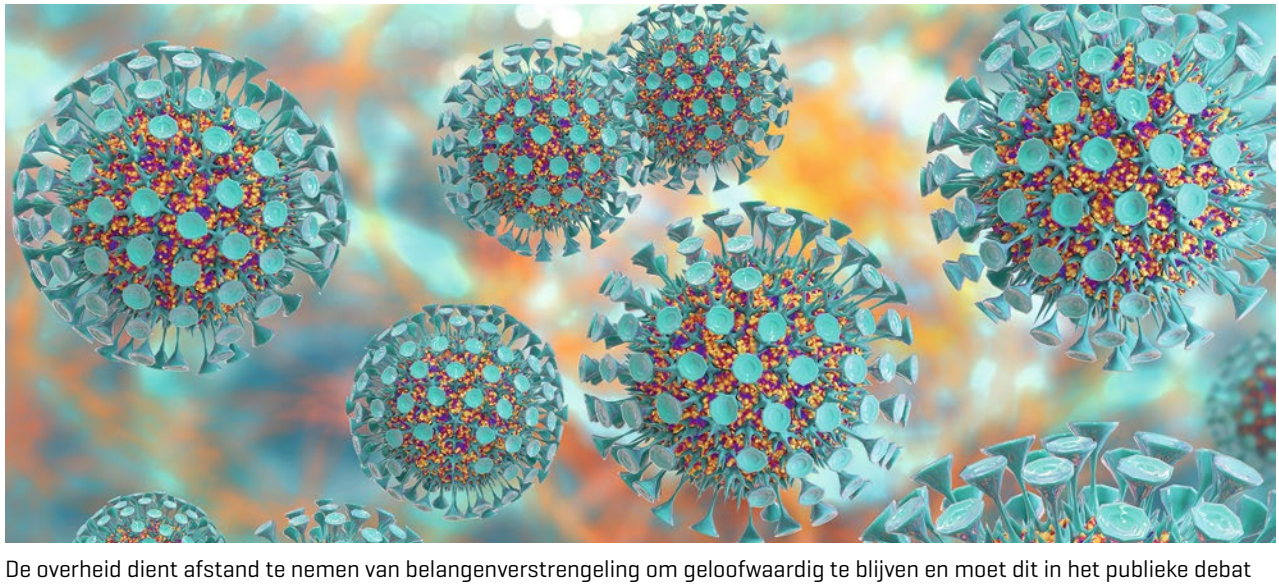
Mogelijke belangenverstrengeling: onbezoldigd voorzitter Nederlandse Influenza Stichting (www.influenzastichting.nl). Lid van het executive committee van de European Scientific Working group on Influenza (www.ESWI.org); de ESWI-leden zetten zich onbezoldigd in voor het vergroten van de kennis over influenza; de bureaukosten worden gefinancierd uit bijdragen van alle vaccinproducenten en van de Europese Commissie. Ontving vergoedingen als spreker van Sanofi Pasteur en als lid van een adviesraad voor RS-vaccinatie van Novavax.

De griepprik: wetenschappelijk falen en belangenverstrengeling

Dick Bijl

Niet-deskundige politici, artsen met belangenverstrengelingen en een falend overheidsbeleid domineren de discussie over influenzavaccinatie. Het is verontrustend hoezeer de adviezen van de huidige deskundigen en politici getuigen van een groot gebrek aan wetenschappelijk en helder denkvermogen. Er zijn immers nog steeds geen wetenschappelijke bewijzen voor de werkzaamheid van de griepprik.

Onlangs kreeg ik een brief van mijn huisarts waarin ik werd uitgenodigd om een griepprik te komen halen omdat ik gezien mijn leeftijd tot een risicogroep behoor. Interessant, want in 2011 had ik geschreven dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor de werkzaamheid van de jaarlijkse influenzavaccinatie. Vervolgens hebben de media en anderen mij neergezet als tegenstander van de griepprik, wat onjuist is. Onterecht, want waar het om gaat is dat we een wetenschappelijke discussie voeren waarin bewijzen de doorslag moeten geven. Alhoewel ik niet blij ben met de onweerstaanbare drang, ook van H&W, om mensen in kampen in te delen, geef ik toch in deze pro-contra mijn visie op de griepprik. Mijn uitspraak over de griepprik deed ik op basis van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, namelijk gerandomiseerde onderzoeken of meta-analyses daarvan. Deze waren afkomstig uit de bibliotheek van de Cochrane Collaboration, met de Britse hoogleraar Jefferson als belangrijkste onderzoeker. De toen beschikbare onderzoeken konden geen bewijs voor werkzaamheid aantonen.[1] De meest recente bijgewerkte versies laten vrijwel geen wezenlijk andere conclusie toe. Het aantal mensen dat je moet vaccineren om één griepgeval te voorkomen, de numbers needed to treat (NNT), bedragen voor gezonde volwassenen 71 en voor mensen ouder dan 65 jaar 30.[2,3] Er is nog steeds geen bewijs voor de stelling dat vaccinatie complicaties en ziekenhuisopnamen voorkomt.[2,3] Ook is er geen onderzoek dat aantoont dat vaccinatie van werkers in de gezondheidszorg het risico op griep bij bewoners in zorginstellingen vermindert.[4] De belangrijkste reden om tegen de griep te vaccineren betreft het verminderen van complicaties en overlijden.[8] Daarvoor is ook in 2019 geen bewijs geleverd. Dat er wat minder mensen griep krijgen is leuk voor de statistieken en bijwerkingenturfcentra, maar brengt ons niet verder. NNT's van 71 en 30 duiden namelijk niet op een zinvolle interventie. De genoemde wetenschappelijke gegevens werpen dus geen wezenlijk nieuw licht op het nut van de griepprik. Velen gaan er vanuit dat als minder mensen griep krijgen er ook minder complicaties en sterfgevallen zijn. Daarvoor moet dan wel wetenschappelijk bewijs worden geleverd en dat is er niet.



De overheid dient afstand te nemen van belangenverstrengeling om geloofwaardig te blijven en moet dit in het publieke debat uitdragen.

Foto: Shutterstock

BELANGENVERSTRENGELING

Het is vanuit wetenschappelijk oogpunt niet verklaarbaar dat het NHG wetenschappelijk bewijs uit een lagere categorie voldoende acht om gezonde mensen bloot te stellen aan zinloze interventies, die bovendien een, weliswaar gering, risico op ernstige bijwerkingen als narcolepsie hebben.[5] Het wordt wel duidelijk als we weten dat een van de auteurs van de voormalige NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie, een belangenverstrengelde huisarts is. De heer Van Essen had zitting in de commissie die de NHG-Standaard opstelde en maakte ook deel uit van de commissie van de Gezondheidsraad die de indicaties bepaalde. Er was dus geen scheiding van verantwoordelijkheden wat betreft beslissingen over de griepvaccinatie en de uitvoering ervan. Maar de heer Van Essen had ook op een andere manier een belangenconflict. Hij was en is nog steeds lid en penningmeester van de European Scientific Working Group on Influenza (ESWI), een zichzelf onafhankelijk noemende groep, die voornamelijk wordt gefinancierd door farmaceutische bedrijven die vaccins en virusremmers produceren. Hij weet dus exact hoe de geldstromen lopen. De ESWI heeft als doel de effecten van influenza op de Europese populatie te verminderen door het identificeren van en het communiceren met belanghebbenden, en door het faciliteren van interacties tussen hen.[6] Anderen zijn van mening dat de ESWI als doel heeft het gebruik van medicijnen of vaccins tegen influenza te bevorderen.[7] Artsen met belangenconflicten oordelen vaker in het voordeel van hun sponsor dan artsen zonder belangenconflicten, en behoren met het oog op de geloofwaardigheid en het vertrouwen van de bevolking geen zitting te nemen in richtlijncommissies en ook niet als adviseur van de regering op te treden.

De huidige discussie wordt te veel gedomineerd door niet-deskundige politici, artsen met belangenverstrengeling en een falend overheidsbeleid. Jefferson concludeerde onlangs: 'Onze samenvattende Cochrane-overzichten over de griepvaccinaties zijn een testimonium van het wetenschappelijke falen van de industrie en de overheden om de voor patiënten belangrijkste uitkomsten vast te stellen'.[8] Jefferson en zijn collega's zijn gestopt met het maken van updates. Onderzoek over vaccinaties wordt zinvol en geloofwaardig als er klinisch relevante uitkomstmaten worden bepaald, dus voor patiënten zinvolle en merkbare uitkomsten. Het gaat om het voorkomen van morbiditeit, zoals ziekenhuisopnamen en pneumonie, en mortaliteit.

Lees ook: 'De griepprik: dat kan beter' van Ted van Essen. Huisarts Wet 2019;62(3):41-3. DOI:10.1007/s12445-019-0038-6.

GROOT GEBREK AAN WETENSCHAPPELIJK DENKVERMOGEN

Net als het NHG heeft de overheid met haar beleid de doos van Pandora geopend. Deze overheid ziet zich thans gesteld voor een toenemende vaccinatieafwijzing in de bevolking, hetgeen onwenselijk is voor de DKTP- en BMR-vaccinaties. Deze ontwikkeling kan door de huidige overheid en ondeskundige Tweede Kamerleden niet worden omgebogen, omdat ook zij zich niet baseren op de beste wetenschappelijke bewijzen van de Cochrane Collaboration, maar op die van artsen met belangenconflicten. Kamerlid Raemakers spande wel de kroon: hij dacht dat haardimmunisatie zoiets was als haatzaaien. Het (inter)nationale volksgezondheidsbelang is niet gediend met deze uitwassen van het neoliberalisme. Om een einde te maken aan de huidige conflictueuze situatie en het toenemende wantrouwen van de bevolking tegen vaccinaties moet de overheid duidelijk maken wie haar adviseert, wat de belangenverstrengelingen van deze adviseurs zijn, en hoe de wetenschappelijke bewijzen voor werking en bijwerkingen van de griepvaccinatie eruitzien. Zij dient afstand te nemen van deze belangenverstrengeling om geloofwaardig te blijven en moet dit in het publieke debat uitdragen. De onmacht van de huidige deskundigen en politici is alarmerend en de adviezen die zij geven getuigen van een groot gebrek aan wetenschappelijk en helder denkvermogen. Sommigen artsen en politici willen vaccinaties verplicht stellen, maar dat zal vermoedelijk het wantrouwen van de bevolking alleen maar vergroten, aangezien er nog steeds geen wetenschappelijke bewijzen voor de werkzaamheid van de griepprik zijn. De miljoenen euro's die momenteel worden besteed aan de griepprik kunnen beter worden besteed aan het opzetten en uitvoeren van goed wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid en bijwerkingen van influenzavaccinatie, uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers. ■

> Er is nog steeds geen bewijs voor de stelling dat vaccinatie complicaties en ziekenhuisopnamen voorkomt

LITERATUUR

1. Bijl D. Werkzaamheid en effectiviteit van influenzavaccinatie. GeBu 2011;45:109-17.
2. Demicheli V, Jefferson T, Ferroni E, Rivetti A, Di Pietrantoni C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;2:CD001269.
3. Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantonj C, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev 2018;2:CD004876.

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

Bijl D. De griepprik: wetenschappelijk falen en belangenverstrengeling. Huisarts Wet 2019;62(3):44-5. DOI:10.1007/s-12445-019-0041-y.
Utrecht: dr. D. Bijl, oud-huisarts en epidemioloog, dick.bijl@hetnet.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wie is Henk Smid?
Henk Smid studeerde gezondheidswetenschappen in Maastricht en is sinds 2001 directeur van ZonMw. In het verleden was hij onder meer directeur ZorgOnderzoek Nederland, kwartiermaker Zorgonderzoek Nederland bij het Preventiefonds en plaatsvervangend directeur Preventie, Algemene Gezondheidszorg en Opleidingen bij het ministerie van VWS.

Foto: Margot Scheerder.

ZonMw-directeur Henk Smid: “Als je als huisarts kwaliteit wilt leveren, doe je mee aan wetenschappelijk onderzoek”

Marcel Wortel

Het heeft enkele jaren geduurd, maar in 2019 komt er extra financiering vanuit de overheid voor huisartsgeneeskundig onderzoek. ZonMw gaat gedurende vier jaar het budget van acht miljoen euro beheren. Daarmee krijgt de uitvoering van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde een nieuwe impuls. Als het aan Henk Smid, directeur van ZonMw ligt, hoeft het niet bij deze vier jaar te blijven.

Ondanks de goede evaluatie van het Programma Alledaagse Ziekten, stopte in 2012 de overheidsfinanciering voor onderzoek in de huisartsenpraktijk.[1] Jammer, want het aantal relevante vragen in de ‘lacunebak’ was nog lang niet uitgeput. De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde bevatte begin 2018 maar liefst 787 onderzoeksvragen, waarvan minstens 200 hoge prioriteit hebben volgens de patiëntenorganisaties, wetenschappelijke beroepsverenigingen en onderzoeksfondsen die meewerkten aan het opstellen van de agenda.[2] Het Fonds Alledaagse Ziekten dat in april 2017 mede door het NHG zelf is opgezet, kan slechts enkele projecten per jaar honoreren.[3]

Het nieuwe Hoofdlijnenakkoord Huisartsen 2019-2022 brengt gelukkig verandering. In het akkoord is acht miljoen euro gereserveerd voor wetenschappelijk onderzoek.[4] Dat is nog niet de 50 miljoen die naar schatting nodig is om de gehele onderzoeksagenda uit te voeren, maar het is wel een goede start.[5] Zelfs meer dan dat, zegt ZonMw directeur Henk Smid: “We zien dit als een eerste fase voor nieuw huisartsgeneeskundig onderzoek. En als we het met z’n allen goed doen, krijgt het ongetwijfeld een vervolg.” Smid benadrukt daarbij wel dat er op dit moment nog geen programma is vastgelegd voor de verdeling van het onderzoeksgeld. Daar zijn de betrokken partijen nog volop over in overleg. Maar er is voortgang. Inmiddels is de opdrachtbrief van het ministerie van VWS binnen.

Prioriteiten stellen

Acht miljoen voor de uitgebreide onderzoeksagenda van het NHG is natuurlijk een relatief klein bedrag, geeft Smid toe: “We moeten daarom een scherpe prioritering aanbrengen. Tegelijkertijd passen een deel van de onderwerpen uit de onderzoeksagenda ook in andere ZonMw programma’s, zoals Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Doelmatigheidsonderzoek, Geestelijke Gezondheid en Goed Gebruik Geneesmiddelen. Ook financieren gezondheidsfondsen onderzoek in de eerste lijn. Dus de facto kunnen we meer doen dan alleen met acht miljoen gedurende vier jaar.”

Als het gaat om een scherpe prioritering, heeft onderzoek dat leidt tot vernieuwing in de huisartsenpraktijk volgens Smid een streepje voor: “Denk aan projecten die leiden tot aanpassingen van de standaarden, of het beslissen om bepaalde zaken niet meer te doen. Bij de keuze voor onderwerpen kunnen we kijken naar de omvang van de ziektelast of patiëntenpopulatie, maar ook naar de mate van onzekerheid over al dan niet bewezen interventies. Hoe beperkter de wetenschappelijke kennis is, hoe hoger de noodzaak om daar onderzoek naar te doen.”

