H&W

Huisarts en Wetenschap

5
mei 2019
jaargang 62

Over het nut van wilsverklaringen

Stoppen met roken op het werk

Context is (bijna) alles

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Geld toe?

"Als u nu meedoet aan de training en u stopt met roken krijgt u van ons 350 euro." Zie ik mezelf deze zin uitspreken tegen de roker in mijn spreekkamer?
Van den Brand onderzocht deze interventie in bedrijven en laat in deze H&W zien dat dit werkt, met een number needed to treat van zeven deelnemers - die geld kregen voor deelname aan de training - per gestopte roker na een jaar. Interessant dat bedrijven hun verantwoordelijkheid willen nemen op het gebied van preventie. Maar willen we als huisartsen ook deze kant op? In Woudschoten spraken we af dat we preventie belangrijk vinden, maar dat onze corebusiness de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie op individueel niveau is. Primaire preventie vinden wij een taak van de overheid die daarvoor andere 'zorgverleners' kan inschakelen zoals een GGD.
Kijken we naar de feiten over wat werkt bij stoppen met roken dan zijn alleen maatregelen zoals een forse accijnsverhoging echt effectief. Bij een prijsverhoging van 10% daalt de consumptie met 4%. In Australië kost een pakje 17 euro en is het aantal rokers 16%. Ter vergelijking: in Nederland kost een pakje 6 à 7 euro en is het percentage rokers 23%. Bij hogere kosten wordt ook de drempel om sigaretten te kopen hoger, vooral voor risicogroepen, jongeren en rokers met een laag inkomen. Mooi meegenomen is dat dit ook een positief effect heeft op het verkleinen van gezondheidsverschillen.
In Nederland blijft het polderen en zetten we sterk in op stopondersteuning. In het preventieakkoord beloven wij om rokers vaker een stopadvies te geven. En we doen mee aan projecten om rokers beter door te verwijzen voor regionale stopondersteuning. Allemaal sympathiek, maar uiteindelijk druppels op de gloeiende plaat en relatief kostbaar gezien de inzet van middelen en toch al schaars deskundig personeel.
Laten we kleur bekennen en gaan voor een forse accijnsverhoging op tabak, verbod op promotie en een rookvrije leefomgeving. Degenen die dan ondersteuning nodig hebben kunnen zeker bij mij terecht voor advies en doorverwijzing. ■

Ivo Smeele, hoofdredacteur

Laten we kleur bekennen en gaan voor een forse accijnsverhoging op tabak, verbod op promotie en een rookvrije leefomgeving

Wetenschap

14 **Over het nut van wilsverklaringen**
Praten over het levenseinde is een goede zaak. Niet alleen met mensen die een wilsverklaring hebben, maar met iedere patiënt voor wie het onderwerp relevant is.

17 **Welk alternatief is veilig als de pil is uitverkocht?**
Een ander type anticonceptiepil kan, ook bij kortdurend gebruik, veneuze trombo-embolie veroorzaken.

19 **Stoppen met roken op het werk**
Beloningen verhogen het succes van een stoppen-met-roken-training.

25 **Nazorg bij darmkanker en samenwerking met de tweede lijn**
In oncologiebijeenkomsten organiseren huisartsen en specialisten gezamenlijk nazorg bij darmkanker.

28 **Kritische en praktijkgerichte informatie over geneesmiddelen**
Interview met Hein Janssens, hoofdredacteur van het Geneesmiddelenbulletin.

31 **Geen eenduidigheid over CRP bij zieke kinderen in de huisartsenpraktijk**
Het is verstandig terughoudend te zijn met de implementatie van de CRP-sneltest in de praktijk.

37 **Microspirometrie verbetert de diagnostiek bij COPD**
Microspirometrie kan bijdragen aan vermindering van de onderdiagnostiek van COPD.

Praktijk

32 **Uw diagnose**
Onregelmatige plak op behaard hoofd

41 **Ledderhosesyndroom of plantiare fibromatose**
Pijnstilling en orthopedische zolen zijn de eerste stap in de behandeling bij deze aandoening, waarbij het bindweefsel van de fascia plantaris verdikt is.

44 **Kennistoets**
Microspirometrie en COPD

47 **Een kaderhuisarts urogynaecologie in de eerste lijn**
Huisartsen verwijzen patiënten met een gynacologische klacht veel vaker dan nodig naar de tweede lijn. Na de introductie in de huisartsenpraktijk van een spreekuur door een kaderhuisarts gynaecologie zijn er minder verwijzingen.

51 **Cardiologische afwijkingen bij patiënten met lymeborreliose**
De laatste jaren is er hernieuwde aandacht voor de gevolgen van lymeborreliose. Lymecarditis behoort tot de vroege symptomen van lymeborreliose, maar in deze casus lijkt het erop dat het soms ook een langetermijnsymptoom kan zijn.

61 **Ecg-casus**
'Hartkloppingen'

Fotografie omslag: David van Dam/De Beeldunie

Nieuws

6 **Nieuwsberichten**
- Wel of geen snelle cardioversie bij boezemfibrilleren
- Medicatiegerelateerde problemen vaak onbesproken
- Risico's inschatten bij acute pijn op de borst
- Effect online zoekgedrag patiënten op therapietrouw
- Geweld tegen doktersassistenten
- Dieetapps helpen bij diabetes en obesitas
- Multivitaminenpreparaten bevatten te weinig vitamine D
- Antibioticakuren duren vaak te lang
- Online bekkenbodemtherapie bij stressincontinentie

56 **Ingezonden**
Reactie op discussie over HPV-vaccinaties

59 **Nieuw onderzoek naar efficiënte verwijsstrategie voor rokers**

60 **In memoriam Harry Crebolder**

61 **Boek**
Strijd in de medische arena

61 **Ecg-casus**
'Hartkloppingen'

62 **App/webtip**
Hartklepgame

NHG

53 **Context is (bijna) alles**
Persoonsgerichte zorg en het wetenschappelijk onderzoek daarnaar is alleen mogelijk als artsen en onderzoekers rekening houden met de context.

63 **Thuisarts.nl versterkt rol**
Door het succes van Thuisarts heeft het platform de kans om het kennisplatform bij uitstek voor alle zorggebruikers te worden.

64 **The making of**
Tjerk Wiersma aan het woord over de multidisciplinaire richtlijn en de NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement.

65 **'Persoonsgerichte classificatie'**
Interview met huisarts en onderzoeker Simone Postma over hoe huisartsen meer uit hun spreekuur kunnen halen met structurele aandacht voor het functioneren en de context van de patiënt.

www.henw.org

- Postmenopauzale hormoontherapie en Alzheimer
- Multivitaminen voor zwangeren bevatten weinig calcium
- Update effectiviteit noodanticonceptie

Wel of geen snelle cardioversie bij boezemfibrilleren

Daan Backes

Bij patiënten die naar de SEH gaan met sinds kort bestaand boezemfibrilleren is afwachtend beleid even effectief in het herstel van het sinusritme als directe cardioversie. Dat is de conclusie van een belangrijk onderzoek met 437 patiënten dat werd uitgevoerd in 15 Nederlandse ziekenhuizen.

Afwachtend beleid is even effectief in het herstel van het sinusritme als directe cardioversie.

Foto: Shutterstock

De onderzoekers selecteerden patiënten met hemodynamisch, stabiel symptomatisch boezemfibrilleren dat korter dan 36 uur bestond en verdeelden hen qua behandeling over twee groepen: directe cardioversie (215 patiënten) of afwachtend beleid (212 patiënten). Afwachtend beleid bestond uit rate-control tot er een afname van de symptomen en een hartslag < 110/min was bereikt, en uitgestelde cardioversie als boezemfibrilleren na 48 uur nog bestond. In beide groepen werd antistolling rondom de cardioversie gestart bij patiënten met een hoog risico op beroerte, en antistolling voor de lange termijn op basis van de CHA2DS2-VASc-score. De behandeling was succesvol als er vier weken na presentatie op de SEH op het ECG een sinusritme zichtbaar was. Na vier weken had 94% van de patiënten met directe cardioversie en 91% van de patiënten met afwachtend beleid een sinusritme, een statistisch niet-significant verschil (-2,9%; 95%-BI -8,2 tot 2,2). Bij afwachtend beleid ontstond herstel naar sinusritme spontaan binnen 48 uur bij 150 patiënten (69%), en na uitgestelde cardioversie bij 61 patiënten (28%). Bij directe cardioversie ontstond herstel naar sinusritme spontaan voor aanvang van de cardioversie bij 36 patiënten (16%) en na cardioversie bij 171 patiënten (78%). Het onderzoek had onvoldoende power om een uitspraak te kunnen doen over een verschil in cardiovasculaire complicaties tussen de twee groepen (zoals hartfalen, TIA/beroerte, angina pectoris). Tien patiënten met afwachtend beleid en acht patiënten met directe cardioversie kregen binnen vier weken cardiovasculaire complicaties.

Voor conversie van kort bestaand boezemfibrilleren naar sinusritme zijn directe cardioversie en afwachtend beleid tot 48 uur even effectief. De huidige NHG-Standaard Atriumfibrilleren adviseert intercollegiaal overleg met de cardioloog over de mogelijkheid tot cardioversie bij boezemfibrilleren dat korter dan 48 uur bestaat. Dit onderzoek ondersteunt de mogelijke keuze voor uitgestelde cardioversie. Vervolgonderzoeken zullen zich nog wel moeten richten op de veiligheid wat betreft cardiovasculaire complicaties. ■

Pluymaekers NAHA, et al. Early or delayed cardioversion in recent-onset atrial fibrillation. NEJM March 18, 2019. DOI: 10.1056/NEJMoa1900353 (E-pub ahead of print).

Medicatiegerelateerde problemen blijven vaak onbesproken

Daan Backes

Problemen bij medicatie komen veel voor en kunnen leiden tot nodeloze ziekenhuisopnames. Nederlandse onderzoekers bekeken het soort en aantal medicatiegerelateerde problemen. Zij inventariseerden de problemen die tijdens het consult met een arts of apotheker werden benoemd en besproken, werden benoemd maar niet besproken, en geheel niet werden benoemd. Ongeveer een op de twintig medicatiegerelateerde problemen werd niet benoemd tijdens een consult, en ongeveer een op de zes problemen die wel werd benoemd, werd verder niet besproken.