Ontwerp van onderzoek

Bij het opstellen van standaarden is onderzoek volgens een randomized controlled trial (RCT) bij geselecteerde populaties de norm. Maar onderzoek in de huisartsenpraktijk naar complexe problemen leent zich vaak niet voor deze opzet. Zo kan de inclusie van voldoende patiënten al een onneembare hobbel zijn. “Dit is een onderwerp waar ZonMw al jaren mee bezig is, dus dit raakt ons,” zegt Smid. “Je moet een design kiezen dat past bij de vraagstelling. Maar ik moet bekennen dat we in het verleden referenten hadden die projectvoorstellen afkeurden als er niet voor een RCT gekozen was. Volgens mij is die tijd voorbij. Ik zou het waarderen als we in dit nieuwe programma kunnen experimenteren met de ontwikkeling van nieuwe designs.”

"Je kan als eerste stap de inspanningen van de NHG-leden in de adviesraden van wetenschappelijke fondsen strategischer inzetten. Dan heb je een springplank."

"Je moet een design kiezen dat past bij de vraagstelling."

Foto: Margot Scheerder

Referenten

Nu is het vinden van goede referenten in een klein land waar iedereen elkaar kent, op zijn minst een uitdaging. Belangenverstrengeling bij het beoordelen van aanvragen ligt op de loer. "Dat weegt bij ons zwaar," benadrukt Smid. "Het gaat om de Nederlandse praktijk, dus we kunnen voor dit programma niet bij internationale referenten te rade gaan. Maar gelukkig hebben referenten niet het laatste woord. Er is altijd sprake van wederhoor en de mogelijkheid om een referentenoordeel te wraken als er sprake zou zijn van vooringenomenheid. Toch zal er altijd sprake zijn van enige betrokkenheid. Het is een afweging tussen deskundigheid en onafhankelijkheid. Wij moeten daar een middenweg in zien te vinden. Daarmee wil ik het niet relativeren, maar we moeten niet voortdurend in de stress schieten dat helemaal niets meer beoordeeld kan worden in ons land."

In 2017 was er veel kritiek op de handelswijze van ZonMw bij ARGOS en Zondag met Lubach. Deze kritiek heeft ZonMw hard geraakt, zegt Smid. "Je probeert zo zorgvuldig mogelijk te handelen, en toch word je zo neergezet. Maar als ik in de stijl van Lubach mag reageren, zou ik zeggen dat we in de toekomst elke vorm van betrokkenheid volledig gaan uitsluiten. We gaan een commissie samenstellen van vier marktkooplui, twee loodgieters en een paar directeuren van kogellagerfabrieken. Die gaan alle onderzoeksvoorstellen beoordelen. Volstrekt onafhankelijk. Zorgvuldiger dan dat kan het niet."

Onderzoekers

Niet alleen de vijver van referenten is klein, ook die van onderzoeksgroepen is beperkt. Smid maakt zich geen zorgen over een eventueel gebrek aan voldoende kwalitatieve onderzoeksvoorstellen: "Het Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoek scoort internationaal hoog. Ik zie ook dat voorstellen in andere programma's van ons door de toetsing heen komen. Dat betekent dat ze competitief zijn. Ik heb alleen wel zorgen op het vlak van de infrastructuur. De huisartspraktijk is niet ingericht op wetenschappelijk onderzoek. We zien bijvoorbeeld vaak problemen met de inclusie van voldoende patiënten, onvoldoende ondersteuning van de gegevensverzameling in de praktijk, of organisatorische problemen bij ingewikkelde samenwerkingsverbanden."

Hoe de infrastructuur beter wordt, is ook voor Smid de vraag: "Ik heb daar niet een pasklaar antwoord op. Ik hoop dat de UMC's nog beter hun regionale functie versterken. Dat was ook de boodschap van het advies van de gezondheidsraad in 2016.[6] De UMC's kunnen bijvoorbeeld onderzoeksassistenten of verpleegkundigen leveren die het werk van de huisartsen verlichten, zoals dat in de ziekenhuizen al veel meer gebeurt. Of meer hulp bieden bij dataverwerking." Of dat binnen een programma van vier jaar gaat lukken, durft Smid niet te zeggen: "Ik vind het eerlijk gezegd wel wat kort. Maar als we voldoende modellen kunnen ontwikkelen die bruikbaar zijn om de regionale ondersteuning te bieden, hebben we een eerste stap gezet."

Samenwerking en competitie

In de aanvragen voor subsidie vraagt ZonMw steeds vaker om de vorming van consortia. In het nieuwe programma voor huisartsgeneeskunde is daarom minder ruimte voor competitie, hoopt Smid: "Zo kunnen er consortia komen met bijbehorende thema's die niet ter discussie hoeven te staan. Dan hoeven we anderen niet uit te nodigen om een tegenvoorstel in te dienen. Zo verlicht je de administratieve lasten van de partijen en verhoog je ook de honoreringskans. Alleen als consortiumvorming een dempend effect krijgt op wetenschapsontwikkeling moeten we ons hoeden."

Een ander voordeel van het vormen van consortia, is dat de budgetten voor onderzoeksprojecten omhoog kunnen, bijvoorbeeld door andere partijen te vragen een duit in het zakje te doen. ZonMw heeft al ervaring met dergelijke vormen van matching: "Bij het eerdere Programma Alledaagse Ziekten vroegen we aan de UMC's om middelen voor de borging. Dergelijke samenwerking met de gezondheidsfondsen is nog weinig succesvol, maar dat zou kunnen veranderen. Ga maar na. Mensen met kanker worden bijvoorbeeld steeds vaker chronische patiënt. Die zitten in de huisartsenpraktijk. Als we bij die complexe vraagstukken categorieën bedenken waar ook de grote fondsen op zitten, kunnen we de gewenste matching tot stand brengen. Maar dat vergt veel regie. Daar gaan wij ons sterk voor maken."

Het zou volgens Smid ook helpen als het NHG de fondsen ervan overtuigt dat huisartsen over voldoende onderzoekskwaliteit beschikken: "Je kan als eerste stap de inspanningen van de NHG-leden in de adviesraden van wetenschappelijke fondsen strategischer inzetten. Dan heb je een springplank."

Patiëntenparticipatie

Bij gezondheidsfondsen is betrokkenheid van patiënten een belangrijke randvoorwaarde. Ook ZonMw heeft zich hier altijd hard voor gemaakt. Voor een programma huisartsgeneeskunde ligt hier een knelpunt. Het aantal onderwerpen is zo uiteenlopend dat er voor een specifiek onderwerp maar net een actieve patiëntenorganisatie moet zijn. "Ik ben de likdoornpatiëntenorganisatie nog niet tegengekomen," zegt Smid, "maar voor de complexe problematiek zijn er gelukkig wel meerdere patiëntenorganisaties. We kunnen ook proberen de algemene organisaties in onze programmacommissie op te nemen. Die kijken vanuit een breder perspectief."

Het ontbreken van ziektespecifieke bijdragen van patiënten ziet ZonMw niet als een probleem, benadrukt Smid: "Wij zien over de hele linie de waarde van het patiëntenoordeel. Zij leggen andere accenten dan professionals. Bijvoorbeeld bij de likdoorns kunnen patiënten inzien dat mensen echt niet gaan meewerken aan onderzoek als ze op kantoor hun voeten moeten ontbloten om een nieuw soort tinctuur aan te brengen."

Een focusgroep van patiënten, bijvoorbeeld door de vakgroepen huisartsgeneeskunde van de UMC's regionaal georganiseerd, kan ook een vorm zijn voor de inbreng van patiënten. "Dat zou ik het mooiste vinden," zegt Smid, "als het in de praktijk zelf geregeld wordt. Ik vind het echt een onderdeel van de infrastructuur."

Over de rol van de praktiserende huisartsen in het nieuwe programma huisartsgeneeskundig onderzoek is Smid duidelijk: "Als je als huisarts kwaliteit wilt leveren, doe je mee aan wetenschappelijk onderzoek. Kwaliteit en wetenschappelijk onderzoek zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, ook op microniveau van je eigen praktijk. En als je onderzoek doet, reflecteer je ook altijd op je eigen handelen." ■

WAT DOET ZONMW?

Overheidssubsidies voor gezondheidsonderzoek in Nederland worden verdeeld door ZonMw in opdracht van het ministerie van VWS en de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). In 80 verschillende programma's financiert ZonMw jaarlijks ongeveer 215 miljoen euro aan onderzoek. Naast financiering stimuleert ZonMw het gebruik van de ontwikkelde kennis.

BRONNEN

1. Eindevaluatie ZonMw-programma Alledaagse Ziekten. Den Haag: ZonMw, 2014. https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Rapport_eindevaluatie_Alledaagse_ziekten_webversie.pdf.
2. Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Utrecht: NHG, 2018. https://www.nhg.org/downloads/nationale-onderzoeksagenda-huisartsgeneeskunde.
3. Stichting Fonds Alledaagse Ziekten. https://fondsalledaagsezieken.nl/over-ons/projecten/.
4. Hoofdlijnenakkoord voor de huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 2018. https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/hoofdlijnenakkoord.
5. Smeele I. Onderzoek waar uw patiënt beter van wordt (redactioneel). Huisarts Wet 2017;60:2. https://www.henw.org/artikelen/onderzoek-waar-uw-patient-beter-van-wordt
6. Gezondheidsraad. Onderzoek waarvan je beter wordt. Den Haag: Gezondheidsraad, 2016. https://www.gezondheidsraad.nl/over-ons/documenten/adviezen/2016/10/12/onderzoek-waarvan-je-beter-wordt

Een verrassende oorzaak van dyspneu: Rendu-Osler-Weber

Tim Beijer, Anouk Spaanderman

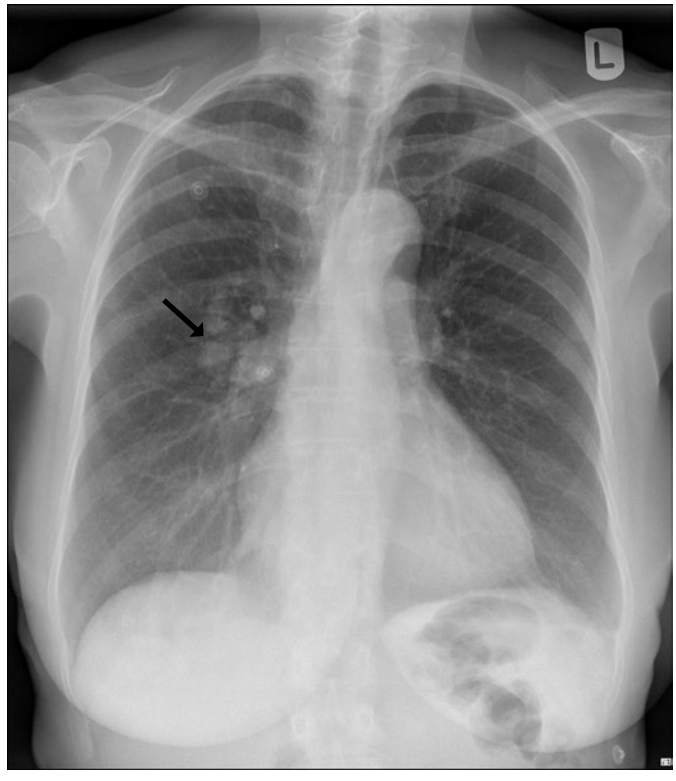
Er komt een patiënte op het spreekuur die last heeft van inspanningsdyspneu en pijn op de borst. De huisarts denkt aan een cardiale oorzaak. Toch is er iets anders aan de hand, want er zijn klinische aanwijzingen voor een zeldzame aandoening: de ziekte van Rendu-Osler-Weber. Waar moet u op letten?

CASUS

Een zeventigjarige vrouw bezoekt het spreekuur van haar huisarts, omdat ze sinds een jaar last heeft van progressieve dyspneu bij inspanning en de vorige dag drukkende pijn op de borst kreeg. Ze gebruikt geen medicijnen en haar voorgeschiedenis levert aanvankelijk geen duidelijke aanwijzingen op. Bij lichamelijk onderzoek zijn ademfrequentie, bloeddruk, pols, hart en longgeluiden normaal. Wel is de zuurstofsaturatie laag (89%). Haar huisarts verwijst haar naar de Eerste Harthulp, waar de uitslag van het bloedonderzoek (troponine en d-dimeer) normaal blijkt te zijn, afgezien van een hypoxemie (pO2 58 mmHg; normaal 75-100 mmHg). Op de thoraxfoto zijn verdichtingen te zien [**figuur 1**], die na hogeresolutiecomputertomografie op pulmonale arterioveneuze malformaties blijken te berusten [**figuur 2**]. Er is tevens sprake van een forse rechts-links shunt. De patiënte geeft aan vaak bloedneuzen te hebben, net als haar jongere broer. Een oudere broer blijkt vroeger geopereerd te zijn aan een pulmonale malformatie. Bij nieuw lichamelijk onderzoek vallen trommelstokvingers en horlogeglasnagels op [**figuur 3**], naast teleangiëctasieën op de lippen en de tong [**figuur 4**]. Op basis hiervan wordt de diagnose ziekte van Rendu-Osler-Weber gesteld.

Figuur 1

X-thorax: diverse intrapulmonale verdichtingen mediaal in de rechter long



DE ZIEKTE VAN RENDU-OSLER-WEBER

De ziekte van Rendu-Osler-Weber (ROW), ook wel *hereditary hemorrhagic telangiectasia* genoemd, is een erfelijke autosomaal dominante aandoening die wordt veroorzaakt door mutaties van het gen dat codeert voor bepaalde eiwitten in de wanden van de bloedvaten: 'endogline' (ROW-type 1) of 'activin receptor-like kinase 1' (ROW-type 2).[1]

De hoogste bekende prevalentie (1 op 1331) vinden we op Curaçao en Bonaire.[2] De prevalentie in Nederland ligt rond 1 op 5000.[3] Bij het Rendu-Osler-Weber-expertisecentrum van het St. Antonius Ziekenhuis zijn er zo'n 1400 mensen van wie bekend is dat zij deze ziekte hebben.[3] Dat betekent dat een groot aantal mensen nog zonder diagnose rondloopt.

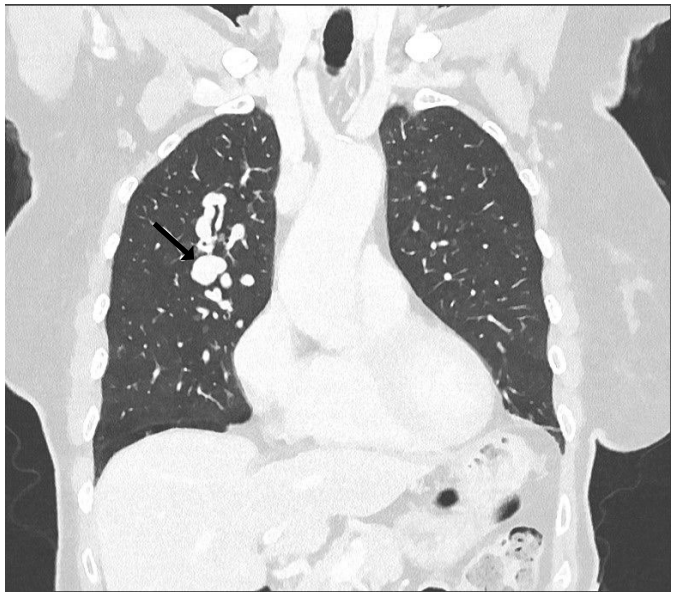
Ongeveer 70% van de patiënten krijgt de eerste symptomen rond het zestiende levensjaar, oplopend tot 90% rond het veertigste levensjaar. Als symptoom zien we vaak bloedingen door de teleangiëctasieën en arteriële malformaties, die zich op verschillende plekken kunnen bevinden.

BLOEDNEUZEN EN ARTERIOVENEUZE MALFORMATIES

Spontane herhaaldelijke bloedneuzen door teleangiëctasieën in de nasale mucosa komen het vaakst voor – maar liefst 97% van de patiënten met ROW vertelde last te hebben van bloedneuzen.[4] De bloedneuzen doen zich gewoonlijk voor de puberteit voor, zijn progressief, en vaak hevig en langdurig van aard. Mucocutane teleangiëctasieën komen tevens voor op de lippen, tong en vingertoppen. Herhaaldelijke gastro-intestinale bloedingen treden op bij eenderde van de patiënten, vooral bij patiënten ouder dan 40 jaar.[5]

Figuur 2

Hogeresolutiecomputertomografie-thorax: pulmonale arterioveneuze malformaties in de rechter long



Ook komen arterioveneuze malformaties (AVM) voor in de lever (8 tot 16%), hersenen (15%) en longen (20 tot 35%).[6] Naar schatting 60 tot 90% van de patiënten met pulmonale arterioveneuze malformaties (PAVM) blijkt uiteindelijk ROW te hebben.[6] Deze malformaties geven kans op klachten en complicaties. Bij de lever kan dat zich uiten als angine abdominale, inspanningsdyspneu of vermoeidheid als gevolg van een falende leverfunctie. In de hersenen leidt dit mogelijk tot migraine en epilepsie, maar daarnaast ook tot levensbedreigende complicaties als een bloeding.[7]
Bij patiënten met PAVM bleek volgens twee reviews 48 tot 56% dyspneuklachten te ervaren en 6 tot 14% pijn op de borst.[8,9]

Ook kunnen door stasis van bloed en het ontbreken van een 'filterend vaatbed' paradoxale (en mogelijk septische) embolieën in de systemische circulatie terechtkomen. Deze kunnen een herseninfarct of hersenabces veroorzaken. PAVM veroorzaken een rechts-links shunt, waardoor er geen adequate oxygenatie plaatsvindt en hypoxemie ontstaat. Trommelstokvingers (verdikte vingertoppen) en horlogeglasnagels (opbollende nagels) komen bij 22 tot 32% van de patiënten voor.[8,9] Deze typische afwijkingen aan de vingers hangen samen met chronische hypoxie, voornamelijk door pulmonale oorzaken (longfibrose, arterioveneuze malformaties, longmaligniteiten) en cardiale oorzaken (hartfalen, aangeboren hartafwijkingen).[10] Hemoptoë kan optreden wanneer de dunne wand van een PAVM barst, wat zelden voorkomt en kan leiden tot een hematothorax. Hemoptoë bij patiënten met ROW is echter meestal het gevolg van bloedende teleangiëctastieën uit het kno-gebied.

HET STELLEN VAN DE DIAGNOSE

De diagnose ROW kan gesteld worden indien voldaan wordt aan drie of meer van de Curaçao-criteria [**tabel**].[11]
De patiënte uit de casus heeft last van inspanningsdyspneu en pijn op de borst. Deze klachten worden veroorzaakt door een pulmonale arterioveneuze malformatie. Omdat de huisarts aanvankelijk denkt aan een cardiale oorzaak van de klachten, stuurt hij de patiënte door naar de Eerste Harthulp. Hypoxemie bij een PAVM kan echter ook pijn op de borst geven. Later blijkt dat de huisarts enkele klinische aanwijzingen over het hoofd heeft gezien, zowel bij de anamnese (recidiverende bloedneuzen, familieanamnese) als bij het lichamelijk onderzoek (trommelstokvingers, teleangiëctasieën). Trommelstokvingers passen niet specifiek bij ROW, maar zijn een teken van chronische hypoxie, hetgeen verder onderzoek vereist. Aangezien de PAVM kunnen leiden tot ernstige complicaties is behandeling ervan noodzakelijk. De behandeling van eerste keus is embolisatie, wat ook bij de patiënte heeft plaatsgevonden.[12] Na embolisatie ervoer ze een duidelijke verbetering van

Figuur 3a en b

Trommelstokvingers met horlogeglasnagels

Tabel

De Curaçao-criteria. De diagnose ziekte van Rendu-Osler-Weber (ROW) kan gesteld worden bij aanwezigheid van drie of meer criteria[11]

Criteria	Kenmerken
Bloedneuzen	Spontaan en recidiverend
Teleangiëctasieën	Multipel en op karakteristieke lokalisaties (neus, vingers, lippen, tong)
Viscerale afwijkingen	Gastro-intestinale teleangiëctasieën of arterioveneuze malformaties in longen, hersenen, ruggenmerg of lever
Familieanamnese positief	Een eerstegraadsfamilielid met ROW

Figuur 4

Teleangiëctasieën op lippen en tong

de inspanningsdyspneu. Uit genetisch onderzoek blijkt dat de patiënte een mutatie in het gen heeft dat codeert voor het eiwit endogline. Dit veroorzaakt ROW-type 1. Er zal nog nader onderzoek volgen naar de aanwezigheid van andere vaatmalformaties. Tevens zullen eerstegraadsfamilieleden worden gescreend. De jongere broer van de patiënte, die last heeft van hevige bloedneuzen, zou hiermee dezelfde diagnose kunnen krijgen.

CONCLUSIE

De ziekte van Rendu-Osler-Weber is zeldzaam, maar gezien de prevalentie van 1 op 5000 loopt er in de meeste groepspraktijken wel een nog niet gediagnostiseerde patiënt mee rond. Kijk daarom voortaan bij een patiënt met onbegrepen inspanningsdyspneu ook eens gericht naar de huid en vingers, en vraag naar bloedneuzen. Wie weet spoort u zo een patiënt of misschien zelfs familie met ROW op. ■

LITERATUUR

1. Govani FS, Shovlin CL. Hereditary haemorrhagic telangiectasia: a clinical and scientific review. Eur J Hum Genet 2009;17:860-71.
2. Westermann CJJ, Rosina AF, De Vries V, Mager JJ. Hoge prevalentie van de ziekte van Rendu-Osler-Weber in de Afro-Caribische bevolking van de Nederlandse Antillen: een familie onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147:1595-1600.
3. St. Antonius Ziekenhuis. Ziekte van Rendu-Osler-Weber (ROW). www.antoniusziekenhuis.nl/specialismen/longcentrum/row-expertisecentrum, geraadpleegd 30 september 2018.
4. Silva BM, Hosman AE, Devlin HL, Shovlin CL. Lifestyle and dietary influences on nosebleed severity in hereditary hemorrhagic telangiectasia. Laryngoscope 2013;123:1092-9.
5. Kjeldsen AD, Kjeldsen J. Gastrointestinal bleeding in patients with hereditary hemorrhagic telangiectasia. Am J Gastroenterol 2000;95:415-8.
6. Cottin V, Dupuis-Girod S, Lesca G, Cordier JF. Pulmonary vascular manifestations of hereditary hemorrhagic telangiectasia (Rendu-Osler disease). Respiration 2007;74:361-78.
7. Patel T, Elphick A, Jackson J, Shovlin C. Does paradoxical emboli of particulate matter through pulmonary arteriovenous malformations precipitate migraines? Thorax 2015;70:A1-5. https://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-207770.7.
8. Cottin V, Chinet T, Lavolé A, Corre R, Marchand E, Reynaud-Gaubert M, et al. Pulmonary arteriovenous malformations in hereditary hemorrhagic telangiectasia: A series of 126 patients. Medicine (Baltimore) 2007;86:1-17.
9. Shovlin CL, Letarte M. Hereditary haemorrhagic telangiectasia and pulmonary arteriovenous malformations: Issues in clinical management and review of pathogenic mechanisms. Thorax 1999;54:714-29.
10. Spicknall KE, Zirwas MJ, English JC. Clubbing: An update on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. J Am Acad Dermatol 2005;52:1020-8.
11. Shovlin CL, Guttmacher AE, Buscarini E, Faughnan ME, Hyland RH, Westermann CJJ, et al. Diagnostic criteria for hereditary hemorrhagic telangiectasia (Rendu-Osler-Weber syndrome). Am J Med Genet 2000;91:66-7.
12. Lacombe P, Lacout A, Marcy PY, Binsse S, Sellier J, Bensalah M, et al. Diagnosis and treatment of pulmonary arteriovenous malformations in hereditary hemorrhagic telangiectasia: An overview. Diagn Interv Imaging 2013;94:835-48.

Beijer TR, Spaanderman A. Een verrassende oorzaak van dyspneu: Rendu-Osler-Weber. Huisarts Wet 2019;62(3):50-2. DOI:10.1007/s12445-019-0025-y.

Regio Nijmegen: T.R. Beijer, waarnemend huisarts, t.r.beijer@outlook.com. Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen: A. Spaanderman, longarts in opleiding.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Serie behandeling van alledaagse klachten

Behandeling van artrose

Tjeerd de Jongh, Hans Bijlsma

Huisartsen zien veel patiënten met artrose van de knie. De aandoening is niet te genezen en de behandeling richt zich op bestrijding van de pijn. Alle richtlijnen adviseren beweging, omdat fysieke activiteit de pijn vermindert en de functie verbetert. Daarnaast is er een scala aan andere behandelmogelijkheden.

Het meeste onderzoek bij artrose is gedaan naar de behandeling van gonartrose en minder naar coxartrose [**tabel**].[1,2]

CASUS

Mevrouw De Jong, 72 jaar, komt op uw spreekuur met wisselende klachten over haar rechterknie. Ze heeft die klachten sinds een jaar en ze belemmeren haar steeds meer in haar activiteiten. Zij is gezond, maar heeft wel overgewicht. Zij gebruikt af en toe paracetamol, met weinig effect en vraagt om een behandeling die beter helpt.
U stelt de diagnose gonartrose. U adviseert regelmatige en voldoende intensieve lichaamsbeweging (minimaal 30 minuten per dag). Ter ondersteuning van de behandeling kunt u een ander analgeticum adviseren. De patiënt kan overgaan op een NSAID's, bij voorkeur dermaal, al dan niet on demand. Bij onvoldoende effect van analgetica kunt u kiezen voor een intra-articulaire injectie met glucocorticoïden.

ADVIEZEN

Fysieke activiteit

Alle richtlijnen adviseren fysieke activiteit (minimaal 30 minuten matig intensief bewegen per dag) vanwege de significant gunstige invloed op de pijn bij artrose van de knie en het verbeteren van de functie.[3-5] Er is echter geen goed bewijs dat een beweegadvies alleen helpt.[4,5]
Bij overgewicht vermindert afvallen de belasting en daarmee de klachten.[6] Afvallen, vooral samen met oefentherapie, vermindert de klachten significant.[7-9] De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten is kritisch, vindt de kwaliteit van het bewijs laag en de effecten zeer beperkt, en twijfelt daarom aan de klinische relevantie van gewichtsreductie.[3]

Oefentherapie

Een oefenprogramma is gericht op mobiliteit, spierkracht en uithoudingsvermogen. Individuele oefenprogramma's onder leiding van een fysiotherapeut hebben een klein tot middelgroot effect vergeleken bij alleen voorlichting.[3,10,11] Er is geen duidelijk verschil aangetoond tussen de verschillende vormen van oefentherapie.[4,11] Een jaar na beëindiging is het effect niet meer zichtbaar.[12]
Er zijn vele vormen van hydrotherapie, maar op basis van onderzoek kan hydrotherapie noch worden aanbevolen, noch worden afgeraden.[7,13]
Tai chi combineert bewegingen met meditatieoefeningen en is in verschillende RCT's effectief gebleken bij artrose.[7,14]

Psychologische interventies

Interventies uit de cognitieve psychologie om mensen beter met hun klachten te laten omgaan, leiden tot een beter welbevinden maar geven geen pijnreductie.[5] Het resultaat is afhankelijk van de toegepaste interventie.[7] Er lijkt nauwelijks of geen verschil in uitkomsten met de gebruikelijke zorg.[15]

HULPMIDDELEN

Braces worden niet aanbevolen voor klachtenbestrijding bij artrose van de knie, omdat het effect niet duidelijk is en de nadelen van de behandeling onbekend zijn.[3,16,17] Bij instabiliteit van de knie en pijn kunnen zij eventueel worden overwogen.[4]
Thermoplastische splints zijn mogelijk zinvol bij artrose van de duim.[6,18]
In het algemeen worden goede schoenen aanbevolen bij knieartrose, maar de meeste onderzoeken suggereren dat aangepast schoeisel of inlegzolen (orthosen) geen effect hebben.[3,7,17]
Een aantal richtlijnen geeft aan dat een lateraal ondersteunende inlegzool bij een mediale compartimentartrose van de knie de pijn kan verminderen en de functie verbeteren.[4,19] Een stok of rollator kan worden overwogen als ondersteuning van de behandeling bij veel klachten in het dagelijks leven.[3,20]

DIEET EN VITAMINEN

De rol van dieet en vitaminen bij de behandeling van artrose is onduidelijk, met name van antioxidanten (vitamine C, E en bètacaroteen) en vitamine D. Observationele onderzoeken suggereren dat ze effect hebben, maar in RCT's kan geen verschil worden aangetoond tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep.[7]

WARMTE OF KOUDE

Warmtepakkingen of koudeapplicaties worden vaak gebruikt bij de behandeling van artrose, maar daarvan zijn in onderzoeken geen duidelijk positieve uitkomsten gevonden.[4,6]
Ultrageluid genereert warmte in diepe weefsels, maar bleek in een RCT geen vermindering van de klachten te geven en wordt dus niet aangeraden.[7,21]

Tabel

Behandelmogelijkheden bij artrose[2]

Sterke aanbeveling			
Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Leefstijladviezen	Fysieke activiteit stimuleren en eventueel afvallen bij overgewicht	Gemiddeld	Expertopinie
Fysiotherapie	Vele vormen van oefentherapie	Gemiddeld	Goed
Matige/zwakke aanbeveling			
Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Brace/splint	Afhankelijk van het aangedane gewricht, bij knieartrose eventueel bij instabiliteit	Gemiddeld	Matig
Paracetamol		Klein	Matig
NSAID (oraal)		Gemiddeld	Goed
NSAID lokaal	Diclofenacgel	Gemiddeld	Goed
Capsaïcine lokaal	Vaak huidirritatie	Klein	Matig
Warmtepakking of koudeapplicatie	Pas op verbranding	Klein	Expertopinie
Intra-articulair glucocorticoïd		Gemiddeld	Goed
Geen aanbeveling, effectiviteit onbekend			
Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Anti-oxidanten en vitamine D	Controverse observationele onderzoeken en RCT's	Onduidelijk	Laag
Hydrotherapie		Onduidelijk	Matig
TENS		Onduidelijk	Matig
Psychologische interventies	Geen pijnvermindering, wel beter welbevinden	Onduidelijk	Goed
Glucosaminesulfaat/chondroïtine	Controversiële onderzoeksresultaten, adequate dosering, langdurig gebruiken	Onduidelijk	Goed
Intra-articulair hyaluronzuur		Onduidelijk	Matig
Acupunctuur		Onduidelijk	Laag
Antidepressiva		Onduidelijk	Laag
Steunzolen		Onduidelijk	Laag
Negatieve aanbeveling			
Interventie	*Opmerkingen*	*Winst*	*Bewijs*
Opiaten (tramadol)		Negatief	Matig