Het onderzoek werd uitgevoerd onder 431 patiënten tijdens hun bezoek aan vier poliklinieken (chirurgisch en niet-chirurgisch), twee huisartsenpraktijken en vijf apotheken in de omgeving van Nijmegen. Een onderzoeker woonde het consult bij en rapporteerde hints over medicatiegerelateerde problemen in het consult. Na het consult werd de patiënt gevraagd een aanvullende vragenlijst in te vullen over zijn medicatiegebruik, de respons was 41%.
In totaal benoemden 182 (42%) patiënten 311 medicatiegerelateerde problemen in het consult. Bij de patiënten die de huisarts bezochten, lag dit percentage lager (30%). In 89% van de consulten waarin een medicatiegerelateerd probleem werd benoemd, werd dit probleem ook besproken. Bij huisartsen lag dit percentage hoger (96%). Bijna 16% van de 311 benoemde medicatiegerelateerde problemen bleef onbesproken, bijvoorbeeld compliantieproblemen, toxiciteit of bijwerkingen. Bij 4% van de consulten besprak de arts of apotheker de medicatiegerelateerde problemen niet, de reden daarvoor was meestal tijdsgebrek (24%) of het gevoel van een overdaad aan informatie (24%).
Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen het relatief goed doen wat betreft het bespreken van medicatiegerelateerde problemen met hun patiënt, maar de onderzoekers benadrukken ook dat er ruimte is voor verbetering. (Huis)artsen moeten zich ervan bewust zijn dat niet iedere patiënt deze problemen uit zichzelf benoemt. ■

Huiskes VJB, et al. Communication about drug-related problems (DRPs) during patients' visits to Dutch physicians and pharmacies. Health Commun 2018 Dec 10:1-8.

Risico's inschatten bij acute pijn op de borst

Wim Verstappen

Huisartsen zien vaak patiënten met acute pijn op de borst. Bij ongeveer 5% is er sprake van een acuut coronair syndroom (ACS) en bij 2 tot 5% daarvan mist de huisarts de diagnose. Huisartsen zijn bang een ACS te missen en daarom erg voorzichtig bij patiënten met acute pijn op de borst. Beslissingsondersteunende systemen, met of zonder aanvullende diagnostische tests zoals troponine-POCT, zijn zeer gewenst maar bieden nog te weinig houvast. Dat blijkt uit een online enquête.

Beslissingsondersteunde systemen bieden nog weinig houvast bij acuut coronair syndroom.

Foto: iStock

In totaal vulden 313 huisartsen een online enquête in over het risico dat zij bereid zijn te nemen bij het vaststellen of uitsluiten van een ACS en over het gebruik van beslissingsondersteunende hulpmiddelen.
De gemiddelde leeftijd van de huisartsen was 50 jaar, 53% was vrouw en 6,4% was kaderarts hart- en vaatziekten of spoedzorg. De helft van de huisartsen schatte in dat ze in minder dan 2,5% van de gevallen de diagnose ACS missen. Van de huisartsen vindt 75% het geen probleem om 50 patiënten met atypische pijn op de borst achteraf ten onterechte te verwijzen om één patiënt met ACS niet te missen. Meer dan 85% van de huisartsen zou klinische beslissingsondersteunende systemen bij het aantonen of uitsluiten van ACS zeker gebruiken als ze meer zekerheid gaven dan hun klinisch oordeel alleen.
In de NHG-Standaard Acuut Coronair Syndroom staat het zo: 'noch voor de eerste, noch voor de tweede lijn bestaat er een goede beslisregel om een acuut myocardinfarct aan te tonen dan wel uit te sluiten'. Hoe vervelend en jammer ook: we moeten het dus doen met anamnese, lichamelijk onderzoek en onzekere, aanvullende diagnostische mogelijkheden (ECG, lab). En we moeten er ook mee leren omgaan dat we allemaal ooit een ACS zullen missen, soms met dramatische afloop. Hoe we dat communiceren met onze patiënten, dat is onze echte uitdaging. ■

Harskamp R, et al. The conundrum of acute chest pain in general practice: a nationwide survey in The Netherlands. BJGP Open 2018;28;2. DOI: 10.3399/bjgpopen18X101619.

Online zoekgedrag van patiënten heeft effect op therapietrouw

Annet Sollie

De overgrote meerderheid van patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) gebruikt internet om informatie op te zoeken over hun medicatie. Zeker in de eerste maanden na het starten van medicatie kan dit leiden tot meer ongerustheid en minder therapietrouw.

Het is bekend dat veel patiënten internet gebruiken als aanvullende bron van informatie wanneer zij medicijnen krijgen voorgeschreven. Een mogelijk nadeel is dat online informatie inaccuraat kan zijn, bias kan bevatten of zelfs fout kan zijn, en dat het voor patiënten moeilijk kan zijn de informatie te interpreteren.
De onderzoekers benaderden 243 patiënten met colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn, uit zes Nederlandse ziekenhuizen, die startten met immunosuppressiva of biologicals. Er deden 107 patiënten mee aan het onderzoek. Naast het beantwoorden van vragen over internetgebruik en de frequentie daarvan, vulden deze patiënten ook gedurende zes maanden op verschillende momenten twee vragenlijsten in: de 'Beliefs About Medicine Questionnaire' (BMQ) en 'Medication Adherence Report Scale' (MARS, scores van 0 tot 20, een lagere score is betere therapietrouw). Een nurse practitioner gaf voor de start van de medicatie extra uitleg over bijvoorbeeld het gebruik en de wijze van innemen.
Van de patiënten gebruikte 83% internet om informatie te zoeken over de medicatie, van wie 36% alleen vóór en 13% alleen na een gesprek met de nurse practitioner, de rest zowel vóór als na dat gesprek. Patiënten die internet na het gesprek gebruikten, waren aanvankelijk minder therapietrouw (F (3,93) = 4,93; p = 0,029), maar dit verschil was niet meer significant na 6 maanden. Patiënten die internet gebruikten om zichzelf voor te bereiden op het gesprek waren significant bezorgder over het medicatiegebruik (MARS = 14,22; SD = 3,91) dan patiënten die dit niet deden (MARS = 12,41; SD = 3,27; p = 0,014), ook nog na 6 maanden.
De beperkingen van het onderzoek zijn de kleine omvang en de specifieke doelgroep met een ernstige aandoening. Het onderzoek laat echter ook zien dat gebruik van internetinformatie over medicatie kan leiden tot ongeruste en aanvankelijk therapieontrouwe patiënten. Blijven praten dus in de spreekkamer! ■

Linn AJ, et al. Patients' online information-seeking behavior throughout treatment. The impact on medication beliefs and medication adherence. Health Commun 2018 Jul 27:1-8.

Gebruik van internetinformatie over medicatie kan leiden tot ongeruste en aanvankelijk therapieontrouwe patiënten. Foto: iStock

Geweld tegen doktersassistenten

Sanne Dijkhuizen

Naar aanleiding van berichten over geweld tegen doktersassistenten heeft de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) een peiling gedaan onder haar leden. Hieruit blijkt dat een meerderheid van hen geweld ervaart tijdens het werk. Drie van de vier doktersassistenten voelt zich in die situatie gesteund door de werkgever.

De NVDA stuurde vragenlijsten naar de 8000 leden en plaatste een bericht op Facebook. Van de 986 respondenten (van wie 82% werkzaam is in de huisartsenpraktijk) had 62% in de afgelopen twee jaar te maken met geweld.
In 65% van de gevallen ging het om schelden en in 17% ging het om slaan, schoppen, spugen, dreigen met een mes of vuurwapen of iets kostbaars vernielen. Doktersassistenten voelden zich hierdoor angstig, boos en van slag; 6% gaf aan fysieke of langdurige klachten te hebben. Slechts 11% van de doktersassistenten gaf aan dat het geweld niets of weinig met hen deed.
De overgrote meerderheid (95%) meldde het geweld bij de werkgever. Eén op de vijf meldde het bij de politie, 11% deed aangifte. Deze werd in 78% van de gevallen direct opgenomen. Wanneer het geweld werd gemeld bij de werkgever, voelde 75% zich gesteund en kreeg 9% advies of hulp bij het doen van aangifte. De overige 16% voelde zich niet gesteund, omdat de werkgever niks deed.
Bruno Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport, beantwoordde op 12 maart 2019 Kamervragen naar aanleiding van dit rapport en benadrukte dat het wetvoorstel waarin staat dat geweld tegen zorgverleners strenger moet worden bestraft, ook geldt voor doktersassistenten.
Het advies aan de huisarts als werkgever is om geweld tegen doktersassistenten als team op te vangen en de doktersassistent te steunen. Eventueel kan de scholing 'veilig werken' van de NVDA Academie helpen bij omgaan met en de-escaleren van geweld. ■

Een meerderheid van de ondervraagde doktersassistenten ervaart geweld tijdens het werk. Foto: iStock

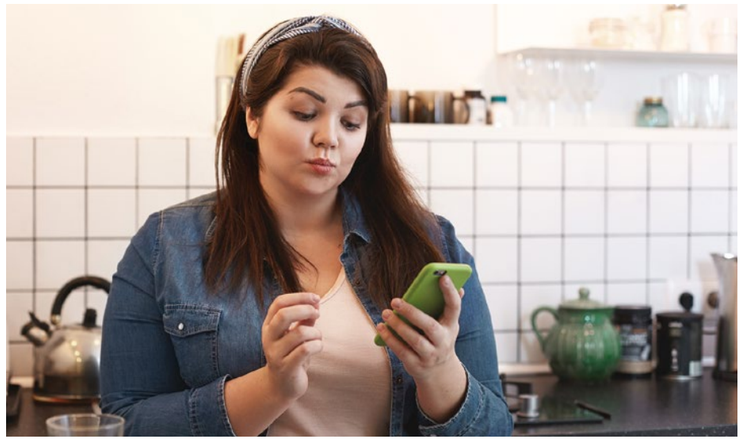
Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten. Geweld op het werk tegen zorgverleners, resultaten ledenpeiling NVDA, 15 februari 2019. Utrecht: NVDA, 2019.

Dieetapps helpen bij diabetes en obesitas

Vincent van Vugt

Uit een systematisch literatuuronderzoek blijkt dat gebruik van dieetapps bij patiënten met diabetes en/of obesitas zorgt voor gewichtsverlies, een smallere tailleomtrek en minder calorie-inname. Deze gezondheidseffecten traden op bij een gemiddelde follow-uptijd van zes maanden. Dieetapps hebben dus potentie op de korte termijn, maar het is nog onduidelijk of de effecten ook blijvend zijn.

De auteurs selecteerden zestien onderzoeken waarin een dieetapp werd vergeleken met een controlebehandeling bij volwassenen met overgewicht en een chronische ziekte. De uitkomstmaten waren: gewichtsverlies (elf onderzoeken), BMI (vijf), tailleomtrek (drie), calorie-inname (drie), groente- en fruitinname (drie) en verandering in HbA1c (drie).
De meeste interventies waren gericht op patiënten met diabetes of obesitas (waarbij obesitas werd beschouwd als een chronische ziekte), en werden gebruikt als 'standalone' interventie (12 onderzoeken). De interventieduur varieerde meestal van 3 tot 9 maanden, de follow-uptijd was gemiddeld 6 maanden.
Vergeleken met chronisch zieke patiënten die geen app gebruikten, vielen patiënten met een dieetapp gemiddeld 2,45 kg meer af (95%-BI -3,33 tot -1,58). Ook de tailleomtrek nam 2,54 cm meer af (95%-BI -3,34 tot -1,74) en de dagelijkse calorie-inname was 150 kilocalorieën lager (95%-BI -216 tot -83). Alhoewel de appgebruikers gemiddeld iets meer groente en fruit aten en een iets lager HbA1c hadden, waren deze verschillen statistisch niet significant.
Het blijft onduidelijk welke apps het effectiefst zijn en een wetenschappelijk kwaliteitskeurmerk voor de apps ontbreekt. Deze review laat wel zien dat dieetapps gezondheidswinst kunnen opleveren bij patiënten met diabetes en/of obesitas. Door de relatief korte follow-uptijd van zes maanden in de meeste onderzoeken blijven de langetermijneffecten vooralsnog echter onduidelijk. ■



Dieetapps kunnen gezondheidswinst opleveren bij patiënten met diabetes en/of obesitas. Foto: Shutterstock

Fakih El Khoury C, et al. The effects of dietary mobile apps on nutritional outcomes in adults with chronic diseases. A systematic review. J Acad Nutr Diet 2019;119(4):626-51.

Te weinig vitamine D in multivitaminepreparaten

Rick van Uum

De Gezondheidsraad beveelt vitamine D-suppletie aan voor alle kinderen jonger dan 4 jaar, en voor kinderen ouder dan 4 jaar met een getinte huid of die onvoldoende buiten komen. Een steekproef onder multivitaminepreparaten bij supermarkten en drogisterijen in het Verenigd Koninkrijk toont aan dat slechts 25 tot 30% van de preparaten voldoende vitamine D bevat om in de dagelijkse behoefte (ADH) te voorzien.

De Britse richtlijnen adviseren, net als de Nederlandse, een dagelijkse inname van 400 IE (10 µg) vitamine D voor kinderen. De onderzoekers bekeken van negen supermarktketens en drogisterijen online alle multivitaminenpreparaten voor kinderen onder de 12 jaar. Zij bekeken 67 preparaten van 24 fabrikanten, en selecteerden de hoogste dosering die op de verpakking stond vermeld. Ter vergelijking bekeken zij ook 24 preparaten die alleen vitamine D bevatten. Verder bekeken zij de preparaten per leeftijdsgroep.
De onderzoekers concludeerden dat in slechts 25 tot 30% van de multivitaminenpreparaten minimaal 400 IE vitamine D zat. In preparaten met alleen vitamine D was dit gehalte aanzienlijk hoger: 57 tot 75%. Een kleine rondgang langs enkele Nederlandse drogisterijen geeft de indruk dat ook in Nederland multivitaminenpreparaten vaak onvoldoende vitamine D bevatten, of dat ten onrechte staat vermeld dat een dosering van 5 µg overeenkomt met 100% van de dagelijkse behoefte. Multivitaminenpreparaten voor kinderen, en zelfs vitamine D-supplementen, bevatten dus vaak onvoldoende vitamine D om in de dagelijkse behoefte te voorzien. Adviseer ouders met vragen hierover om hier op te letten. ■

Moon RJ, et al. Vitamin D supplementation: are multivitamins sufficient? Arch Dis Child 2019;0:1-3.

Antibioticakuren duren vaak te lang

Rick van Uum

De huisarts kan een belangrijke bijdrage leveren aan het terugdringen van onnodig lang antibioticagebruik door de richtlijnen beter te volgen. Foto: iStock

Reduceren van onnodige of overmatige (langdurende) antibioticavoorschriften is een belangrijke pijler in de strijd tegen antibioticaresistentie. Brits observationeel onderzoek laat zien dat vooral bij luchtweg- en urineweginfecties antibioticakuren vaak langer worden voorgeschreven dan aanbevolen in de richtlijnen.

Onderzoekers bekeken de duur van antibioticakuren in een representatieve, elektronische database (THIN) van Britse huisartsen tussen 2013 en 2015. Zij selecteerden ruim 930.000 consulten (20% van alle eerstelijns antibioticavoorschriften). De meest voorkomende indicaties waren acuut hoesten en bronchitis (41,6%), acute keelpijn (25,7%), OMA (8,9%), acute sinusitis (8,2%), cellulitis (5,9%) en cystitis (5,7%).
Antibiotica werden vooral bij respiratoire infecties (inclusief OMA) te lang voorgeschreven (80% van de episodes), met uitzondering van acute sinusitis (9,6%). Bij gastro-enteritis was het percentage 6,3% of 53,3%, afhankelijk van het afkappunt dat de onderzoekers hanteerden: 5 of 7 dagen. Bij de overige indicaties was het percentage te lange kuren beduidend lager dan bij luchtweginfecties, maar nog steeds behoorlijk hoog. Bij pyelonefritis 20%, bij vrouwen met cystitis 55% (bij mannen 4%), bij impetigo 10% en bij cellulitis 14%. Er was geen verschil in de duur van de kuur bij kinderen ten opzichte van volwassenen. De mediane duur van overschrijding van het richtlijnadvies was 2 tot 3 dagen voor de respiratoire indicaties, 4 dagen voor cystitis bij vrouwen en 7 dagen voor cystitis bij mannen en cellulitis. De resultaten bleven vergelijkbaar in sensitiviteitsanalyses waarbij de onderzoekers corrigeerden voor patiënten met relevante comorbiditeiten, gebruik van immuunsuppressiva, of gebruik van corticosteroïden (inhalatie danwel oraal). Zij definieerden gebruiksduur in het onderzoek als de duur zoals voorgeschreven bij uitgifte bij de apotheek. Mogelijk geeft dit een overschatting van het feitelijk gebruik.
Dit onderzoek laat zien dat de huisarts een belangrijke bijdrage kan leveren aan het terugdringen van onnodig lang antibioticagebruik door de richtlijnen beter te volgen. Daarmee wordt het totale antibioticagebruik gereduceerd. ■

Pouwels KB, et al. Duration of antibiotic treatment for common infections in English primary care: cross sectional analysis and comparison with guidelines. BMJ 2019;364:l440.

Online bekkenbodemtherapie bij stressincontinentie

Petra van Peet

Incontinentie komt veel voor, maar vrouwen zoeken daarvoor vaak geen hulp. Online therapie kan misschien uitkomst bieden. Uit interviews met Nederlandse huisartsen blijkt echter dat zij gemengde gevoelens hebben over online bekkenbodemtherapie bij stressincontinentie als 'standalone' behandeling. Zij verwelkomen het aanbod, maar twijfelen of persoonlijke begeleiding daarbij niet beter is en of de behandeling geschikt is voor bijvoorbeeld ouderen en minder gemotiveerde patiënten.

Online bekkenbodemoefentherapie lijkt een welkome aanvulling op het therapeutisch arsenaal van de huisarts. Foto: Shutterstock

Slechts een op de drie vrouwen zoekt professionele hulp voor de behandeling van stressincontinentie. Een interventie via internet zou ook vrouwen kunnen bereiken die een drempel ervaren om professionele hulp te zoeken. Eerder onderzoek in Zweden toonde een positief effect van een online interventie met bekkenbodemoefentherapie voor stressincontinentie zonder persoonlijk contact. Nederlandse onderzoekers wilden weten of deze interventie ook voor ons land geschikt zou kunnen zijn. Zij selecteerden daarom via kaderhuisartsen urogynaecologie dertien huisartsen (negen vrouwen en vijf mannen) met een brede achtergrond voor een semigestructureerd interview.
De huisartsen vonden online bekkenbodemoefentherapie een welkome aanvulling op het therapeutisch arsenaal. Zij zagen vooral voordelen in de flexibele inzetbaarheid bij vrouwen die geen hulp zoeken door tijdgebrek, schaamte of weerstand tegen lichamelijk onderzoek.
Het onbegeleide aspect riep wel vraagtekens op. Veel huisartsen dachten dat meer support nodig zou zijn om motivatieverlies te voorkomen. Ze vonden persoonlijke feedback bij de uitvoering van de oefeningen belangrijk. Bekkenbodemoefentherapie via internet als 'standalone' behandeling leek hen het meest geschikt voor jonge (postpartum) vrouwen en minder geschikt voor patiënten met een beperkte motivatie, een specifieke voorkeur voor een andere behandeling, of bij hoge leeftijd.
Online bekkenbodemoefentherapie lijkt een welkome aanvulling op het therapeutisch arsenaal van de huisarts.
Bekkenbodemspieroefeningen via de huisarts of fysiotherapeut is de aanbevolen eerste keuze van de NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen en een recente Cochrane-review. Totdat bekkenbodemoefentherapie via internet als 'standalone' therapie in Nederland beschikbaar is, kunnen huisartsen in elk geval al gebruikmaken van de informatie en het korte instructiefilmpje op Thuisarts.nl. ■

Firet L, et al. Mixed feelings: general practitioners' attitudes towards eHealth for stress urinary incontinence - a qualitative study. BMC Fam Pract 2019;20(1):21.

Over het nut van wilsverklaringen

Matthijs van Wijmen, Roeline Pasman, Guy Widdershoven, Bregje Onwuteaka-Philipsen

Wilsverklaringen hebben de naam nogal nutteloos te zijn, maar opvattingen over het eigen levenseinde blijken behoorlijk stabiel. Daarentegen kunnen mensen de implicaties van bepaalde behandelingen en situaties aan het eind van het leven niet altijd goed overzien. Het is belangrijk dat dokters tijd maken voor *advance care planning*. Een gesprek over de wilsverklaring kan dan een goede aanleiding zijn.