TENS

De gegevens over het effect van Transcutaneous Nerve Stimulation zijn tegenstrijdig.[4-7,22,23]

ANDERE BEHANDELINGEN

Meta-analyses tonen enig effect aan van acupunctuur op pijn in het algemeen, maar er zijn geen goede onderzoeken naar acupunctuur bij artrose. De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten raadt deze niet aan.[3]

Spa-therapie, waaronder modderpakkingen, wordt in Europa bij artrose veel toegepast maar er is geen bewijs voor de effectiviteit van de verschillende onderdelen van de behandeling.[7] Ultrageluid, lasertherapie en behandeling met elektromagnetische velden worden niet aanbevolen wegens onvoldoende effectiviteit.[7]

ORALE MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Paracetamol

De meeste Nederlandse en internationale richtlijnen raden aan om bij milde tot matige pijn de medicamenteuze behandeling te starten met 3 tot 4 gram paracetamol per dag.[3,24] In onderzoek is er echter veel onzekerheid over het voordeel van paracetamol ten opzichte van placebo, het effect is zeer beperkt en er is steeds meer aandacht voor de mogelijke bijwerkingen bij gebruik van hoge doses op langere termijn.[3,25-27] Waarschijnlijk is het verstandig paracetamol (maximaal 3 gram/dag) te gebruiken om pijnpieken te bestrijden (escape medicatie).[26]

NSAID

Er zijn veel NSAID's in verschillende doses in gebruik bij de behandeling van artrose. In Nederland wordt het meest gebruikt: ibuprofen, naproxen en diclofenac en Cox-2-remmers. Recent Brits onderzoek laat zien dat diclofenac een slecht bijwerkingenprofiel heeft wat betreft cardiovasculaire bijwerkingen.[28] Naproxen heeft waarschijnlijk het gunstigste profiel wat betreft bijwerkingen.[29] Gezien de bijwerkingen op gastro-intestinaal, cardiovasculair en renaal terrein is het belangrijk om een individuele keuze te maken tussen niet-selectieve NSAID's en Cox-2 selectieve NSAID's.[25] Het advies is om bij ontstekingsverschijnselen te beginnen met laaggedoseerde ibuprofen of naproxen en de dosering bij onvoldoende effect na 1 of 2 weken op te hogen tot de maximale dosering. Bij onvoldoende effect in de maximale dosering kan de patiënt eventueel een andere NSAID proberen.[27] Er is veel onzekerheid over het voordeel van continu gebruik van NSAID's boven het gebruik ervan on demand.[3]

Opiaten

Opiaten (tramadol, oxycodon, oxymorfine en codeïne) passen niet in de behandeling van artrose. In onderzoek is geen klinisch relevant voordeel gevonden boven placebo, paracetamol of NSAID's, maar opiaten hebben wel veel bijwerkingen.[3,26,30,31] Sommige (buitenlandse) richtlijnen adviseren tramadol als symptoombestrijding als alle andere middelen niet helpen.[25]

Glucosamine en chondroïtine

Het gebruik van deze middelen bij artrose is controversieel, er zijn hiernaar veel RCT's gedaan met sterk wisselende uitkomsten. De beste onderzoeken tonen weinig of geen effect, maar de middelen hebben waarschijnlijk ook geen ernstige bijwerkingen.[27,32,33] Glucosamine en chondroïtine zijn beide in vele vormen verkrijgbaar, wat de wisselende uitkomsten mede verklaard.[25] Glucosaminesulfaat geeft iets betere resultaten dan glucosaminechloridеverbindingen. De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten raadt deze niet aan, maar andere richtlijnen doen dat vaak wel als chronische behandeling, soms zelfs als middel van eerste keus.[3,25]

Antidepressiva

Er is veel onzekerheid over een mogelijk klinisch relevant voordeel van antidepressiva boven placebo, maar ook over de mogelijke bijwerkingen. De kwaliteit van het bewijs is zeer laag, daarom worden zij niet aanbevolen voor de behandeling van artrose.[3,27]

Alle richtlijnen adviseren fysieke activiteit vanwege de gunstige invloed op de pijn bij artrose van de knie en het verbeteren van de functie.

Foto: Shutterstock

LOKALE BEHANDELING

NSAID's

Dermale NSAID's (diclofenacgel) kunnen worden gebruikt als aanvulling op andere behandelingen of in plaats van orale NSAID's.[27] Het is zeker dat zij even effectief zijn als orale NSAID's, en meer lokale en minder systemische bijwerkingen hebben.[3,30,34] In (buitenlandse) richtlijnen zijn zij vaak middel van eerste keus in plaats van paracetamol.[25]

Capsaïcine

Lokale applicatie van capsaïcine heeft een matig effect op de pijn bij artrose van hand en knie vergeleken met placebo.[27,35,36] Bezwaar is dat het middel 4 dd moet worden aangebracht, wat in de praktijk meestal niet gebeurt en zeer vaak (bij 40%) lokale irritatie geeft.

Intra-articulaire injectie

De meeste richtlijnen bevelen bij artrose van een gewricht een intra-articulaire injectie met glucocorticoïden aan bij onvoldoende effect of contra-indicaties voor NSAID's, met name als er inflammatoire verschijnselen zijn.[3,25,27] De effectiviteit vergeleken met placebo en andere behandelingen is in vele onderzoeken aangetoond, maar het effect houdt maximaal de eerste twee weken aan.[37] Herhaalde injecties iedere drie maanden kunnen zinvol zijn, maar na twee jaar verdwijnt het effect.[37] Mogelijke bijwerkingen zijn bacteriële artritis (zeer zelden) of gewrichtsbeschadigingen (in theorie), maar deze laatste zijn nooit aangetoond.[27,37]

Hyaluronzuurinjecties worden ook gebruikt. Er is wel een klein, klinisch niet relevant, voordeel van de behandeling ten opzichte van placebo en andere behandelingen, maar de kwaliteit van het bewijs was laag, met een toegenomen risico op bijwerkingen.[7,38] ■

VERVOLG CASUS

U vertelt mevrouw De Jong wat artrose is en over het wisselend beloop van de klachten. U bespreekt de mogelijkheden van afvallen en meer bewegen en adviseert diclofenacgel te gebruiken naar behoefte. Bij onvoldoende resultaat kan zij na enkele weken terugkomen.
U adviseert mevrouw ook om www.thuisarts.nl/artrose te lezen.

LITERATUUR

1. De Jongh TOH, Heuts PHTG, Bijlsma JWJ. Gewrichtsklachten. In: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, Knottnerus BJ. Diagnostiek van alledaagse klachten. Vierde druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
2. De Jongh TOH, Bijlsma JWJ. Gewrichtsklachten bij ouderen (artrose). In: De Jongh TOH, De Vries H. Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2017.
3. NHG-Werkgroep Niet-traumatische knieklachten. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten (2016). www.nhg.org

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

De Jongh TOH, Bijlsma JWJ. Behandeling van artrose. Huisarts Wet 2019;62(3):53-5. DOI:10.1007/s12445-018-0357-z.

LUMC, Leiden: T.O.H. De Jongh, huisarts n.p, en docent, tohdejongh@telfort.nl; UMC Utrecht: prof.dr. J.W.J. Bijlsma, reumatoloog, directeur Amsterdam Reumatologie en Immunologie Centrum.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Een 40-jarige vrouw is net terug uit Colombia en heeft sinds een week een drietal rode bulten die over het weekend zijn toegenomen tot meer dan 70 plekken. Ze heeft geen jeuk of pijn. De plekken verdwijnen niet, maar worden alleen maar groter en licht branderig. Haar rechterpols doet pijn en ze heeft pijnklachten in de linkerknie en de rechterenkel. Verder heeft ze 's nachts pijn en last van ochtendstijfheid. Sinds een week is ook haar rechteroog rood; het doet geen pijn en de visus is goed. Wat is uw diagnose?

1. Erythema exsudativum multiforme
2. Lupus erythematodes
3. Urticaria multiforme
4. Acute exanthematische ziekte

Kijk voor het goede antwoord op www.henw.org
en op pagina 70.

Foto: Bèr Pleumeekers, huisarts

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de fotoquiz Uw diagnose van H&W. Maak er een goede en scherpe foto van (of meerdere), liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb), met een duidelijke diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'Uw diagnose'.

Privacy

Ferdinand Schreuder

Cybersecurity is hot. We moeten ons beschermen tegen hackers die onze HISsen lam zouden willen leggen. Goed plan, maar lijkt me vooral iets voor de HIS-leveranciers. Tegelijk wordt als motief hiervoor echter het recht op privacy van onze patiënt in stelling gebracht . 'Datalekken' is hier het toverwoord. Daar gaan de wenkbrauwen toch wel wat omhoog: als ik hoor, zie en lees hoeveel mensen hun hele hebben en houden via Facebook en Instagram met de wereld delen, hoe de firma Google groot is geworden met alle persoonlijke gegevens die wij (ikzelf incluis) hem geven, hoe gemakkelijk mijn patiënten medische gegevens toe laten sturen naar allerlei niet-medici, dan vraag ik mij af of we niet al veel te laat zijn met het veiligstellen van privacy (of wat daar nog van over is). Als de fax in de ban gedaan wordt ("je weet nooit wie er aan de andere kant het papier uit de fax haalt") en er weer nieuwe inlogcodes en systemen aankomen, lijkt mij dat een rem op de samenwerking binnen de zorg en met welzijnsorganisaties: dat schaadt de samenwerking pas echt.
Ondertussen zijn er ook plannen om iedere patiënt zonder tussenkomst van een dokter toegang te geven tot zijn eigen dossier: weer een paar duizend toegangspoorten tot mijn HIS te bewaken! En hoe zit het met de privacy van kinderen als hun ouders inzagerecht in het dossier hebben? Moeten we bij vechtscheidingen vinkjes gaan zetten in een of ander apart scherm 'toegang-tot-HIS' (en dus bijhouden hoe het met ieders huwelijksperikelen staat)? Hoe is het dan met de privacy van de afhankelijke bejaarde ten opzichte van zijn kinderen als niet alleen bankpasnummer, maar ook HIS-toegangscode is afgegeven? Hoe kan mijn patiënt tegen druk van uitkerende instanties, werkgevers en gemeenten beschermd worden of voorkómen worden, dat hij door simpel onbegrip, de inlogcodes afgeeft?
Enerzijds dus strenge privacybeschermende regels die de samenwerking belasten , anderzijds plannen die de privacy van sommigen ernstig bedreigen. Geef mij maar de paternalistische dokter, die uitmaakt wie welke gegevens mag hebben! ■

De halonaevus, heilige onder de moedervlekken

Pim Keurlings, Elianne Snoeren, Lenny Jacobs-Sibelt

Ongeveer één op de honderd Nederlanders heeft een halonaevus. Deze naevus wordt omgeven door een witte kring van gedepigmenteerde huid, een aanwijzing dat het immuunsysteem de naevus aan het afbreken is. Halonaevi worden vooral bij kinderen en jongvolwassenen aangetroffen, voornamelijk op de rug, en zijn meestal benigne. Afwachtend beleid en bescherming tegen zonlicht volstaan, maar de centrale laesie moet altijd kritisch en systematisch worden beoordeeld om dysplasie of een melanoom uit te sluiten.

EEN MOEDERVLEK MET WITTE KRING

Een gezonde, 24-jarige vrouw heeft al haar hele leven een moedervlek op haar onderrug. Enkele weken geleden viel haar op dat rondom de moedervlek een witte kring was ontstaan. Ze weet niet of de moedervlek zelf ook is veranderd of gegroeid. Ze heeft er geen klachten van. De huisarts ziet een 5 mm grote papel met scherpe begrenzing en vrij homogene pigmentatie van twee kleuren bruin (centraal donkerder dan aan de rand). Rondom is een symmetrische zone van depigmentatie zichtbaar [**figuur 1**]. Dermatoscopie toont een 'pluis' relatief symmetrisch beeld van patronen en kleuren, passend bij de voorkeursdiagnose 'benigne naevus naevocellularis' [**figuur 2**].[1] De huisarts besluit tot afwachtend beleid en geeft de patiënte uitleg en adviezen.

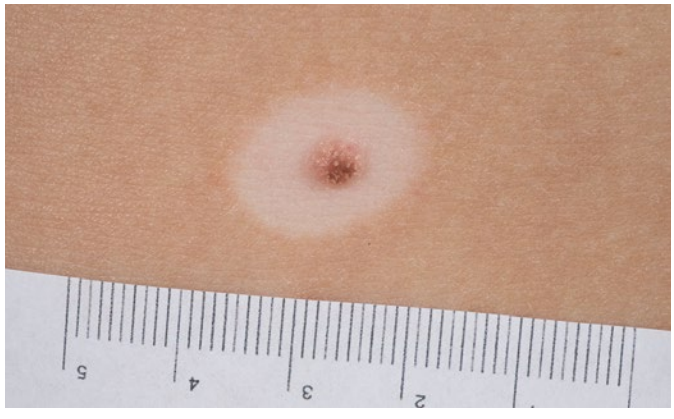
De halonaevus, of naevus van Sutton, komt bij ongeveer 1% van de bevolking voor.[2] Het is een naevus, vaak op de rug, met een witte kring van gedepigmenteerde huid eromheen die lijkt op een halo of aureool.[3] De halo ontstaat doordat het immuunsysteem bezig is de naevus op te ruimen. T-cellen produceren cytotoxische factoren die niet alleen de melanocyten in de naevus afbreken, maar ook in de huid daaromheen. Tijdens dit afbraakproces, dat maanden tot jaren kan duren, verandert de naevus van gepigmenteerd (stadium 1) naar roze (stadium 2) en verdwijnt hij uiteindelijk (stadium 3). In stadium 4 treedt repigmentatie van de halo op, al gebeurt dit niet altijd.[4] Waarom het immuunsysteem de ene naevus wel opruimt en de andere niet, is onbekend. Wel is bekend dat halonaevi zich vooral ontwikkelen bij kinderen en jongvolwassenen (de gemiddelde ontstaansleeftijd is 15 jaar) en er vaak meerdere tegelijk optreden bij dezelfde persoon.[3] Er is een associatie met auto-immuunaandoeningen zoals vitiligo, hashimotothyreoiditis en atopisch eczeem.[2,3,5] Huidtype en ras spelen geen rol, maar er kan wel sprake zijn van familiaire clustering.[3]

HEILIG OF SCHIJNHEILIG?