Wilsverklaringen waren vorig jaar in het nieuws. De NRC vond ze 'in veel gevallen verouderd', volgens Trouw waren ze 'voor een groot deel nutteloos' en Bert Keizer schreef: 'Weg ermee'.[1-3] Ondertussen stellen patiënten wilsverklaringen op en krijgen huisartsen er in de praktijk mee te maken. Hoe kunnen we het beste omgaan met wilsverklaringen? Deze beschouwing zet op een rij wat we weten uit onderzoek en welke aanbevelingen daaruit volgen voor de praktijk.
De aanleiding voor de hierboven aangehaalde berichten was een longitudinaal onderzoek naar wilsverklaringen met betrekking tot het levenseinde, waarin we zes jaar lang een cohort volgden van Nederlanders die een wilsverklaring bezaten [**kader**].[4] De belangrijkste thema's waren: wat is de betekenis van wilsverklaringen, zowel voor de mensen die er een bezitten als voor artsen? Blijven de in wilsverklaringen vastgelegde wensen na verloop van tijd stabiel? Praten mensen over hun wilsverklaring met hun arts of met hun naasten? De resultaten van ons onderzoek vormen de grondslag voor deze beschouwing.

WAT ZIJN WILSVERKLARINGEN?

Wilsverklaringen zijn documenten waarin patiënten hun wensen vastleggen voor het moment dat ze deze zelf niet meer kunnen uiten, bijvoorbeeld omdat ze zich in een comateuze toestand bevinden of in een vergevorderd stadium van dementie. Er zijn verschillende soorten wilsverklaringen. De meest voorkomende zijn het behandelverbod, de volmacht en de euthanasieverklaring. In een behandelverbod legt iemand vast dat hij of zij in bepaalde situaties medische behandeling weigert; een voorbeeld is de niet-reanimerenverklaring. Met een volmacht wijst de ondertekenaar iemand aan die beslissingen neemt in geval hij of zij dit zelf niet meer kan. In een euthanasieverklaring beschrijft iemand situaties waarin hij of zij euthanasie zou willen. Er zijn professionele richtlijnen, zoals die van de KNMG, maar in de wet is weinig vastgelegd over de vereisten waaraan een wilsverklaring moet voldoen om rechtsgeldig te zijn. Datum en handtekening zijn voldoende, de betrokkenheid van een notaris is niet verplicht.
De euthanasieverklaring wordt ook gebruikt om aan te tonen dat een euthanasieverzoek weloverwogen is: de patiënt heeft er al eerder over nagedacht en zijn of haar wensen op papier gezet. Dit is echter niet waar de wilsverklaring oorspronkelijk voor bedoeld is, namelijk iemands wensen over medische zorg kenbaar maken aan zorgverleners op het moment dat de betrokkene dit zelf niet meer kan. Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn zorgverleners verplicht de inhoud van een wilsverklaring zo goed mogelijk te honoreren indien de eigenaar ervan wilsonbekwaam is geworden.[5,6] De euthanasieverklaring is hierop een uitzondering; euthanasie is geen recht en een arts is niet verplicht dit verzoek in te willigen.[7]
Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 7% van de Nederlandse bevolking een wilsverklaring heeft opgesteld en dat dit aantal de afgelopen jaren niet is gestegen.[8-10] Nederlanders denken bij het begrip 'wilsverklaring' vooral aan een euthanasieverklaring,[8] evenals de media.[1-3] Maar in 2015 had 17% van de beslissingen rond het levenseinde in Nederland betrekking op een niet-behandelbeslissing en minder dan 5% op euthanasie.[10]

Een wilsverklaring is geen doel op zichzelf, maar een instrument binnen advance care planning. Foto: iStock

WAT IS DE BETEKENIS VAN WILSVERKLARINGEN?

Wat betekenen wilsverklaringen voor de bezitters? Een belangwekkende bevinding uit ons cohort was dat een voorbeeld van een ziekbed of sterfgeval in de omgeving vaak een belangrijke rol speelde bij de beslissing om een wilsverklaring op te stellen en de wensen die werden vastgelegd. De ervaringen konden zowel slecht als goed zijn. Veel respondenten gaven aan dat ze uitgesproken wensen hoopten te bewerkstelligen of schrikbeelden wilden voorkomen.[11] Tegelijkertijd leken ze de implicaties van specifieke behandelingen rond het levenseinde niet altijd te begrijpen. Zowel NVVE- als NPV-leden [**kader**] maakten bijvoorbeeld een onderscheid tussen reanimatie en kunstmatige beademing, terwijl deze in de praktijk sterk in elkaars verlengde liggen.[12]

HET WILSVERKLARINGENCOHORT

Van 2005 tot 2011 volgden wij een cohort van mensen die een wilsverklaring hadden opgesteld.[4] Dit cohort bestond uit twee groepen: 5661 leden van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) en 1261 leden van de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV). De NVVE maakt zich hard voor zelfbeschikking rond het levenseinde en geeft modellen uit voor euthanasieverklaringen, behandelverboden en volmachten. De NPV is een vereniging van christelijke signatuur en geeft de Levenswensverklaring uit, waarmee iemand kan aangeven geen actief levensbeëindigend handelen te wensen, maar ook geen buitensporig medisch handelen rond het levenseinde. De Levenswensverklaring is tevens een volmacht. Het onderzoek was gedeeltelijk kwantitatief, in de vorm van schriftelijke vragenlijsten, en gedeeltelijk kwalitatief, in de vorm van interviews met respondenten die aangaven aan een ernstige aandoening te lijden.

DE KERN

- Mensen met een wilsverklaring hebben vaak bepaalde schrikbeelden die ze willen voorkomen of wensen die ze willen bewerkstelligen, maar ze overzien niet altijd de implicaties van specifieke behandelingen.
- Algemene opvattingen en wensen rond het levenseinde zijn meestal duidelijk en stabiel, maar het formuleren van specifieke wensen kost meer moeite.
- Het is belangrijk dat zorgverleners en patiënten de wensen rondom het levenseinde bespreken en dit gesprek met enige regelmaat herhalen.
- Euthanasie is een belangrijk onderwerp, maar doorgaan of stoppen met behandelen is minstens zo relevant.
- Een wilsverklaring is geen doel op zichzelf, maar een instrument binnen *advance care planning*.

Het is belangrijk dat mensen over hun wilsverklaring praten met een zorgverlener, en dat deze gesprekken met enige regelmaat herhaald worden

Uit deze bevindingen trokken we de conclusie dat het van belang is dat mensen met een zorgverlener praten over hun wilsverklaring, dan kunnen die dit soort dingen uitleggen en mogelijke zorgen wegnemen.

BLIJVEN WENSEN STABIEL?

Een belangrijk deel van ons cohortonderzoek ging over de stabiliteit van wensen rond het levenseinde, want dat geeft aan hoe bruikbaar wilsverklaringen nog zijn na verloop van tijd. Over het algemeen bleven de wensen zowel bij NVVE- als bij NPV-leden stabiel, ook na *life events* zoals een verandering in de eigen gezondheid of het overlijden van een dierbare. Gedurende de onderzoeksperiode paste de overgrote meerderheid van de NVVE-respondenten (90-94%) zijn of haar wilsverklaring niet aan – bij leden van de NPV hebben we dit niet onderzocht.[13] Hoewel eerdere onderzoeken onze resultaten op dit punt bevestigen, zijn er wel kanttekeningen bij te plaatsen.[14] We hebben de stabiliteit van wensen in wilsverklaringen op verschillende manieren onderzocht. Als we respondenten in algemene zin vroegen of hun wensen met betrekking tot het levenseinde waren veranderd, antwoordde 97-98% dat die nog hetzelfde waren.[13] Vroegen we echter naar specifieke wensen, bijvoor-

beeld aangaande kunstmatige beademing, dan daalde dat percentage tot 67-82%.[15] Dat kan samenhangen met een gebrek aan begrip over wat een specifieke behandeling inhoudt.
Een andere kanttekening komt voort uit de interviews die wij afnamen. Veel mensen met een ernstige aandoening gaven aan

Het is goed om te praten over het levenseinde, niet alleen met mensen die een wilsverklaring hebben, maar met iedere patiënt voor wie het onderwerp relevant is

dat hun algemene opvattingen over het eigen levenseinde niet drastisch waren veranderd, maar sommigen vertelden wel dat hun grenzen waren opgeschoven over wat ze beschouwden als niet meer waard om te leven. Anderen vonden het lastig om in de toekomst te kijken.[11] Terwijl algemene opvattingen en wensen over het levenseinde dus doorgaans stabiel blijven, kost het meer moeite om specifieke wensen te formuleren.
Ook uit deze bevindingen trokken we de conclusie dat het belangrijk is dat mensen met een zorgverlener praten over hun wilsverklaring, en bovendien dat deze gesprekken met enige regelmaat herhaald worden.

PRATEN MENSEN OVER HUN WILSVERKLARING?

Aan het begin van ons onderzoek gaf 21% van de NVVE-leden en 35% van de NPV-leden aan dat zij hun wilsverklaring nog nooit met een arts hadden besproken. Gedurende de zes jaar dat het onderzoek liep, heeft 58% van de NVVE-leden en 72% van de NPV-leden hun eigen wilsverklaring niet ter sprake gebracht bij de huisarts. De percentages waren lager als het ging om de wilsverklaring van hun partner (18-28% had die niet ter sprake gebracht) of kinderen (32-56%).[15]
Het hebben van een wilsverklaring is op zichzelf dus geen garantie dat de bezitter er met enige regelmaat over praat, zeker niet met de huisarts. Dit terwijl de belangrijkste conclusie uit ons cohortonderzoek is dat men juist wél moet praten met een zorgverlener. De laatste jaren heeft het inzicht terrein gewonnen dat het proces van communicatie rondom het levenseinde minstens zo belangrijk is als het vastleggen van de wensen hierover. Dit proces, beter bekend als *advance care planning* (ACP) of 'proactieve zorgplanning', is nog niet zo lang geleden in dit tijdschrift belicht.[16] De positieve effecten van ACP op de communicatie over wensen en kwaliteit van zorg rond het levenseinde zijn bevestigd in twee systematische reviews en twee gerandomiseerde gecontroleerde trials.[17-20] Ook de resultaten van ons cohortonderzoek onderstrepen het belang van ACP.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

De eerder aangehaalde conclusies in de media dat wilsverklaringen vaak verouderd of nutteloos zijn, zijn wat kort door de bocht, maar het is zeker zo dat artsen en patiënten te weinig gesprekken voeren over wilsverklaringen. Die gesprekken zijn belangrijk. Ze helpen de patiënt concrete ideeën en wensen te formuleren die van toepassing zijn op de eigen situatie. Ze geven ook de arts de gelegenheid behandelingen en procedures rond het levenseinde uit te leggen en eventuele zorgen weg te nemen. En ze maken het mogelijk wensen zo nodig bij te stellen naarmate de ziekte vordert.
Euthanasie kan in die gesprekken een belangrijk onderwerp zijn, bijvoorbeeld als het gaat om het verhelderen van de procedure of om de positie van de arts zelf, bijvoorbeeld bij euthanasie in geval van dementie. Maar beslissingen over doorgaan of stoppen met behandelen zijn minstens zo relevant en verdienen evenveel aandacht.
Praten over wilsverklaringen en over het levenseinde – ACP in het algemeen – vraagt tijd, en dat in een toch al drukke praktijk. Toch zijn er belangrijke argumenten om het wel te doen. Een daarvan is de verwachting dat ACP uiteindelijk tijd zal besparen in het palliatieve traject, een ander is dat deze gesprekken de kwaliteit van zorg aanmerkelijk verbeteren.
De positieve onderzoeksresultaten bevestigen dit niet alleen, maar nodigen uit om een stap verder te gaan. Het is goed om te praten over het levenseinde, niet alleen met mensen die een wilsverklaring hebben, maar met iedere patiënt voor wie het onderwerp relevant is. Dat laatste kan lastig te bepalen zijn, evenals de keuze van het moment waarop men zo'n gesprek moet aangaan. Daarvoor zal beleid moeten worden ontwikkeld en nader onderzoek gedaan.
De vraag naar ACP zal door de vergrijzing alleen maar toenemen en een wilsverklaring is in ieder geval een natuurlijke aanleiding om het gesprek daarover aan te gaan. Zo keren we tot slot weer terug naar het begin van deze beschouwing: een wilsverklaring is niet nutteloos, maar ook geen doel op zich. Hij moet gezien worden als een instrument binnen ACP. ■

LITERATUUR

1. Nagtegaal B. 'Wilsverklaring euthanasie in veel gevallen verouderd'. NRC Handelsblad, 22 augustus 2018. www.nrc.nl, geraadpleegd februari 2019.
2. Waterval D. Groot deel van de wilsverklaringen voor euthanasie blijkt nutteloos. Trouw, 22 augustus 2018. www.trouw.nl, geraadpleegd februari 2019.
3. Keizer B. Schriftelijk. Medisch Contact 2018;73(36):13.

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

Van Wijmen MP, Pasman HR, Widdershoven GA, Onwuteaka-Philipsen BD. Over het nut van wilsverklaringen. Huisarts Wet 2019;62(5):14-6. DOI:10.1007/s12445-019-0094-y.

Amsterdam UMC, Amsterdam Public Health institute, afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam: dr. M.P.S van Wijmen, huisarts-onderzoeker (tevens Gezondheidscentrum De Spil, Almere), mvanwijmen@vumc.nl; dr. H.R.W. Pasman, senior onderzoeker; prof. dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen, hoogleraar. Afdeling Metamedica: prof. dr. G.A.M. Widdershoven, hoogleraar.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Welk alternatief is veilig als de pil is uitverkocht?

Esther de Rooij, Deeksha Khialani, Frits Rosendaal, Astrid van Hylckama Vlieg, Dennis Mook-Kanamori

Het meest voorgeschreven type anticonceptiepil, Microgynon® '30', was in het afgelopen najaar niet overal beschikbaar. Minister Bruins adviseerde om zolang het tekort duurde 'even voor een andere pil te kiezen'. Dat was geen goede raad. Een ander type anticonceptiepil kan, ook bij kortdurend gebruik, een gevaarlijke bijwerking hebben: veneuze trombo-embolie.

In het najaar van 2018 bleek dat het meest voorgeschreven type anticonceptiepil, Microgynon® '30', niet meer geleverd werd. Meer dan een miljoen pilgebruiksters moesten op zoek naar een alternatief. Inmiddels is het tekort aangevuld, maar geneesmiddelentekorten komen vaker voor, dus de situatie kan zich herhalen.[1] Dan komt het op de huisarts aan om een veilige oplossing te vinden voor de getroffen pilgebruiksters.

Condooms geven een twee keer zo hoge kans op zwangerschap als de pil. Foto: Shutterstock

JE KUNT NIET EVEN OP EEN ANDERE PIL OVERSTAPPEN

Minister Bruins voor Medische Zorg adviseerde vrouwen om zolang het tekort duurde 'even voor een andere pil te kiezen'.[2] Kunnen huisartsen zomaar meegaan in dat advies? Niet blindelings: een alternatief is immers niet zomaar gevonden.
Bij de keuze van hormonale anticonceptie spelen veel factoren een rol: de voorkeur van de vrouw, de betrouwbaarheid, bijkomende doelen zoals menstruatiecontrole én eventuele bijwerkingen. Hormonale anticonceptiva hebben één beruchte bijwerking: veneuze trombo-embolie (VTE). De incidentie onder vruchtbare vrouwen is laag, maar VTE kan zeer ernstige gevolgen hebben.[3] Daarnaast kunnen uiteraard ook andere bijwerkingen optreden, zoals bij elk nieuw medicijn: doorbraakbloedingen, stemmingswisselingen en gewichtstoename komen vaak voor wanneer men begint met een nieuw type pil.[4]
Het tromboserisico bij pillen van de derde en vierde generatie ligt, bij eenzelfde dosis oestrogeen, anderhalf à tweemaal hoger dan bij pillen van de tweede generatie die levonorgestrel bevatten.[5,6] Hoe hoger de dosis oestrogeen, hoe hoger het tromboserisico, en wel direct vanaf de start.[5] Het is dus verkeerd te denken dat kortdurend gebruik van een anticonceptiepil met hoog tromboserisico als overbrugging geen kwaad kan. Het tromboserisico is juist in de eerste drie maanden het grootst, onder andere doordat de verhouding van stollingsfactoren in het bloed verandert.[7] De overstap naar een ander type anticonceptiepil zou deze verhouding, en daarmee het tromboserisico, mogelijk zelfs verder kunnen beïnvloeden. Onderzoek naar dit effect loopt nog.

DIVERSE ALTERNATIEVEN

Voor vrouwen die hun pilgebruik tijdelijk onderbreken zijn condooms een verantwoord alternatief, al is de betrouwbaarheid hiervan wel afhankelijk van zorgvuldig gebruik. Condooms hebben een pearlindex (de kans op zwangerschap per 100 vrouwen) van 18, versus 9 voor de pil. Daarom zullen sommige vrouwen toch liever een andere methode kiezen.[3,8] Hormoon- en koperspiralen beïnvloeden het tromboserisico niet.[9,10] Van koperspiralen is bekend dat ze tot heviger menstruaties kunnen leiden, wat een nadeel is voor vrouwen die menstruatieklachten hadden voordat ze de pil gebruikten.[11] Bij nulliparae, een aanzienlijk deel van de getroffen pilgebruiksters, kan het plaatsen van een spiraal relatief moeizaam en pijnlijk zijn, maar het aantal infecties of expulsies is niet hoger dan bij andere groepen, in tegenstelling tot wat soms gedacht wordt.[12] Een spiraal is dus een veilig alternatief, maar omdat het een invasieve methode is heeft het, zeker als tijdelijke oplossing, niet de voorkeur.

Het tromboserisico bij derde- en vierdegeneratiepillen is anderhalf à tweemaal groter dan bij tweedegeneratiepillen

Voor het anticonceptiestaafje Implanon NXT® geldt hetzelfde als voor spiralen. Bovendien verhoogt de etonogestrel hierin het tromboserisico 1,4 maal ten opzichte van het basisrisico.[13] Tevreden pilgebruiksters zijn geneigd methoden zoals een pleister, vaginale ring of prikpil niet optimaal te vinden.[14] Daarbij hebben deze hormoonpreparaten, anders dan men misschien zou vermoeden, ook een aanzienlijk tromboserisico, vergelijkbaar met dat van derdegeneratiepillen.[10,13,15]

SHOPPEN ONGEWENST

Veel vrouwen zullen toch een anticonceptiepil willen blijven gebruiken, ook vanwege bijkomende voordelen zoals menstruatiecontrole. In het najaar van 2018 namen sommige pilgebruiksters het heft in eigen hand, ze leenden pilstrips van vriendinnen of kochten die op Marktplaats.[16] Dat is een gevaarlijke oplossing, aangezien huisarts en apotheker dan niet langer weten welke pil de gebruikster precies gebruikt. Het is aan de huisarts spreekuurbezoeksters hiervoor te behoeden en een veilig alternatief te bieden.

Ook kortdurend gebruik van een hoogrisicopil kan consequenties hebben omdat het tromboserisico juist kort na de start het grootst is

In deze situatie is de *desogestrel-only* pil een optie; deze verhoogt het tromboserisico niet.[9] De betrouwbaarheid van de anticonceptie is doorgaans gelijk aan die van de gecombineerde pil, maar de desogestrelpil moet wel op vaste tijden worden ingenomen, zonder stopweek. Al wanneer een vrouw twaalf uur te laat is met inname moeten er aanvullende anticonceptiemaatregelen worden genomen. Bij de gecombineerde anticonceptiepil is dit pas nodig na drie gemiste pillen.[3,15] Wanneer de voorkeur daarom toch bij een gecombineerde anticonceptiepil ligt, is een tweedegeneratiepil met laag oestrogeengehalte het veiligst, bijvoorbeeld Microgynon® '20' of Cilest®.