Ondanks zijn 'heilige' naam kan een halonaevus ook schijnheilig zijn, al komt dit zelden voor. Een halofenomeen is namelijk ook beschreven rondom dysplastische naevi en melanomen. Van de melanomen wordt 0,4% omgeven door een halo,[3] naar men veronderstelt omdat de expressie van oncogenen het afweersysteem activeert.[6] De huisarts moet de centrale naevus dus altijd nauwkeurig beoordelen op atypische kenmerken en bovendien de huid van het hele lichaam in-

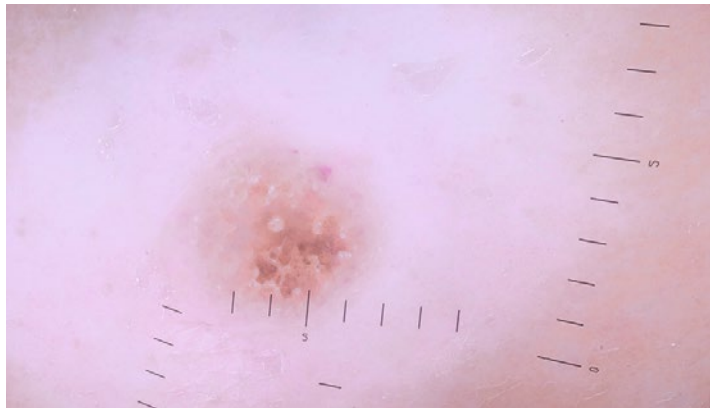
Figuur 1

Naevus met symmetrische zone van depigmentatie



Figuur 2

Dermatoscopisch beeld van de halonaevus



Halonaevus komt vooral voor op de rug bij kinderen en jongvolwassenen en zijn meestal benigne. Foto: Shutterstock

specteren. Vooral halonaevi die bij oudere patiënten ontstaan of waarvan de halo niet symmetrisch (overal even breed) is, vragen om een kritische beoordeling.[6]
Deze beoordeling volgt de ABCDE-systematiek; de huisarts kijkt achtereenvolgens naar asymmetrie, begrenzing (onregelmatig of grillig), color (niet-egale kleur), diameter (6 mm of meer) en evolutie (verandering of groei).[7] Een dermatoscoop vergroot het beeld en maakt het mogelijk de laesie in grotere diepte (tot in de dermis) te inspecteren op maligne kenmerken. Een melanoom toont vaak een combinatie van asymmetrische patronen (zoals structuurloze gebieden en 'pseudopods') en kleuren.[1]

Het aureool van de halonaevus kan schijnheilig zijn

Een benigne halonaevus behoeft geen behandeling. Naast uitleg over het beloop en de prognose, dient de huisarts goede zonbescherming te adviseren. De halo verbrandt immers snel omdat zonbeschermende melanocyten ontbreken. Bij twijfel kan de huisarts de patiënt naar de dermatoloog verwijzen, of de centrale naevus diagnostisch excideren met een zijdelingse marge van 2 mm.[7,8] De halo mag hierbij in situ blijven.[9] ■

DANKWOORD

De auteurs danken prof.dr. W. Bergman (afdeling Dermatologie, LUMC) voor het maken van de twee figuren.

LITERATUUR

1. Kittler H, Rosendahl C, Cameron A, Tschandl P. Dermatoscopy : an algorithmic method based on pattern analysis. Vienna: Facultas, 2011.
2. Herd RM, Hunter JA. Familial halo naevi. Clin Exp Dermatol 1998;23:68-9.
3. Kolm I, Di Stefani A, Hofmann-Wellenhof R, Fink-Puches R, et al. Dermoscopy patterns of halo nevi. Arch Dermatol 2006;142:1627-32.
4. Aouthmany M, Weinstein M, Zirwas MJ, Brodell RT. The natural history of halo nevi: a retrospective case series. J Am Acad Dermatol 2012;67:582-6.
5. Kerr OA, Schlofield O. Halo congenital nevus. Pediatr Dermatol 2003;20:541-2.
6. Mekkes JR. Halo naevus (moedervlek), naevus van Sutton. www.huidziekten.nl, geraadpleegd: 4 februari 2019.
7. Baaten GG, Buis PA, Damen Z, De Haas ER, Van der Heide WK, Opstelten W, et al. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Huisarts Wet 2017;60:276-90.
8. Wevers KP, Been LB, Hoekstra HJ. Chirurgische behandeling melanomen. Huisarts Wet 2013;56:290-4.
9. Hunt R, Schaffer JV, Bolognia JL. Acquired melanocytic nevi (moles). UpToDate.com, geraadpleegd: 4 februari 2019.

Keurlings PA, Snoeren EJ, Jacobs-Sibelt LA. De halonaevus, heilige onder de moedervlekken. Huisarts Wet 2019;62(3):59-60. DOI:10.1007/s12445-019-0023-0.
Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, waarnemend huisarts en huisarts-docent, pim.keurlings@radboudumc.nl.
Huisartsenpraktijk 't Weeshuis, Nijmegen: E.J.M. Snoeren, huisarts.
Mauritskliniek, Nijmegen: L.A.G. Jacobs-Sibelt, dermatoloog.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Diagnostiek van dementie

1. Het onderzoek van Jongstra et al. richt zich op het verbeteren van diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk. Op welke groep richt het onderzoek zich specifiek?
   a. Diagnostiek bij patiënten zonder klachten (screening).
   b. Diagnostiek bij patiënten met eerste klachten.
   c. Diagnostiek bij patiënten bij wie dementie vermoed wordt.

2. In dit onderzoek werd de Visual Association Test (VAT) afgenomen bij patiënten die een afname van 2 punten op de Minimal Mental State Examination (MMSE) hadden. Wat is de toegevoegde waarde van de VAT bij deze groep?
   a. Bij lagere VAT-score is er grotere zekerheid over de aanwezigheid van dementie.
   b. Bij perfecte VAT-score is er grotere zekerheid over de afwezigheid van dementie.
   c. Zowel aantonen als uitsluiten verbetert na toevoeging van de VAT.

3. Cognitieve klachten komen bij veel ouderen voor. Bij een deel van de ouderen vormen die klachten het eerste symptoom van dementie. De MMSE is niet goed in staat onschuldige cognitieve klachten van vroege dementie te onderscheiden. Waarin ligt volgens Jongstra et al. de beperking van de MMSE?
   a. Lage sensitiviteit, vroege dementie wordt vaak gemist.
   b. Lage specificiteit, onschuldige cognitieve klachten worden voor vroege dementie aangezien.

4. De VAT is een korte associatietest van zes plaatjes. De test doet een beroep op het visuele geheugen, de respondent dient eerder getoonde combinaties van afbeeldingen te memoriseren. Welk voordeel heeft VAT bij gebruik in de huisartsenpraktijk?
   a. De test is gratis.
   b. De test is gevalideerd in de eerste lijn.
   c. De test is geschikt voor elk opleidingsniveau.

5. In het onderzoek van Jongstra werden 2661 gezonde oudere deelnemers (70-78 jaar) geïncludeerd. Bij 157 van hen werd dementie gediagnostiseerd (5,9%). Nederland telt 17,3 miljoen inwoners. Hoeveel mensen hebben in Nederland dementie?
   a. 540.000 mensen (3%)
   b. 810.000 mensen (4,7%)
   c. 270.000 mensen (1,6%)

6. De huisarts constateert bij de 74-jarige heer Storms lichte cognitieve stoornissen. De stoornissen hebben geen gevolgen voor het dagelijks functioneren. Mevrouw Storms vraagt welke betekenis de lichte stoornissen hebben. Welke antwoord is correct?
   a. Dit is ongewoon en meestal een voorbode van dementie.
   b. Dit is niet ongewoon en meestal geen voorbode van dementie.

7. Patiënten met dementie komen meestal niet zelf met een hulpvraag bij de huisarts. De eerste stap is het opmerken van signalen die op dementie kunnen wijzen. Signalen zijn vaak van naasten afkomstig. Klachten over het geheugen is het bekendste signaal. Wat is nog meer een signaal voor deze aandoening?
   a. Loopstoornissen
   b. Mictiestoornissen
   c. Schildklierstoornissen
   d. Stemmingsstoornissen

8. De huisarts vermoedt bij de 77-jarige mevrouw Verhey dementie wegens vastgestelde geheugenstoornissen en stoornissen in andere cognitieve functies, zoals fouten maken in spraak en schrijven. Welke informatie is nog nodig om de diagnose dementie bij mevrouw Verhey te kunnen stellen?
   a. Informatie over haar dagelijks functioneren
   b. Uitslag van de MRI-scan
   c. Beoordeling van de specialist

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

GEBRUIKTE BRONNEN

Jongstra S, Van Gool WA, Moll van Charante EP, Van Dalen J-W, Eurelings LSM, Richard E, Ligthart SA. Vroege symptomen van dementie herkennen. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0034-x.

Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning-Koster. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). Huisarts Wet 2012;55(7):306-17.

www.alzheimer-nederland.nl

ANTWOORDEN

Zie pagina 70.

Veelgestelde vragen over meningokokken

Masja Loogman

In de afgelopen jaren neemt het aantal gevallen van invasieve meningokokkenziekte veroorzaakt door de meningokok type W in Nederland toe. Om het aantal ziektevallen te beperken krijgen peuters van 14 maanden en tieners vanaf 14 jaar sinds 2018 het MenACWYvaccin aangeboden. Hieronder vindt u een selectie van een aantal veelgestelde vragen aan het NHG over invasieve meningokokkenziekte en het MenACWYvaccin.

Wat is invasieve meningokokkenziekte en door welke verwekkers wordt het veroorzaakt?
Meningokokkose, of meningokokkenziekte is een verzamelnaam voor ziekten die worden veroorzaakt door de bacterie *Neisseria meningitidis*, meestal aangeduid als meningokok. Er zijn verschillende typen meningokokken waarvan in Nederland voornamelijk B, C, W en Y voorkomen. De bacterie bevindt zich gewoonlijk in de neusholte van gezonde mensen (dragers) zonder ziekteverschijnselen te veroorzaken. Als deze bacterie in de bloedbaan of in het zenuwstelsel komt, kan het ernstige ziektebeelden geven zoals bloedvergiftiging (sepsis) of hersenvliesontsteking (meningitis). Dit noemen we invasieve meningokokkenziekte.[1]

Hoe kan de huisarts invasieve meningokokkenziekte tijdig herkennen en onderscheiden van andere koortsende ziekten zoals influenza?
De meeste beginsymptomen van invasieve meningokokkenziekte zijn aspecifiek van aard. Hierdoor is vroege herkenning moeilijk. Het meest voorkomende beginsymptoom van invasieve meningokokkenziekte is koorts. Verder worden diverse andere beginsymptomen gezien bij ziekte door meningokokken type W zoals braken, hoofdpijn, misselijkheid, diarree, keelpijn, hoesten, kortademigheid, gewrichtspijn, nekstijfheid, petechiën, buikpijn, pijn bij ademhalen.[2]
Bij de beoordeling en het vervolgen van kinderen met koorts is het van belang om alarmsymptomen, zoals beschreven in de

De MenACWY-vaccinatie wordt in 2019 aangeboden aan 14- tot en met 18-jarigen.

NHG-Standaard Kinderen met koorts na te gaan en de patiënt te instrueren om bij verslechtering/alarmsymptomen opnieuw contact op te nemen.

Is een CRP-test een betrouwbare test om invasieve meningokokkenziekte uit te sluiten in de huisartsenpraktijk?
Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van een CRP-test om invasieve meningokokkenziekte aan te tonen of uit te sluiten in de huisartsenpraktijk en deze test is hiervoor dus niet gevalideerd.

Hoe vaak komt invasieve meningokokkenziekte in Nederland voor?
De kans voor het individu op invasieve meningokokkenziekte in Nederland is heel klein. Sinds oktober 2015 is er een stijging van het aantal patiënten met meningokokkenziekte type W. In 2015, 2016 en 2017 werden er respectievelijk 9, 50 en 80 patiënten met meningokokkenziekte type W gemeld. In 2018 zijn 103 patiënten gemeld, waarvan er 22 zijn overleden.
Het aantal patiënten met meningokokkenziekte type B is de laatste jaren stabiel en ligt op ongeveer 80 patiënten per jaar.[2]
Iedereen kan invasieve meningokokkenziekte krijgen, maar de ziekte komt het meest voor bij jonge kinderen (onder de 5 jaar), adolescenten (tussen de 14 en 20 jaar) en ouderen (de incidentie neemt al toe vanaf 50 jaar).

Wie komen er voor vaccinatie in aanmerking?

Peuters van 14 maanden
In Nederland werden sinds 2002 de kinderen van 14 maanden oud via het Rijksvaccinatieprogramma gevaccineerd tegen meningokokken type C (MenC). Vanwege de stijgende ziektelast door meningokokken type W wordt sinds 1 mei 2018 aan deze peuters van 14 maanden oud een MenACWY-vaccin aangeboden.

Tieners
Daarnaast is in het najaar van 2018 een MenACWY-vaccinatie aangeboden aan tieners die 14 jaar worden tussen 1 mei en 31 december 2018. In 2019 zal deze vaccinatie wederom worden aangeboden aan 14-jarigen (alle tieners geboren in 2005), maar ook aan 15-, 16-, 17-, en 18-jarigen. Het gaat om jongeren die zijn geboren tussen 1 januari 2001 en 1 mei 2004. Meer informatie voor professionals over MenACWY-vaccinatie is te vinden bij het RIVM.[3]

Vaccinatie buiten het RVP
Vaccinatie van kinderen of volwassenen buiten de hierboven genoemde groepen wordt door het RIVM niet actief aangeraden, maar het wordt ook niet afgeraden.[4] Vaccinatie is dus mogelijk, maar is voor eigen rekening. Personen die deze wens hebben, kunnen dat op eigen initiatief laten doen bij bijvoorbeeld de huisarts, een reizigerspoli van de GGD of een vaccinatiecentrum.

Reizigers
Voor bepaalde reizen wordt meningokokkenvaccinatie geadviseerd. Voor een reis naar Mekka is meningokokkenvaccinatie verplicht voor het visum.

Waar is extra informatie te vinden?
Op de websites van het RIVM en rijksvaccinatieprogramma is extra informatie beschikbaar:
1. Informatie voor professionals over het meningokokken ACWY-vaccin: https://lci.rivm.nl/richtlijnen/meningokokken-acwy-vaccinatie.
2. Informatie over meningokokkenziekte en de ziekteverschijnselen: http://www.rivm.nl/Onderwerpen/M/Meningokokken.
3. Informatie over MenACWY vaccinatie bij kinderen: https://rijksvaccinatieprogramma.nl/vaccinaties/menacwy.
4. Informatie over de vaccinatiecampagne van tieners: http://www.deelditnietmetjevrienden.nl/.
5. Informatie voor ouders en kinderen over de meningokokken ACWY vaccinatie: https://www.rivm.nl/Onderwerpen/V/vaccinaties_op_maat/Meningokokken_ACWY_vaccinatie.
6. Informatie voor ouders en kinderen over de meningokokken B vaccinatie: https://www.rivm.nl/Onderwerpen/V/vaccinaties_op_maat/Meningokokken_B_vaccinatie. ■

LITERATUUR

1. RIVM. https://www.rivm.nl/Onderwerpen/M/Meningokokken.
2. RIVM.
3. https://rijksvaccinatieprogramma.nl/professionals/menacwy-vaccinatie
4. https://www.rivm.nl/vaccinaties-op-maat

Loogman MCM. Veelgestelde vragen over meningokokken. Huisarts Wet 2019;62(3):62-3. DOI:10.1007/s12445/019-0042-x.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap: dr. M.C.M. Loogman, wetenschappelijk medewerker, m.loogman@nhg.org.

Belangenverstrengeling: niets gemeld.
Met dank aan Mirjam Knol, epidemioloog bij het RIVM.

De veelgestelde vragen staan op de website van het NHG (rechtsonder op de homepage, onder Service).

Geen antibiotica bij diverticulitis

Davith de Vries, Anita Verhoeven

Een geperforeerde diverticulitis is een van de meest voorkomende oorzaken van een acute buik. Een diverticulitis verloopt meestal goedaardig en zelflimiterend. Er wordt vaak geprobeerd om een perforatie te voorkomen. De lang betwiste antibiotica blijken geen toegevoegde waarde te hebben.

Wereldwijd is het gebruikelijk ongecompliceerde diverticulitis (dat wil zeggen zonder peritonitis of abcesvorming) met antibiotica te behandelen.[1,2] De NHG-Standaard Diverticulitis ontraadt dit echter op basis van één cohortonderzoek uit 2007, dat weliswaar enige effectiviteit van antibiotica laat zien, maar matig van kwaliteit is. Is dat niet een wat al te gewaagde conclusie? Het onderwerp is door het NHG dan ook aangemerkt als een van de kennislacunes.[3] Is er inmiddels betere literatuur voorhanden om een oordeel op te baseren?

In de Cochrane Library zochten de auteurs in september 2018 op 'diverticulitis antibiotics', beperking 'review'. Dit leverde één resultaat op.[4] In PubMed vonden ze geen recentere, gemiste reviews. Hierna zochten ze op nieuwere, niet in de review geïncludeerde RCT's: diverticulitis[tiab] AND antibiotic*-[tiab] AND trial[tiab], filter: na 28/1/2011. Deze zoekopdracht leverde negentien artikelen op, waaronder twee RCT's. De DIABOLO-trial vergeleek als enige conservatieve behandeling direct met antibiotica.[5]

De Cochrane-review includeerde drie RCT's, die zowel antibiotica met conservatieve therapie, als antibioticaregimes onderling vergeleken bij patiënten met ongecompliceerde diverticulitis. De onderzoeken waren van goede kwaliteit, maar te heterogeen voor een statistische meta-analyse. Eén onderzoek vergeleek conservatieve therapie met antibiotica. Dit gerandomiseerde multicenteronderzoek betrof 669 patiënten in Zweedse ziekenhuizen en liet in het optreden van diverticulitiscomplicaties, spoedoperaties en recidieven binnen één jaar geen significante verschillen zien. Acht patiënten ontwikkelden milde negatieve reacties op antibiotica. In de andere onderzoeken kwamen echter ook ernstige complicaties voor (pseudomembraneuze colitis, toxisch megacolon).

Daniels en collega's (DIABOLO-trial) includeerden 531 patienten met een eerste, CT-bewezen, ongecompliceerde diverticulitis op SEH's in verschillende Nederlandse ziekenhuizen. Ze randomiseerden de patiënten centraal en vervolgden ze twaalf maanden. De patiënten kregen een tiendaagse kuur amoxicilline-clavulaanzuur (eerst i.v., na 48 uur zo mogelijk oraal en poliklinisch), of een conservatieve behandeling (indien mogelijk direct poliklinisch). Er was geen significant verschil in de mediane tijd tot volledig herstel (14 dagen in de conservatieve groep versus 12 dagen bij antibiotica, HR = 0,91; p = 0,15), noch in het optreden van gecompliceerde diverticulitis (3,8% versus 2,6%; p = 0,38), sigmoïdresectie (3,8 versus 2,3%; p = 0,32), recidieven of heropnames. Milde of ernstige nadelige effecten kwamen evenveel voor in beide groepen, behalve antibioticagerelateerde effecten. Een vervolgpublicatie laat een vergelijkbaar beeld na 24 maanden zien.[6] Er is alleen een opvallend, trendmatig verschil in sigmoïdresectie (9,0 versus 5,0%; p = 0,09) in de conservatieve groep. Omdat het onderzoek niet was opgezet om verschillen in deze secundaire uitkomstmaat aan te tonen, is er een kleine kans dat een dergelijk verschil toch op een echt verband kan wijzen.

GEEN BEHANDELING MET ANTIBIOTICA

Dit literatuuroverzicht toont aan dat een conservatieve behandeling van ongecompliceerde diverticulitis veilig is en niet onderdoet voor antibiotische behandeling, terwijl met antibioticagebruik samenhangende nadelen (bijwerkingen, resistentie) worden vermeden. Er zijn wel enkele beperkingen. De Cochrane-review kon geen meta-analyse uitvoeren en slechts een van de in deze review geïncludeerde onderzoeken vergeleek antibiotica direct met conservatieve behandeling. Alle onderzoeken vonden in de tweede lijn plaats en betroffen alleen patiënten zonder aanzienlijke comorbiditeit, met een eerste ziekte-episode. Patiënten in de huisartsenpraktijk zijn over het algemeen minder ziek dan SEH-patiënten, maar huisartsen beschikken niet over de diagnostische middelen om complicaties van diverticulitis met eenzelfde zekerheid uit te sluiten. Het blijft daarom van belang in de behandelkeuze patiënt- en contextfactoren te betrekken, actief te vervolgen, vangnetadviezen te geven en te verwijzen bij een verslechterend beloop. Het advies uit de NHG-Standaard om diverticulitispatiënten zonder aanwijzingen voor complicaties thuis zonder antibiotica te behandelen blijft, met een aanmerkelijk betere onderbouwing, van kracht. ■

LITERATUUR

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

De Vries D, Verhoeven AAH. Geen antibiotica bij diverticulitis. Huisarts Wet 2019;62(3):64. DOI:10.1007/s12445-019-0037-7.
Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde UMCG, sectie Huisartsopleiding, Groningen: D. de Vries, huisarts in opleiding; dr. A.A.H. Verhoeven, huisarts, n.p., a.a.h.verhoeven@umcg.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen. Deze CAT won de Jan van Esprijs 2018.

Probiotica tegen diarree bij chemo- of radiotherapie

Mirrian Hilbink

Meer dan de helft van de patiënten die chemo- of radiotherapie krijgt, heeft last van diarree. Aanhoudende en veelvuldig optredende diarree kan leiden tot voedingstekorten en de kwaliteit van leven beïnvloeden. Ernstige diarree kan ervoor zorgen dat de behandeling moet worden aangepast, gestopt of uitgesteld. Probiotica zouden diarree tegengaan, maar de auteurs van een recente Cochrane-review vonden daarvoor slechts zeer gering bewijs, dat bovendien van lage kwaliteit was.

Wei en collega's onderzochten de effecten van probiotica op het voorkómen van diarree en het verminderen van de ernst daarvan bij patiënten met kanker die chemo- of radiotherapie kregen. De auteurs vergeleken de effecten van probiotica met die van een ander levend micro-organisme of een placebo. Zij selecteerden twaalf onderzoeken, waarin 1554 kankerpatiënten chemo- of radiotherapie kregen. Eén onderzoek (205 deelnemers) vergeleek de effectiviteit van probiotica met die van een placebo bij de behandeling van diarree die was veroorzaakt door bestraling. De overige elf onderzoeken betroffen de preventie van diarree, waarvan zeven onderzoeken probiotica vergeleken met een placebo (887 deelnemers), één onderzoek twee doses probiotica met elkaar en met een placebo vergeleek (246 deelnemers), en drie onderzoeken probiotica vergeleken met een ander levend micro-organisme (216 deelnemers).

RESULTATEN

Het onderzoek over de behandeling van diarree na radiotherapie liet geen significant verschil zien tussen probiotica- en placebogebruikers.

De resultaten van de vijf placebogecontroleerde onderzoeken ter preventie van bijwerkingen van bestraling (geïnduceerde diarree met of zonder chemotherapie) lieten geen duidelijke meerwaarde van probiotica zien. Relatieve risico's varieerden van 0,35 (95%-BI 0,26 tot 0,47) tot 1,0 (95%-BI 0,94 tot 1,06). Vanwege heterogeniteit konden de onderzoeksresultaten niet worden gepoold en was het niet mogelijk een gedetailleerder uitspraak over de effectiviteit te doen.

Drie placebogecontroleerde onderzoeken richtten zich op de preventie van diarree veroorzaakt door chemotherapie en vonden een gunstig effect van probiotica. Het gepoolde relatieve risico, gebaseerd op twee onderzoeken, was 0,59 (95%-BI 0,36 tot 0,96).

Drie onderzoeken vergeleken probiotica met een ander middel ter preventie van diarree bij patiënten die radiotherapie kregen (met of zonder chemotherapie). Uit één onderzoek bleek dat ernstige diarree minder vaak voorkwam in de probioticagroep dan in de controlegroep en twee onderzoeken lieten zien dat de behoefte aan rescue-medicatie bij gebruik van probiotica kleiner was dan bij gebruik van een ander levend micro-organisme.

In geen van de geïncludeerde onderzoeken traden ernstige bijwerkingen op.

De kwaliteit van de in totaal elf preventieonderzoeken was laag tot zeer laag. Het onderzoek dat was gericht op de effecten van probiotica bij de behandeling van uitsluitend door radiotherapie veroorzaakte diarree had een matige bewijskracht.

BESPREKING EN CONCLUSIES

Hoewel enkele onderzoeken erop lijken te wijzen dat probiotica diarree tegengaan, mogen we vanwege de lage tot zeer lage kwaliteit van de onderzoeken niet eenduidig concluderen dat probiotica een gunstig effect hebben. Een groot deel van de onderzoeken kende methodologische beperkingen, zoals een lage power en een hoog risico op bias, waardoor harde uitspraken niet gerechtvaardigd zijn. Bovendien is de effectiviteit van probiotica altijd stamspecifiek: er zijn heel veel verschillende soorten of stammen van probiotische micro-organismen en onderzoek richt zich steeds op de werkzaamheid van één bepaalde stam.

De uitkomsten van deze review zijn daarom geen aanleiding voor aanpassing van de richtlijnen, die probiotica niet noemen als optie bij diarree die met chemotherapie of radiotherapie samenhangt. U hoeft probiotica niet af te raden als de patiënt ernaar vraagt, maar op basis van deze Cochrane-review kunt u ze ook (nog) niet aanbevelen. ■

LITERATUUR

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

Hilbink M. Probiotica tegen diarree bij chemo- of radiotherapie. Huisarts Wet 2019;62(3):65. DOI:10.1007/s12445-019-0028-8.
Wetenschapsbureau, Jeroen Bosch Ziekenhuis: dr. M. Hilbink, klinisch epidemioloog, m.hilbink@jbz.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Lees ook de andere artikelen over dit onderwerp:
'Probiotica tegen diarree bij antibiotica' van Gea Holtman en Jojanneke van Summeren. Huisarts Wet 2019;62(3):66. DOI:10.1007/s12445-018-0279-9.

'Persoonsgericht onderzoek naar relatie klachten darmmicrobioom en chronische klachten' van Kathelijne Dik en Anje te Velde. Huisarts Wet 2019;62(3):67. DOI:10.1007/s12445-019-0029-7.

'Gids over probiotica bij antibioticagebruik' van Mirrian Hilbink. Huisarts Wet 2019:62(3):10.

Probiotica tegen diarree bij antibiotica

Gea Holtman, Jojanneke van Summeren

Patiënten die antibiotica gebruiken kunnen last krijgen van diarree. Wanneer zij behalve antibiotica ook probiotica krijgen, kan het risico op diarree met 60% verminderen. Maar omdat het risico laag is, moeten om één geval van diarree bij antibioticagebruik te voorkomen 42 mensen probiotica gebruiken. Dat ontdekten de auteurs van een Cochrane-review, maar de kwaliteit van het bewijs is zeer laag tot matig en er zijn geen onderzoeken uitgevoerd bij patiënten in de eerste lijn.

Artsen schrijven vaak antibiotica voor. Een behandeling met antibiotica kan de darmflora verstoren en daardoor kunnen bacteriën als *Clostridium difficile* de darm koloniseren. Hierdoor kan diarree ontstaan. De klachten kunnen uiteenlopen van asymptomatische kolonisatie tot diarree, colitis, toxisch megacolon en zelfs de dood. Risicofactoren zijn hoge leeftijd, ernstige ziekte en maagzuurremming. Probiotica zouden diarree door *Clostridium difficile* (*Costridium difficile* geassocieerde diarree (CDGD)) kunnen voorkomen door het immuunsysteem te stimuleren en kolonisatie van deze bacterie te verminderen. Als probiotica effectief en veilig zijn, kunnen zij een dure behandeling besparen.

EFFECT VAN PROBIOTICA

De auteurs van deze Cochrane-review keken naar het effect en de veiligheid van probiotica voor de preventie van CDGD. Zij selecteerden 39 RCT's (n = 9955). Alle trials rapporteerden de incidentie van CDGD of detectie van *Clostridium difficile* in de ontlasting bij volwassenen of kinderen.
In 31 onderzoeken (n = 8672) was het risico op CDGD gedaald met 60%. De incidentie van CDGD was 1,5% in de probiotica- en 4% in de controlegroep (RR 0,40; 95%-BI 0,30 tot 0,52; NNT 42). Er werd geen vermindering van *Clostridium difficile* gevonden in de ontlasting (RR 0,86; 95%-BI 0,67 tot 1,10; 15 onderzoeken). Dit suggereert dat probiotica het risico op een symptomatische *Clostridium difficile*-infectie verminderen, maar de kolonisatie niet voorkomen.
De auteurs vonden geen verschil tussen volwassenen en kinderen, intramurale en ambulante patiënten, en verschillende probioticasoorten en -doses. Enige terughoudendheid is hier echter op zijn plaats: de onderzoeken, met verschillende doses, vonden wel een effect, maar er werd geen dosis-effectrelatie gevonden. De auteurs vonden ook een verschil tussen onderzoeken met een laag en hoog risico op CDGD. Trials met een risico lager dan 5% toonden geen significante reductie van CDGD (reductie van 23% tot 47%), terwijl onderzoeken met een risico hoger dan 5% een reductie toonden van 70% (RR 0,30; 95%-BI 0,21 tot 0,42). Omdat de meeste onderzoeken alleen patiënten met een verhoogd risico includeerden, beoordeelden de auteurs de kwaliteit van het bewijs als matig. Alle trials werden uitgevoerd in ziekenhuispopulaties.

Effectieve en veilige probiotica kunnen een dure behandeling besparen. Foto: Shutterstock

Bijwerkingen van probiotica, zoals buikkrampen, misselijkheid, koorts en flatulentie, werden onderzocht in 32 onderzoeken (n = 8305). Vergeleken met placebo of geen probiotica lijkt er minder kans te zijn op bijwerkingen van probiotica (17%) (RR 0,83; 95%-BI 0,71 tot 0,97). Er werden geen ernstige bijwerkingen bij probiotica gevonden (7 onderzoeken). De kwaliteit van het bewijs hiervoor is zeer laag, vanwege missende uitkomsten in onderzoeken, grote heterogeniteit tussen onderzoeken en mogelijk publicatiebias.

PROBIOTICA IN DE PRAKTIJK

De NHG-Standaard Acute diarree beveelt probiotica niet aan bij CDGD, omdat de effectiviteit en veiligheid nog onvoldoende is aangetoond. Uit deze Cochrane-review blijkt dat probiotica bij ziekenhuispatiënten die antibiotica gebruiken leidt tot significante vermindering van CDGD, vooral bij patiënten die daarop een hoog risico hebben. Daarnaast lijken probiotica veilig als patiënten deze naast antibiotica gebruiken, tenzij zij een verzwakt immuunsysteem of ernstige beperkingen hebben. Er is nog geen onderzoek gedaan in de huisartsenpraktijk. Het is de vraag of probiotica effectief is bij patiënten in de huisartsenpraktijk, omdat de kans op CDGD daar laag is. Bij patiënten met een hoge kans op CDGD kunt u probiotica overwegen, bijvoorbeeld bij oudere patiënten in een verzorgingstehuis of baby's die protonpompremmers gebruiken. Maar die ziet u nauwelijks. Bespreek dan de mogelijke voor- en nadelen van probiotica met de patiënt. ■

LITERATUUR

1. Goldenberg JZ, Yap C, Lytvyn L, Lo CK, Beardsley J, Mertz D, et al. Probiotics for the prevention of Clostridium difficile-associated diarrhea in adults and children. Cochrane Database Syst Rev 2017;12:CD006095. DOI: 10.1002/14651858.CD006095.