CONCLUSIE

'Even overstappen' is zo simpel niet. Hopelijk is er, mocht het tekort zich herhalen, dan meer bekend over de risico's van het wisselen tussen anticonceptiepillen. Kortdurend gebruik van een pil met hoog tromboserisico kan in elk geval ernstige consequenties hebben omdat dit risico juist kort na de start het hoogst is. Als de vrouw toch graag een pil blijft gebruiken, lijkt een pil met een vergelijkbaar of lager tromboserisico de veiligste keus. ■

LITERATUUR

1. Geneesmiddelentekorten. Den Haag: KNMP, 2018. www.knmp.nl, geraadpleegd 24 februari 2019.
2. Vleugels A. Tekort aan anticonceptiepil ontstond door pech op pech op pech. NOS op 3, 13 september 2018. https://nos.nl/op3, geraadpleegd 24 februari 2019.
3. Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-76.
4. Brynhildsen J. Combined hormonal contraceptives: prescribing patterns, compliance, and benefits versus risks. Ther Adv Drug Saf 2014;5:201-13.
5. Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. BMJ 2009;339:b2921.
6. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. BMJ 2015;350:h2135.
7. Tans G, Curvers J, Middeldorp S, Thomassen MC, Meijers JC, Prins MH, et al. A randomized cross-over study on the effects of levonorgestrel- and desogestrel-containing oral contraceptives on the anticoagulant pathways. Thromb Haemost 2000;84:15-21.
8. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397-404.
9. Bergendal A, Persson I, Odeberg J, Sundström A, Holmström M, Schulman S, et al. Association of venous thromboembolism with hormonal contraception and thrombophilic genotypes. Obstet Gynecol 2014;124:600.
10. Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Rosendaal R. The risk of deep venous thrombosis associated with injectable depot–medroxyprogesterone acetate contraceptives or a levonorgestrel intrauterine device. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2010;30:2297-300.
11. Diedrich JT, Desai S, Zhao Q, Secura G, Madden T, Peipert JF. Association of short-term bleeding and cramping patterns with long-acting reversible contraceptive method satisfaction. Am J Obstet Gynecol 2015;212:50.e1-8.
12. Foran T, Butcher BE, Kovacs G et al. Safety of insertion of the copper IUD and LNG-IUS in nulliparous women: a systematic review. Eur J Contracept Reprod Health Care 2018;23:379-86.
13. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Løkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. BMJ 2012;344:e2990.
14. Raine TR, Epstein LB, Harper CC, Brown BA, Boyer CB. Attitudes towards the vaginal ring and transdermal patch among adolescents and young women. J Adolesc Health 2009;45:262-7.
15. Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. Baltimore/Geneva: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/World Health Organization, 2018.
16. Van der Geest M. Anticonceptiepil in veel apotheken slecht verkrijgbaar: 'Meer dan 50 jaar vrouwenemancipatie in korte tijd om zeep'. De Volkskrant, 28 november 2018. www.volkskrant.nl, geraadpleegd 24 februari 2019.

De Rooij EN, Khialani D, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Mook-Kanamori DO. Welk alternatief is veilig als de pil is uitverkocht? Huisarts Wet 2019;62(5):17-8. DOI:10.1007/s-12445-019-0092-0.

LUMC, Afdeling Klinische Epidemiologie, Leiden: E.N.M. de Rooij, student wetenschapsstage; D. Khialani, promovendus, d.khialani@lumc.nl; prof.dr. F.R. Rosendaal, hoogleraar Klinische Epidemiologie (tevens Einthoven Laboratory for Experimental Vascular Medicine); dr. A. van Hylckama-Vlieg, docent; dr. D.O. Mook-Kanamori, huisarts-onderzoeker (tevens LUMC, Afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde).

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Stoppen met roken op het werk

Beloningen verhogen het succes van een training

Floor van den Brand, Gera Nagelhout, Bjorn Winkens, Niels Chavannes, Onno van Schayck

Inleiding Doel van dit onderzoek was te onderzoeken of een financiële beloning voor stopsucces de effectiviteit van een trainingsprogramma voor rokende werknemers om te stoppen met roken kan verhogen.

Methode Clustergerandomiseerde, gecontroleerde trial binnen Nederlandse bedrijven. Geïncludeerd werden werknemers van 18 jaar en ouder die tabak rookten. Alle deelnemers ontvingen op de werkplek een groepstraining van zeven sessies à 90 minuten, en deden na afloop van de training en na drie, zes en twaalf maanden een koolmonoxideblaastest ter controle. De deelnemers in de interventiegroep kregen na iedere test een voucher als zij niet rookten; zij konden zo in totaal € 350 verdienen. De primaire uitkomstmaat was biochemisch gevalideerde continue abstinentie na twaalf maanden.

Resultaten Tussen 1 maart 2016 en 1 maart 2017 werden 31 bedrijven (319 rokers) na loting toegewezen aan de interventiegroep en 30 bedrijven (285 rokers) aan de controlegroep. Twaalf maanden na de training waren in de interventiegroep 131 (41%) van de 319 werknemers gestopt en in de controlegroep 75 (26%) van de 284. Dit verschil was significant: gecorrigeerd voor inkomen, opleiding en nicotineafhankelijkheid was de odds ratio 1,93 (95%-betrouwbaarheidsinterval 1,31 tot 2,85; p = 0,0009).

Conclusie Een financiële beloning kan het succes van een stoppen-met-rokentraining aanzienlijk vergroten.

INLEIDING

In 2017 rookte 23% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder nog regelmatig.[1] De prevalentie van roken was echter veel hoger onder mensen met een lage opleiding (29%) dan onder mensen met een hoge opleiding (18%). Dit verschil wordt ook gevonden tussen lagere en hogere inkomens.[1] De prevalentie onder werknemers verschilt per werkomgeving en is binnen bepaalde bedrijven aanzienlijk hoger.[2]

Voor werkgevers is stoppen met roken via het werk financieel gunstig, omdat rokers vaker verzuimen en minder productief zijn

Stoppen met roken via het werk is voordelig voor zowel werkgevers als werknemers. Voor werkgevers is het financieel gunstig omdat werknemers die roken vaker verzuimen en minder productief zijn.[3-5] Voor werknemers is stoppen-met-rokenprogramma op de werkplek laagdrempelig omdat het geen financiële bijdrage vereist, geen extra reistijd kost en zich in een vertrouwde omgeving afspeelt.[6] En een groepstraining met collega's heeft als bijkomende voordelen sociale steun en positieve groepsdruk.[7,8] Eerdere onderzoeken in het buitenland toonden aan dat financiële beloningen, groepstrainingen en interventies op de werkplek effectief zijn om te stoppen met roken.[7,9-11] Ons clustergerandomiseerde onderzoek had daarom tot doel de effectiviteit te onderzoeken van een combinatie van deze componenten. We namen als hypothese dat financiële beloningen samen met een groepstraining voor stoppen met roken op de werkplek het aantal succesvolle stoppers zou verhogen ten opzichte van een groepstraining zonder beloningen.

METHODE

Onderzoeksopzet

Deze clustergerandomiseerde gecontroleerde trial werd tussen maart 2016 en maart 2017 uitgevoerd bij Nederlandse bedrijven die een stoppen-met-rokentraining aanboden aan hun werknemers. Het onderzoek is goedgekeurd door de medisch-ethische commissie en is geregistreerd in het Nederlands Trial Register onder nummer NTR5657. Voor details, zie ons oorspronkelijke artikel.[12]

WAT IS BEKEND?

- Een stoppen-met-rokenprogramma op de werkplek is laagdrempelig omdat het geen financiële bijdrage vereist, geen extra reistijd kost en zich in een vertrouwde omgeving afspeelt.
- Buitenlandse onderzoeken hebben aangetoond dat financiële beloningen en groepstrainingen op de werkplek afzonderlijk effectieve interventies zijn om te stoppen met roken.
- Nog niet eerder onderzocht is de effectiviteit van een financiële beloning in combinatie met een stoppen-met-rokentraining.

WAT IS NIEUW?

- Een financiële beloning in combinatie met een uitgebreide stoppen-met-rokentraining op de werkplek verhoogt het stopsucces van rokende werknemers.
- De beloningen verhoogden de stoppercentages aanzienlijk: na twaalf maanden was het percentage succesvolle stoppers in de interventiegroep (41%) significant hoger dan in de controlegroep (26%).

Deelnemers

Telefonisch en via e-mail benaderden we bedrijven van verschillende grootte en uit verschillende branches. De bedrijven zelf rekruteerden werknemers van 18 jaar en ouder die tabak rookten, de randomisatie vond plaats op bedrijfsniveau. Alle deelnemers tekenden voor informed consent.

De interventie

In elk van de deelnemende bedrijven werd een trainingsprogramma voor stoppen met roken georganiseerd, bestaande uit zeven wekelijkse sessies van elk 90 minuten. De trainingssessies werden gegeven door professionele coaches van het Nederlandse bedrijf SineFuma.

Deelnemers uit de interventiegroep konden vier vouchers verdienen met een totale waarde van € 350 als zij twaalf maanden lang niet rookten. De deelnemers ontvingen de eerste voucher van € 50 aan het einde van de stoppen-met-rokentraining na biochemische validatie van continue abstinentie. Een tweede en derde voucher kon worden verdiend als de deelnemer drie en zes maanden na afloop van het trainingsprogramma nog steeds abstinent bleek. Aan het einde van het onderzoek, twaalf maanden na afloop van de stoppen-met-rokentraining, kregen deelnemers die nog steeds abstinent waren de laatste tegoedbon van € 200.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat was continue abstinentie van roken gedurende twaalf maanden, gevalideerd met een koolmonoxide (CO-)blaastest, zoals beschreven in de russellstandaard.[13] Secundaire uitkomstmaten waren CO-gevalideerde en zelf gerapporteerde abstinentie direct na het beëindigen van het trainingsprogramma, na drie maanden en na zes maanden. Deelnemers van wie op de eindpunten de CO-validatie ontbrak, beschouwden we als rokers.

Analyse

We voerden een intention-to-treat-analyse uit conform de russellstandaard.[13] Het verschil in stopsucces tussen de interventie- en de controlegroep werd geëvalueerd met behulp van een gegeneraliseerde lineaire mixed-effects modelanalyse met een logit-link (binaire uitkomstmaat) en een random intercept op bedrijfsniveau om rekening te houden met de clustering van deelnemers binnen de bedrijven. In de analyse werd gecorrigeerd voor inkomensniveau, onderwijsniveau en nicotineafhankelijkheid (fagerströmscore). Multipele imputatie werd gebruikt voor ontbrekende waarden.

RESULTATEN

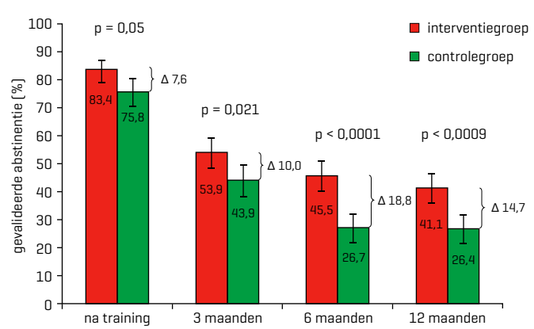
In totaal 61 bedrijven met 604 werknemers namen deel aan het onderzoek. We wezen 31 clusters met 319 werknemers gerandomiseerd toe aan de interventiegroep en 30 clusters met 285 deelnemers aan de controlegroep [**online tabel 1**]. De stoppen-met-rokentraining bestond uit zeven sessies; deelnemers uit de controlegroep woonden gemiddeld 5,5 sessies bij (standaarddeviatie (SD) 1,6), deelnemers uit de interventiegroep 5,8 sessies (SD 1,4).