Holtman GA, Van Summeren JJGT. Probiotica tegen diarree bij antibiotica. Huisarts Wet 2019;62(3):66. DOI:10.1007/s12445-018-0279-9.
UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. G.A. Holtman, klinisch epidemioloog, g.a.holtman@umcg.nl; J.J.G.T. van Summeren, promovendus.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

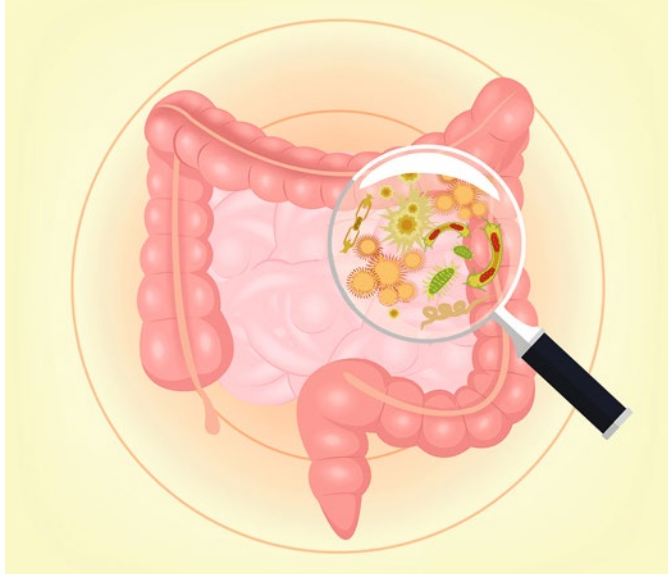
Lopend onderzoek

Persoonsgericht onderzoek naar relatie darmmicrobioom en chronische klachten

Kathelijne Dik, Anje te Velde

Wat voor de ene patiënt wel werkt, werkt voor de andere patiënt niet, dat merken we vaak in de spreekkamer. Dit punt blijft vaak onderbelicht in klassieke RCT's waarbij onderzoekers naar de gemiddelde effecten kijken en niet naar de variatie tussen patiënten. In een nieuw Amsterdams onderzoek gebeurt dat wel. De onderzoekers bekijken de invloed van de individuele darmflora op darmklachten en vermoeidheid bij patiënten met een chronische ziekte.

De combinatie van een chronische ziekte (zoals diabetes, reuma en kanker) met darmklachten en vermoeidheid komt regelmatig voor in de huisartsenpraktijk.[1-4] Daarvoor is nog geen effectieve behandeling, de huisarts kan alleen voorlichting geven. Er is weinig onderzoek gedaan naar een individuele aanpak voor deze patiënten. In 2019 is een project gestart waarin deze patiënten zelf hun belangrijkste uitkomstmaten formuleren, en deze gedurende het onderzoek bijhouden met behulp van een app. De uitkomstmaten zijn persoonlijk en op de patiënt afgestemd, in tegenstelling tot de klassieke onderzoeken waarin voor iedereen dezelfde uitkomstmaten worden gehanteerd.[5,6] Ook de interventie wordt samen met de patiënt op maat gemaakt op grond van de klachten en uitslagen van aanvullend onderzoek, zoals de analyse van het darmmicrobioom.[7] Voor een toenemend aantal chronische ziekten is bekend dat deze een relatie heeft met de samenstelling van de darmflora.[8]
In dit onderzoek kijken 500 patiënten of hun klachten samenhangen met afwijkingen in het darmmicrobioom en of behandeling hiervan met supplementen en probiotica die bij hun eigen darmmicrobioom passen, effect hebben. Patiënten melden zich aan via de website en vullen online een aantal screeningsvragen in, waarna de eigen huisarts nagaat of de patiënt in aanmerking komt voor deelname aan het onderzoek. Deze nieuwe methode van onderzoek is uniek, omdat de individuele behandeldoelen van de patiënt vooropstaan en de individuele uitkomsten worden benut voor onderzoek op groepsniveau.[9,10] De eerste resultaten worden in de loop van 2020 verwacht. ■



De combinatie van een chronische ziekte met darmklachten en vermoeidheid komt vaak voor. Foto: iStock

Lees ook de andere artikelen over dit onderwerp:

'Probiotica tegen diarree bij antibiotica' van Gea Holtman en Jojanneke van Summeren. Huisarts Wet 2019;62(3):66. DOI:10.1007/s12445-018-0279-9.

'Probiotica tegen diarree bij chemo- of radiotherapie' van Mirrian Hilbink. Huisarts Wet 2019;62(3):65. DOI:10.1007/s12445-019-0028-8.

'Gids over probiotica bij antibioticagebruik' van Mirrian Hilbink. Huisarts Wet 2019:62(3):10.

LITERATUUR

1. Wang A, Ling Z, Yang Z, Kiela PR, Wang T, Wang C, et al. Gut microbial dysbiosis may predict diarrhea and fatigue in patients undergoing pelvic cancer radiotherapy: a pilot study. PLoS One 2015;10(5):e0126312.

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

Dik K, Te Velde AA. Persoonsgericht onderzoek naar relatie darmmicrobioom en chronische klachten. Huisarts Wet 2019;62(3):67. DOI:10.1007/s12445-0029-7.
Tytgat Instituut voor Lever en Darm Onderzoek, 'Mijn eigen onderzoek', Amsterdam UMC locatie AMC: K. Dik, huisarts en onderzoeker, k.dik@amc.nl; dr. A.A. te Velde, hoofdonderzoeker. www.mdog.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

TPO DE PRAKTIJK » VAKBLAD VOOR PRAKTIJKONDERSTEUNING

TPO De Praktijk is een gezamenlijke uitgave van het **Nederlands Huisartsen Genootschap** (NHG), de **Vereniging van Verplegenden en Verzorgenden Nederland** (V&VN) afdeling pvk/poh en uitgeverij **Bohn Stafleu Van Loghum**. Het verschijnt zes keer per jaar en richt zich op **Praktijk Ondersteuners Huisartsenzorg** (poh). De focus ligt zowel op vakinhoudelijke kennis als op de positie in de huisartsenpraktijk en daarbuiten. De redactie bestaat uit een kernredactie en een redactie, bestaande uit ervaren poh's/pvk's. Vanuit het NHG zijn we op zoek naar:

Een kernredactielid (M/V)

Als kernredactielid:

- Beschik je over een vlotte pen
- Heb je inzicht in evidence-based medicine
- Kun je auteurs begeleiden
- Beschik je over een relevant netwerk en kun je samenwerken
- Heb je een WO-denkniveau en kun je kritisch denken
- Ben je bekend met huisartsgeneeskunde en de plaats van de poh daarin
- Liefst ben je verbonden aan of gelieerd met het NHG of heb je ervaring met of ben je werkzaam in de huisartsgeneeskunde.

De tijdsbesteding is gemiddeld 6-8 uur per week. Kernredactieleden ontvangen een vergoeding. Zij vergaderen 6 keer per jaar in de kernredactie en daarnaast 3 keer per jaar met de redactie.

Vragen? Mail Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W en contactpersoon vanuit het NHG (**i.smeele@nhg.org**) of Anouk Middelkamp, uitgever bij Bohn Stafleu van Loghum (**anouk.middelkamp@bsl.nl**).
Belangstelling? Mail je sollicitatie met CV en motivatie **uiterlijk 15 april 2019** naar **redactie@nhg.org** onder vermelding van TPO De Praktijk.

Boeiende casus? Stuur 'm in!

H&W
Huisarts en Wetenschap

Komt u weleens een casus tegen waarvan u denkt: het zou wel aardig zijn om deze ervaring te delen met collega's? Waar een leerpunt in zat of een eyeopener? Schrijf de casus dan op en stuur het stuk naar Huisarts en Wetenschap via *redactie@nhg.org*.

Uitgangspunt is een klacht van een patiënt die u beschrijft. Vervolgens beschrijft u wat er gedaan is aan onderzoek en hoe de casus afliep. Daarna volgt het leerpunt of de eyeopener. Wat ging goed? Wat kan beter of anders? Het kan om een zeldzame, maar zeker ook om een veelvoorkomende presentatie of aandoening gaan.

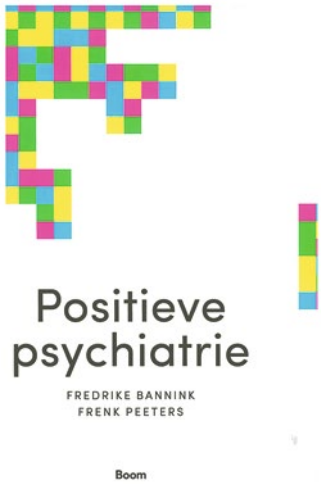
Kijk voor verdere auteursinstructies op ***www.henw.org/casuistiek***. En vergeet niet uw camera bij de hand te houden voor foto's die de casus kunnen illustreren. Denk daarnaast ook aan het gebruik van tabellen of figuren.

Wij zien uw bijdrage graag tegemoet!

Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W

DE MENS CENTRAAL EN NIET DE ZIEKTE

Fredrike Bannink, Frenk Peeters. Positieve psychiatrie. Amsterdam: Boom, 2018. Paperback ISBN 9789024420728 | 188 pagina's | € 23,95. E-book ISBN 9789024420735 | € 13,95.



In *Positieve psychiatrie* staat de mens centraal, en niet de ziekte. De focus ligt dan zowel op de klachten als op de krachten. Aan de hand van verhalen, toepassingen en casuïstiek bespreken de auteurs deze vorm van psychiatrie. Hun aanpak is ook aantrekkelijk voor huisartsen.

Positieve gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. De auteurs stellen voor die definitie breder te formuleren: het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de dynamiek van het leven met pieken en dalen. Met oplossingsgerichte therapie kun je dit uitgangspunt in de praktijk brengen.
De patiënt wordt dan gevraagd naar de gewenste toekomst. Naast erkenning van het nu wordt de nadruk gelegd op de toekomst, sterke kanten, eerdere successen. De patiënt als expert van zijn eigen leven. De patiënt gaat zelf op zoek naar oplossingen en wordt daarin gestimuleerd en begeleid door de hulpverlener. Daarbij staan vier basisvragen centraal: waar hoopt u op, welk verschil zal dat maken, wat werkt, wat zullen de volgende tekenen van vooruitgang zijn/wat zal uw volgende stap zijn?
Hoewel er nog veel onderzoek nodig is, stellen de auteurs op grond van eigen ervaringen dat deze aanpak ook bij psychiatrische aandoeningen werkt. Daarbij presenteren zij diverse vragen om het gesprek een positieve lading te geven: hoe lukt het u te overleven, wat hielp in eerdere soortgelijke situaties, kent u iemand die hetzelfde heeft meegemaakt en wat heeft die persoon geholpen?
Dit boek is voor iedere huisarts zinvol en inspirerend om te lezen. De aanpak past goed bij de huisartsgeneeskunde, namelijk 'zorg op maat' en de patiënt als regiehouder van zijn eigen leven. De uitgebreide casuïstiek en oefeningen verduidelijken de theorie en helpen om er binnen een intervisiegroep en in de praktijk mee aan de slag te gaan. ■

Ron Glotzbach

WAARDERING: ●●●●○

LEVENSEINDEWENS BIJ DEMENTIE

Herman van Hoogdalem (portretten), Constance de Vries. Mag ik gaan. Leven en sterven met dementie. Zwolle: Wbooks, 2018. 64 pagina's. ISBN 978 94 625 8284 2. € 19,95.

De auteurs portretteren de problematiek van de levenseindewens bij dementie bij zeven mensen met dementie. Zij leerden deze mensen kennen met de door hen uitgesproken en neergelegde levenseindewens in hun dementeringsproces. Dit boek biedt daarvan liefdevol geschetste portretten.

Huisarts Constance de Vries en kunstenaar Herman van Hoogdalem laten de worsteling van de patiënten goed zien. Hoe om te gaan met deze opgeëiste verantwoordelijkheid en de loyaliteitsdruk op hun naasten?
In de narratieven van dit boek komen het verleden, de zorgcontext en zingevingsvragen van de patiënten aan de orde. Vaak wordt het gesprek bemoeilijkt door taalproblemen en velen worstelen met de angst dat hun taalonvermogen hen niet meer in staat zal stellen hun doodswens voldoende over te brengen als het in hun ogen zover is: 'Ik ben zo bang te laat te zijn, dat ik nog liever te vroeg afscheid wil nemen...'
Ook komen naasten, partner en/of kinderen aan het woord. Zij brengen respect op voor de euthanasiewens van hun geliefde, vaak al direct na de diagnose geuit en op schrift gesteld, en voelen de verantwoordelijkheid hem of haar daarin te steunen, ook als zij de doodswens zien 'verschuiven' bij het vorderen van de dementie.
Hun uitspraak 'Er is volgens mij geen goed moment, het enige is dat je het slechte moment vóór kunt zijn' is het huidige advies om de autonomie bij deze vaak nare ziekte mogelijk te maken, maar brengt ook worsteling van de patiënt en loyaliteitsdruk van zijn naasten met zich mee. Deze worden door dit boek goed verbeeld, ook in prachtige schetsen van de patiënten. ■

Geert van der Aa

WAARDERING: ●●●●○

Webtip 'Medischescholing.nl'

Annet Sollie, Bart Timmers

De website Medischescholing.nl is opgezet door huisarts Kasper Maltha en basisarts Richard Supheert. Beiden zijn bijzonder geïnteresseerd in onderwijs, zoals te lezen is in het colofon. Eén van de slogans op de website is "13.000 huisartsen, 1500 aanbieders, 1 website".

De bedoeling van de makers is het verzamelen van alle geaccrediteerde nascholingen voor huisartsen in Nederland. Hun wens is om in de nabije toekomst nog meer achtergrondinformatie te plaatsen op de site, maar ook reviews van collega's. Daarnaast moet het ook mogelijk worden om direct in te schrijven op nascholingen.
Op de beginpagina kun je direct zoeken op onderwerp en op postcode, voor scholingen in de buurt. Daaronder staan een aantal blokken met categorieën als Populair, Onze selectie, E-Learning, Gratis en Congressen. Via een uitgebreide zoekfunctie kunnen gebruikers de zoekresultaten filteren op bijvoorbeeld maximale prijs en afstand.
De makers van deze site geven aan dat geen enkele organisatie invloed heeft op de bedrijfsvoering of bijvoorbeeld de volgorde van de zoekresultaten. Aanbieders kunnen wel tegen een vergoeding cursussen extra laten uitlichten (kopje Uitgelicht/Populair).

ONZE ERVARINGEN

Deze website en bijbehorende app dienen een duidelijk doel en hebben daarmee ook potentie voor de Nederlandse huisarts: een duidelijk verzamelpunt van álle geaccrediteerde nascholingen. Cursussen die worden opgenomen op de site moeten geaccrediteerd zijn door het KNMG waarbij een van de voorwaarden is dat het onderwijs onafhankelijk is.
De website oogt compleet en is makkelijker doorzoekbaar. Onze kanttekeningen: hier en daar nog wat kleine foutjes, zoals een verkeerde tijd bij een nascholing en het niet terug kunnen springen naar de zoekresultaten bij het bekijken van een specifieke nascholing. Ook kan de zoekfunctie nog worden geoptimaliseerd; bij het zoeken op dermatologie komt bijvoorbeeld een cursus over huidkanker niet naar boven. Los van deze kleine opmerkingen, denken we dat met deze website en app er zeker een duidelijke doelgroep bediend wordt. Wij vinden dit een interessant en mooi concept en bevelen de site dan ook bij u aan. ■

Naam:	Medischescholing.nl
Maker	Kasper Maltha en Richard Supheert
Doel:	13.000 huisarten, 1500 aanbieders, 1 website
Prijs	Gratis
Oordeel:	●●●●

ANTWOORD UW DIAGNOSE

Het juiste antwoord van Uw Diagnose op pagina 56 is:
1. Erythema exsudativum multiforme.

ANTWOORDEN KENNISTOETS

De antwoorden van de kennistoets op pagina 61 zijn:
1b / 2c / 3a / 4c / 5c / 6b / 7a / 8a.

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), Gijs Baaten, Marian van den Brink, Marianne Dees, Mirrian Hilbink, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Petra van Peet, Nadine Rasenberg en Wim Verstappen.

Redactiebureau
Daisy Dinsbach (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. 088 5065500, 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

Herhaling in het nieuws

Regelmatig worden we geconfronteerd met nieuws over overmatig medicijngebruik. Zijn het niet de antidepressiva, dan wel de NSAID's of benzo's, en onlangs oxycodon. Vaak kijkt men dan naar de huisarts.
Vorige week zag ik in het HIS van een patiënt die voor iets anders kwam, dat hij al jarenlang oxycodon gebruikt. Toen ik hem er op attent maakte, vertelde hij dat hij dit al jaren zonder problemen gebruikte voor een chronisch pijnsyndroom; het was voorgeschreven door de pijnkliniek.
Toen moest ik denken aan de valkuilen bij de routines en afspraken in de praktijk.

Tijdens het spreekuur spreken we met de patiënt af hoe lang die een medicijn gaat gebruiken wanneer we het voorschrijven. Sommige medicijnen gebruik je langere tijd, zoals antidepressiva.
We hebben een protocol voor herhaalreceptuur waarin vermeld staat hoe en welke herhaalrecepten de assistente mag verwerken, waarna de huisarts het recept autoriseert en digitaal naar de apotheek stuurt. In ons HIS staat exact wat de actuele medicatie is, de apotheker waarschuwt ons als er mogelijk interactie is tussen verschillende medicijnen, en de patiënt komt regelmatig langs om het medicijngebruik te bespreken.
Tot zover het ideale plaatje, want als je bij elk van de vorige stappen kritisch kijkt in welke mate het werkt zoals het bedoeld is, kom je wellicht tot verrassende bevindingen. Idee om dit eens in het praktijkoverleg te agenderen? Zo is bij mij het overzicht van actuele medicatie vaak niet kloppend doordat berichten van de apotheek niet zijn verwerkt bij eigen voorschriften of die van de specialist. Ik heb met mijn patiënt een afspraak gemaakt om hiervoor eens rustig te gaan zitten, alle relevante informatie door te nemen en een plan te maken.

Rob Dijkstra

Gepast gebruik geneesmiddelen

Kom donderdag 4 april 2019 naar het ZonMw-congres Goed Gebruik Geneesmiddelen, in de Beurs van Berlage in Amsterdam. Het programma is samen met het NHG opgesteld en het thema is: gepast gebruik van geneesmiddelen. De twee plenaire thema's zijn preventieve geneesmiddelen en opioïden. Gerenommeerde sprekers delen hun ervaringen en visie vanuit hun eigen aandachtsgebied. Deelname aan het congres is kosteloos, mits u zich vooraf inschrijft. Kijk voor alle informatie en voor inschrijven op: Zonmw.nl/geneesmiddelen.

HIS en praktijkorganisatie

Foto: Mickey Graafland

Het NedHIS-congres op woensdag 20 maart 2019 in Hotel Van der Valk in Vianen, 'HIS en praktijkorganisatie: informatie en communicatie in de praktijk', biedt workshops over de workflow van de huisartsenpraktijk. Het NHG en Expertdoc, de maker van HIS-applicatie NHGDoc, zijn deze dag aanwezig en staan u graag te woord op onze gezamenlijke stand. Inschrijven kan via NedHIS-congres.nl.

Vernieuwde vragenlijsten maken feedback krijgen eenvoudiger

‘Doe jij aan reflectie als het niet hoeft?’

Jozé Braspenning vereenvoudigde voor het NHG de vragenlijsten voor visitatie. Met deze vragenlijsten kan de huisarts reflecteren op het individuele functioneren. De huisarts zelf vult een lijst in, maar vraagt ook naar de mening van collega’s en patiënten.

Jozé Braspenning van IQ Healthcare herzag de vragenlijsten voor visitatie Foto: Jitske Jonkman

Het NHG vroeg Jozé Braspenning (IQ healthcare, Radboudumc) om de visitatie-vragenlijsten te herzien. Braspenning: ‘Een groot verschil is dat je nu met de patiënt jouw spreekuurcommunicatie evalueert, niet met je collega’s. Trots ben ik op de sterk vereenvoudigde patiëntenvragenlijst, die samen met patiënten is opgesteld. Ook de vragenlijsten voor de huisarts zelf en voor collega’s zijn aangepast, zodat ze beter aansluiten bij het huidige werk. In consensusbesprekingen, met veel waarnemend huisartsen, zijn de lijsten getoetst.
De meer organisatorische vragen zijn uit de lijsten gehaald, want dat was dubbelop met de praktijkcertificering. Nu gaan de vragenlijsten specifiek over persoonlijk functioneren. Samen met de gespreksleider visitatie bespreekt de huisarts de ambitie voor de komende periode. Vaak gaat het over de balans tussen werk en privé. Het is goed om daarbij stil te staan, maar wie neemt nou nog de tijd voor reflectie als het niet hoeft? Ik vind het mooi als de visitatie dat teweegbrengt.’

‘Nu evalueer je met de patiënt je communicatie’

Linda Tolsma, NHG-beleidsmedewerker en manager in een huisartsenpraktijk, benadrukt het verschil tussen praktijkcertificering en visitatie: ‘Certificering of praktijkaccreditering gaat over hoe je alles georganiseerd hebt, visitatie is de reflectie, de 360 gradenfeedback van de individuele dokter. Ook als je niet meedoet aan praktijkaccreditering of praktijkcertificering, helpt het NHG met kwaliteit van de huisartsenzorg, met een op huisartsen toegesneden pakket ondersteunende materialen.’
Huisarts Stijn van den Broek, programmamanager van NHG-Programma Kwaliteit in praktijk: ‘Huisartsen zijn gemotiveerd om te werken aan kwaliteit van zichzelf en de praktijk. Dagelijkse hectiek maakt het lastig om er ruimte voor te maken. Kijk systematisch, minimaal eens per halfjaar, naar verbeteringen en evalueer die eens per jaar. Zowel praktijkaccreditering als visitatie helpen daar structuur aan te geven.’
Zie mijnvisitatie.nl en NHG.org/kwaliteit.

Stijn van den Broek (NHG), huisarts: ‘Halfjaarlijks kwaliteit bekijken werkt het best’

Linda Tolsma (NHG), praktijkmanager: ‘Individuele reflectie’

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

NPA-Praktijkaccreditering eens per 3 jaar; hoe zit het met HaZo24, DEKRA en anderen?

Nicky Martens Foto: Franco Gori

Nicky Martens, huisarts in Baexem: 'Drie jaar achter elkaar certificering, in onze regio is dat vaak door HaZo24, is ontzettend veel werk. Maar ik zie absoluut de meerwaarde, want je gaat op een andere manier naar je praktijk kijken. Het liep goed bij ons, maar we hadden niks op papier. In de eerste audit moesten alle protocollen in het kwaliteitssysteem eQuse: hoe neem ik telefoon aan, hoe regel ik de voorraadbeheer, wat doe je als de koelkasttemperatuur te laag staat? We zijn gestart omdat mijn collega huisartsopleider werd in Maastricht. Nieuwe stagiairs werkten we mondeling in, nu hebben we een handboek dat de stagiaire kan raadplegen. Praktijkcertificering prikkelt ons om mee te gaan in ontwikkelingen. Zoals de AVG implementeren in de praktijk: als ISDN stopt, hoe gaan we ons telefoonverkeer dan laten lopen? En nadenken over e-health, zoals e-consulten en een persoonlijk patiëntenportaal. Na drie jaar kregen we van de auditor te horen dat we een best practice zijn, een mooie bekroning voor ons hele praktijkteam.'

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

Ledenforum

Ben al twee jaar geaccrediteerd via Meditta na een lange procedure, maar krijg geen punten in GAIA. Erg veel spijt van HaZo24-accreditatie. De NPA had een gemakkelijker programma. Onze praktijkondersteuningsorganisatie Meditta levert lokaal meer ondersteuning, maar heeft de puntentoekenning nog niet rond.

Huisarts in Roermond

Ik heb dit voor de opleiders nagevraagd bij de RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten/red.). Zij zeggen, opleiders zijn sinds 2015 verplicht om hun praktijkvoering te laten toetsen met een door de beroepsgroep erkende methode: certificering. Daarmee toont de opleider aan dat de praktijk state of the art is. De RGS gaat na of de opleider de praktijk heeft laten toetsen door een door de beroepsgroep erkende methode, certificering, maar zij toetsen niet de frequentie.

Huisarts in Grootegast

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

KWALITEIT EN TOETSING (CERTIFICERING)

Het NHG heeft geen invloed op aanbieders van certificering, zoals HaZo24, DEKRA en NPA. Het NHG bepaalt dus niet of deze bedrijven overgaan van 1- op 3-jaarlijkse accreditering. Ook NHG Praktijkaccreditering (NPA) is een zelfstandig bedrijf. Wel heeft NHG, samen met LHV, InEen, Patientenfederatie, Zorgverzekeraars Nederland (en IGJ als toehoorder) zitting in het NPA-college van Deskundigen. Ook Nederlandse en Europese wet- en regelgeving heeft invloed op de certificeringsnormen.

Al heeft het NHG geen directe invloed op de manier waarop aanbieders van certificering toetsen, het NHG schept wel de inhoudelijke kaders voor certificering, zoals met richtlijnen en standaarden. De Raad van Accreditatie toetst certificeerders.

Het NHG biedt huisartsen ondersteuning als ze werken aan kwaliteit en certificering.

- Hier vindt u NHG-informatie als u structureel wilt werken aan kwaliteit, ook als u niet meedoet aan praktijkcertificering: NHG.org/kwaliteit.
- Overzicht van erkende certificeringsorganisaties: NHG.org/overzicht-erkende-certificaten-en-certificerende-organisaties.
- Zie ook het artikel op de vorige pagina.

Huisarts & Wetenschap over kwaliteit van zorg:

- Intraprofessionele consultatie: leerzaam op vele fronten: H&W november 2017, 570-2

INTERVIEW

met Marjolijn Beukers, regionaal initiator interdisciplinaire samenwerking

In deze rubriek portretteren we bijzondere huisartsen die iets bijzonders doen. Marjolijn Beukers initieerde samen met haar collega's ADHD-zorgcoördinatie en trajectbegeleiding voor patiënten met dementie.

'Weten wat de ander biedt'

Marjolijn Beukers is huisarts in IJsselstein, bij Utrecht, in een hoed met een populatie met relatief veel ggz-problematiek. Beukers is tevens kaderhuisarts Beleid en Beheer en ze maakt zich hard voor goede afstemming van zorg in de praktijk, in de wijk, en op gemeentelijk en regionaal niveau.

Wat doe jij aan kwaliteit?

Marjolijn Beukers: 'Goede afstemming speelt een sleutelrol in zorgkwaliteit. Voor patiënten is de zorg een doolhof. Wij hebben de taak om de helpende hand te bieden. Sinds Woudschoten hebben we een belangrijke nieuwe kernwaarde: gezamenlijk. Goede aansluiting, weten wat de ander biedt qua kennis en kunde: het klinkt eenvoudig, maar kost veel tijd en energie in de wijk, de gemeente en de regio. De kunst is lokale goede initiatieven benutten en krachten te bundelen waar het kan. Het is bijvoorbeeld zonde als in buurgemeenten gelijksoortige projecten worden uitgedacht. En voor ziekenhuizen is afstemming makkelijker te realiseren als wij ons goed organiseren. De nieuwe O&I, organisatie en infrastructuur, kan helpen, mits goed gefinancierd. Lokaal zijn we projecten gestart voor ouderen, ggz-jeugd en ggz-volwassen, wat resulteerde in een poh-ggz jeugd gefinancierd door de gemeente die nauw samenwerkt met het jeugdteam. Regionaal kijken we nu via big data naar waar de meeste zorgbehoefte ligt.'

Wat heb je bereikt?

'Heel goed loopt het project over ADHD bij kinderen: wie doet wat? De school stuurt ouders van kinderen met vermoedelijk ADHD naar de huisarts. Wij hebben met betrokken hulpverleners uitleg gegeven op scholen, en een informatieavond georganiseerd voor de inwoners van onze gemeente, zodat leerkrachten en ouders weten wanneer ze wel of niet aan de bel moeten trekken: niet iedereen hoeft per se het stempeltje ADHD te krijgen.

Voor de groeiende groep mensen met dementie is een duidelijk stroomdiagram gemaakt waaraan huisartsen, wijkverpleegkundigen en een specialist ouderengeneeskunde hebben meegewerkt. De ouderenverpleegkundige brengt elke patiënt met geheugenproblemen in IJsselstein in kaart en zorgt voor een casemanager: bij lichte dementie de huisarts, bij zwaardere het mobiel geriatrisch team. Zo signaleer je tijdig als mantelzorgers overbelast raken en er meer hulp nodig is. Pas kreeg ik een compliment van een mantelzorger, dat alles zo soepel gelopen was. Het is fijn als mensen de zorg zo ervaren. Heel positief ben ik ook omdat we als regio meer gaan samenwerken. Op inhoud kunnen huisartsen elkaar snel vinden, maar het wordt spannend als hun autonomie of financiële belang in het gedrang komen. Dat we toch deze stap gaan zetten voor de patiëntenzorg, vind ik mooi.'

'Dat het zo soepel gelopen was'

Krijg je dan alles voor elkaar?

'De transmurale zorgbrug bleek een lastig traject. Voor ouderen die na ontslag een grotere kans op heropname hebben, wilden we regiobreed afspraken maken met de ziekenhuizen over warme overdracht. In IJsselstein zijn er nu wel duidelijke afspraken. De ouderenverpleegkundige belt elke 70-plusser binnen twee dagen na ontslag en checkt of een bezoek nodig is ter verduidelijking van de afspraken. Soms glippen er patiënten tussendoor omdat we geen weet hebben van hun ontslag; dat is jammer. Regionale samenwerking is nog geen gelopen race. We kunnen in onze regio aantonen dat we door ons soort projecten minder verwijzen en goedkoper zijn. We willen dat graag voor elke inwoner in de regio bereikbaar maken. De onderhandelingen met zorgverzekeraars lopen nog.'

Zie NHG.org over ouderenzorg, met praktijkplan en checklist proactieve ouderenzorg, Dossier Persoonsgerichte Zorg, en Kaderopleiding Ouderengeneeskunde.

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; 088-506 55 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.**