Effecten op stopsucces

[**Tabel 2**] en de [**figuur**] tonen de resultaten voor onze primaire uitkomstmaat (CO-geverifieerde continue abstinentie na twaalf maanden) en die van de tussentijdse metingen. In de interventiegroep waren 131 (41%) van de 319 deelnemers gestopt en in de controlegroep 75 (26%) van de 284 deelnemers (gecorrigeerde odds ratio (OR) 1,93; 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) 1,31 tot 2,85; p = 0,0009). Direct na het afronden van de stoppen-met-rokentraining waren in de interventiegroep 266 (83%) van de 319 deelnemers gestopt, en in de controlegroep 216 (76%) van de 285 deelnemers. Na drie maanden was het aantal stoppers in de interventiegroep 172 (54%) en in de controlegroep 125 (44%), na zes maanden was het aantal stoppers in de interventiegroep 145 (45%) en in de controlegroep 76 (27%).

Figuur

Geobserveerde percentages van gevalideerde abstinentie in de interventiegroep (training + beloningen) en controlegroep (alleen training)



De p-waarden zijn afkomstig uit de intention-to-treat-analyse na multipele imputatie, gecorrigeerd voor inkomensniveau, opleidingsniveau en Fagerströmscore (maat voor rookverslaving). Δ = verschil in percentage.

BESCHOUWING

Onze resultaten laten zien dat financiële beloningen effectief zijn bij stoppen-met-rokentrainingen op de werkplek. De beloningen verhoogden de stoppercentages aanzienlijk: na twaalf maanden was het percentage succesvolle stoppers in de interventiegroep (41%) significant hoger dan in de controlegroep (26%).

Vergelijking met andere onderzoeken

Het positieve effect van een financiële beloning op stoppen met roken is ook in internationaal onderzoek geconstateerd.[9,11,14] De stoppercentages na twaalf maanden waren in deze onderzoeken echter lager dan in het onze: ongeveer 10% in de interventiegroep versus 4% in de controlegroep.[9,14] De beloningen lagen in deze onderzoeken hoger dan in het onze ($750 respectievelijk $1650 versus € 350), maar de deelnemers kregen niet standaard een stoppen-met-rokentraining.

Dat wij hogere stoppercentages vonden, komt dus waarschijnlijk door de combinatie van een financiële beloning met een uitgebreide stoppen-met-rokentraining. Weliswaar was ons onderzoek niet ontworpen om de effectiviteit van het trainingsprogramma te beoordelen – succes zou dus óók kunnen voortvloeien uit factoren buiten het trainingsprogramma –, maar eerder onderzoek heeft al laten zien dat de kans op stopsucces groter is wanneer men rokers een professioneel groepstrainingsprogramma aanbiedt dat kennis en vaardigheden aanleert en sociale steun biedt.[10,15]

Beperkingen en voorbehouden

Ons onderzoek heeft enkele beperkingen. Ten eerste meldden deelnemers zich vrijwillig aan; ze waren dus waarschijnlijk al gemotiveerd om te stoppen met roken. Een andere beperking was dat onze primaire uitkomstmaat, twaalf maanden gestopt zijn, samenviel met het laatste beloningsmoment. Je kunt op basis van deze resultaten dus niet met zekerheid zeggen dat het stopsucces aanhoudt als er geen beloningen meer worden uitgereikt.[2] Tot slot is de CO-blaastest die we gebruikten wel de voorkeursmethode om recent roken te detecteren, maar er bestaat geen objectieve methode die abstinentie gedurende de volledige twaalf maanden kan verifiëren.[13]

> Je kunt niet met zekerheid zeggen dat het stopsucces aanhoudt als er geen beloningen meer worden uitgereikt

Relevantie

Het Nationaal Preventieakkoord zet de komende jaren sterk in op het stimuleren van stoppen met roken.[16] Twee belangrijke doelstellingen zijn dat de helft van de rokers in 2020 een

Tabel 2

Continue abstinentie op eindpunten

	Interventiegroep	Controlegroep	OR (95%-BI)*	P-waarde	NNT
Aantal deelnemers	319	285			
Abstinentie na afronden programma					
zelfrapportage	267 (84%)	226 (79%)	1,50 (0,81 tot en met 2,75)	0,195	
biochemisch gevalideerd	266 (83%)	216 (76%)	1,77 (1,00 tot en met 3,12)	0,050	13
Abstinentie na 3 maanden					
zelfrapportage	181 (57%)	137 (48%)	1,46 (0,999 tot en met 2,15)	0,051	
biochemisch gevalideerd	172 (54%)	125 (44%)	1,55 (1,07 tot en met 2,24)	0,021	10
Abstinentie na 6 maanden					
zelfrapportage	149 (47%)	95 (33%)	1,78 (1,21 tot en met 2,64)	0,0039	
biochemisch gevalideerd	145 (45%)	76 (27%)	2,39 (1,62 tot en met 3,52)	0,0001	5
Abstinentie na 12 maanden					
zelfrapportage	132 (41%)	80 (28%)	1,81 (1,24 tot en met 2,65)	0,0022	
biochemisch gevalideerd	131 (41%)	75 (26%)†	1,93 (1,31 tot en met 2,85)	0,0009	7

Alle cijfers zijn n (%). Intention-to-treat-analyse na multipele imputatie. NNT = number needed to treat (aantal rokers dat de interventie moet krijgen voor één extra stopper).
* Gecorrigeerde oddsratio voor opleidingsniveau, inkomensniveau en fagerströmscore, met 95%-betrouwbaarheidsinterval.
† Eén deelnemer werd uitgesloten van de analyse vanwege onvermijdbare uitval zoals beschreven in de russellstandaard.

serieuze stoppoging doet en dat 20% daarbij gebruik maakt van effectieve zorg. Verder worden financiële drempels weggenomen zodat stoppen-met-rokenzorg in 2020 voor iedereen toegankelijk is.
Bij dit alles is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts. Twee derde van alle rokers komt nu al jaarlijks bij de huisarts, maar stoppen met roken komt slechts bij een kwart tot een derde ter sprake.[17] In het Preventieakkoord is afgesproken dat huisartsen vaker een stopadvies gaan geven en dat ze rokende patiënten zullen helpen bij het vinden van passende interventies. Ons onderzoek laat zien dat het concept van een gezamenlijke stoppen-met-roken training in combinatie met een beloning effectief is op de werkplek. Dat concept zou ook in de huisartsenpraktijk goed kunnen werken, het zou een goede manier zijn om rokers laagdrempelig en dicht bij huis te helpen. Maar bovendien zou het de gelegenheid bieden een eventueel rokende partner bij de stoppoging te betrekken, vaak een bepalende factor voor stopsucces.
Voor verzekeraars zijn de resultaten van ons onderzoek wellicht aanleiding om niet alleen de stoppen-met-rokenbehandeling zelf te vergoeden, maar ook na te denken over een financiële beloning voor degenen die met succes weten te stoppen. Dat zou de behandeling effectiever maken.

CONCLUSIE

Het toevoegen van een financiële beloning voor wie erin slaagt te stoppen, verhoogt de effectiviteit van trainingen op de werkplek om werknemers te laten stoppen met roken. ■

LITERATUUR

1. CBS. Leefstijl en (preventief) gezondheidsonderzoek; persoonskenmerken. Den Haag: CBS, 2017.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Current cigarette smoking prevalence among working adults: United States, 2004-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011;60:1305-9.
3. Halpern MT, Shikiar R, Rentz AM, Khan ZM. Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. Tob Control 2001;10:233-8.

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

Van den Brand FA, Nagelhout GE, Winkens B, Chavannes NH, Van Schayck OC. Stoppen met roken op het werk. Beloningen verhogen het succes van een training. Huisarts Wet 2019;62(5):19-22. DOI:10.1007/s12445-019-0095-x.

Universiteit Maastricht, CAPHRI, afdeling Huisartsgeneeskunde, Maastricht: F.A. van den Brand, gezondheidswetenschapper, f.vandenbrand@maastrichtuniversity.nl; dr. G.E. Nagelhout, onderzoeker (tevens onderzoekscoördinator bij Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving); prof. dr. O.C.P. van Schayck, hoogleraar Preventieve Geneeskunde. CAPHRI, afdeling Methodologie en Statistiek, Maastricht: dr. B. Winkens, statisticus. LUMC, Afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: prof. dr. N.H. Chavannes, hoogleraar eHealth-toepassingen in diseasemanagement.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven
Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Van den Brand FA, Nagelhout GE, Winkens B, Chavannes NH, Van Schayck OC. Effect of a workplace-based group training programme combined with financial incentives on smoking cessation: a cluster-randomised controlled trial. Lancet Public Health 2018;3(11):e536-44. Publicatie gebeurt met toestemming.

Nazorg bij darmkanker en samenwerking met de tweede lijn

Anne van Leeuwen, Jan Wind, Henk van Weert, Vrony de Wolff, Kristel van Asselt

Inleiding Huisartsen en specialisten in Brielle organiseren nazorg in de eerste lijn voor patiënten die behandeld zijn voor kanker. Maandelijkse oncologiebijeenkomsten maken deel uit van het project. Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen van huisartsen die nazorg leveren aan patiënten met darmkanker.

Methode Een kwalitatief interviewonderzoek met huisartsen.

Resultaten De bijeenkomsten met huisartsen en medisch specialisten vervullen een belangrijke rol in de communicatie en scholing. Doordat huisartsen beter op de hoogte zijn van het traject van diagnostiek tot overdracht, ervaren zij dat hun band met de patiënt verbetert. Laagdrempelig contact met de specialist maakt terugverwijzen makkelijker. De huisartsen zien de nazorg bij de kankerpatiënt als een gedeelde verantwoordelijkheid. Preventieve zorg, zoals veranderen van leefstijl bij darmkankerpatiënten, is geen gemeengoed.

Conclusie Huisartsen en specialisten zijn in staat om nazorg bij darmkanker te organiseren met behulp van gezamenlijke oncologiebijeenkomsten.

INLEIDING

De nazorg voor darmkankerpatiënten bestaat uit nacontroles en opsporing van recidieven of metastasen, en er is aandacht voor de langetermijneffecten van de behandeling en de lichamelijke, functionele en psychosociale gevolgen van de ziekte.[1,2] De incidentie van darmkanker neemt toe door de veroudering van de bevolking en daarmee zal de behoefte aan nazorg ook stijgen. Deze nazorg vindt meestal plaats in het ziekenhuis, maar ook de eerste lijn zou deze kunnen uitvoeren.
In Nederland blijkt de bereidheid om de nazorg en controle door de eerste lijn te laten uitvoeren niet groot. In een eerder onderzoek reageerden huisartsen gereserveerd wanneer hen werd gevraagd naar dergelijke ontwikkelingen. Veel huisartsen zien nazorg door de huisarts niet zitten – slechts een derde van de huisartsen staat er positief tegenover.[3] Eerstelijnsnazorg bij kankerpatiënten heeft ook internationale interesse.[4-6] Verschillende reviews beschrijven de problemen die huisartsen verwachten wanneer de eerste lijn verantwoordelijk wordt voor deze zorg. Ze denken dan aan het gebrek aan deskundigheid, de tijdsdruk en werklast, de slechte financiering, het gebrek aan protocollen en de medische risico's.[7-9] Daarnaast vinden huisartsen ook dat er onduidelijkheid bestaat over de rol die ze zouden moeten spelen en over het overdrachtsmoment na de ziekenhuisbehandeling.
Dat huisartsen en oncologen niet altijd de gebaande wegen bewandelen bewijst een groep huisartsen en specialisten uit Brielle. In 2012 startte daar een innovatief project waarbij huisartsen de verantwoordelijkheid kregen voor de volledige nazorg [**kader**]. Ter ondersteuning organiseren zij maandelijkse bijeenkomsten met de betrokken medisch specialisten. In dit onderzoek beschrijven we de ervaringen van deze huisartsen.

PILOT NAZORG BIJ KANKER

De pilot van het oncologieproject vond plaats in Medisch Centrum Brielle, waar de Huisartsengroep Brielle en specialisten van het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland samenwerken. De specialisten verwijzen patiënten met mamma-en colorectaalcarcinoom na afronding van de curatieve behandeling voor nazorg terug naar de huisartsen. De deelnemende huisartsen werken in het centrum of in huisartsenpraktijken in de directe omgeving. Ze krijgen een nacontroleschema, dat is gebaseerd op landelijke richtlijnen. De patiënten ontvangen het nacontroleschema bij het laatste bezoek aan de polikliniek. Het hele project is ingericht door de huisartsen en medisch specialisten. Maandelijks vinden er in het medisch centrum oncologiebijeenkomsten plaats. Dan bespreken specialisten en huisartsen de patiënten, en komen de diagnostische, behandel-

Huisartsen en specialisten kunnen samen nazorg bij darmkanker organiseren. Foto: iStock

en de palliatieve fase aan de orde. Hierdoor zijn de betrokken artsen veel beter op de hoogte van de actuele situatie en de cruciale momenten in de verschillende fasen.
De pilot heeft in Brielle geleid tot structurele nazorg in de eerste lijn. Zorgverzekeraar CZ, die deze pilot (mede) heeft bekostigd, heeft inmiddels voor de betrokken huisartsengroep een apart tarief ingesteld voor de nacontroles.

METHODE

Via interviews hebben we de ervaringen van huisartsen aan een kwalitatief onderzoek onderworpen. Bij dit project waren vijftien huisartsen betrokken, van wie we er tien hebben geïnterviewd. De vragen van de interviews betroffen de bronnen van informatie en scholing, het oordeel over de oncologiebijeenkomsten, de ervaringen met het nacontroleprotocol en de logistiek in de huisartspraktijk, en mogelijke verbeterpunten. De interviews duurden 15 tot 45 minuten, en werden opgenomen en letterlijk getranscribeerd. Vervolgens hebben we een thematische gegevensanalyse op de transcripties uitgevoerd.

RESULTATEN

De kenmerken van de deelnemende huisartsen staan in de [**online tabel**].[10] De huisartsen noemen het individuele zorgplan en de oncologiebijeenkomsten als de belangrijkste vereisten voor het bieden van nazorg. Deze opzet creëert een gedeelde verantwoordelijkheid.
De meeste huisartsen vinden dat de relatie met de patiënt verbetert door het afleggen van visites op de belangrijke momenten tijdens de diagnostische en behandelfase, waarvan ze goed op de hoogte worden gehouden dankzij de maandelijkse bijeenkomsten. Huisartsen zijn van mening dat ze in staat zijn goede nazorg te bieden doordat ze al een goede relatie met de patiënt hebben. Tijdens de bijeenkomsten delen de huisartsen en specialisten kennis die relevant is voor de behandeling en begeleiding.

'Vóór de start van dit project verdween een patiënt in de tweede lijn en zou hij terugkeren als hij genezen of ongeneeslijk was. Nu volg ik het volledige proces, waardoor ik een heel andere band met de patiënt kan ontwikkelen.'

De huisartsen stellen het op prijs dat collega-huisartsen of medisch specialisten kunnen meedenken over behandelkeuzen en interacties van de kankerbehandeling met medicatie voor comorbide aandoeningen. De mogelijkheid om ex-kankerpatiënten preventieve zorg aan te bieden, zoals leefstijladviezen, benutten ze niet.

'Ik denk dat stoppen met roken niet past bij darmkankerpatiënten. Dat bieden we aan COPD-patiënten aan, niet aan kankerpatiënten.'

Omdat de nacontroles geprotocolleerd zijn, vinden de meeste huisartsen niet dat ze de benodigde deskundigheid missen. Daarnaast kent de huisarts de veelvoorkomende problemen (diarree, vermoeidheid, angst voor terugkeer van de kanker). De specialisten verwijzen patiënten in een stabiele fase naar hun huisarts. De huisartsen stellen dat de mogelijkheden voor snel terugverwijzen en laagdrempelig overleg met specialisten belangrijke randvoorwaarden zijn.

'Het voordeel van de specialist is dat hij beter geïnformeerd is, qua kennis. Huisartsen raken echter betrokken in een rustiger fase van de ziekte. We doen hetzelfde als een specialist die de patiënt heeft uitbesteed aan zijn verpleegkundig specialist. Ik heb het idee dat een huisarts hetzelfde werk even goed kan doen. Zoals het lichamelijk onderzoek – ik denk dat we evenveel ervaring hebben met het onderzoeken van de buik als een chirurg.'

Sommige huisartsen stellen dat patiënten het nog niet gewend zijn om kankercontroles met de huisarts te bespreken. Zij menen dat de grootste angst bij patiënten die voor terugkeer van de kanker is en niet zozeer de onzekerheid doordat ze alleen de huisarts zien.

'Nee, niet onzeker omdat ze bij de huisarts worden gecontroleerd, maar vooral omdat ze kanker hebben gehad en bang zijn voor een recidief. Dat is een groot deel van het consult.'

Een nadeel blijkt het gebrek aan structurele vergoeding voor het verlenen van deze zorg. De organisatie van de oncologiebijeenkomsten ligt bij de huisartsenpraktijk zelf en valt niet onder een speciaal consulttarief. Een aantal huisartsen vindt het bezwaarlijk dat speciale vergoedingen ontbreken.

'Ik denk dat de huisarts een structurele vergoeding voor dit werk moet krijgen. We voeren tenslotte ziekenhuiswerk uit, wat geld bespaart. Dus het zou raar zijn als we daar geen compensatie voor krijgen.'

Vier van de tien huisartsen vinden dat je deze vorm van nazorg alleen kunt doen als je gemotiveerd bent en een specifieke interesse in oncologie hebt, en achten deze zorg dan ook optioneel.

'Een huisarts kan niet worden gedwongen om deel te nemen aan oncologische zorg. Net als het uitvoeren van chirurgische ingrepen in de praktijk. Bovenal moet je dit alleen doen als je daar zin in hebt.'

BESCHOUWING

Het Brielle-project voldoet aan de voorwaarden die volgens eerder onderzoek belangrijk zijn: de huisartsen hebben een langdurige relatie met hun patiënten, er is een specifiek protocol en het moment van overdracht naar de eerstelijnszorg is duidelijk. Huisartsen vinden unaniem dat de maandelijkse oncologiebijeenkomsten essentieel zijn. De bijeenkomsten vergemakkelijken de communicatie met specialisten en bieden een platform voor continue scholing. Deelname aan dit project resulteert volgens de huisartsen in een betere relatie met de patiënt, mede omdat ze beter in staat zijn om tijdens de diagnostische en behandelfase op cruciale momenten contact te zoeken met de patiënt. Hoewel de huisarts hoofdbehandelaar is tijdens nazorgfase, voelt het als een gedeelde verantwoordelijkheid.
Een recent onderzoek laat zien dat ex-kankerpatiënten zaken als voeding en fitheid liever met hun huisarts bespreken.[10] De risicofactoren voor darmkanker komen gedeeltelijk overeen met die voor hart- en vaatziekten, maar dat is nog niet algemeen erkend,[11] en de deelnemende huisartsen geven geen preventieve adviezen, maar continueren preventieve zorg in het kader van reeds gestarte ketenprogramma's voor cardiovasculaire, long- of diabetische zorg. Meer nadruk op preventieve maatregelen tijdens de nazorgfase van kanker kan gezondheidsbevordering in de eerste lijn verbeteren.
In het Brielle-project was het relatief eenvoudig om een zorgplan op te stellen en oncologiebijeenkomsten te organiseren. Periodieke bijeenkomsten waren lastiger te organiseren wanneer een huisartsenpraktijk met meerdere ziekenhuizen samenwerkte. Toch vormt dit project een aanvulling op bestaande initiatieven, waarbij duidelijk mag zijn dat geen enkel model in alle mogelijke contexten geschikt is.[12]
Geen van de geïnterviewde huisartsen aarzelde om deel te nemen aan de nazorg of gaf aan twijfels te hebben over hun eigen capaciteiten. Omdat zij oprichters en voorstanders van dit project zijn, is het voorstelbaar dat zij een positief beeld willen geven. Ze noemen wel enkele nadelen.

CONCLUSIE

Huisartsen en specialisten zijn in staat om met behulp van gezamenlijke oncologiebijeenkomsten nazorg bij darmkanker te organiseren. ■

WAT IS BEKEND?

- De nazorg bij darmkanker is voor een belangrijk deel geprotocolleerde zorg, die internationaal steeds vaker overgedragen wordt aan de eerste lijn.
- Er is behoefte aan best practices voor deze zorg.
- Ook in Nederland zijn er initiatieven om de nazorg door de huisarts te laten uitvoeren.

WAT IS NIEUW?

- In Brielle is de nazorg georganiseerd door huisartsen en specialisten. Er zijn maandelijkse oncologiebijeenkomsten om de kwaliteit van zorg en scholing van de huisartsen te borgen.
- De huisartsen zijn tevreden over de verbetering van de relatie met de patiënt door deze zorgconstructie.
- Maandelijkse bijeenkomsten motiveren de huisartsen om de zorg op lange termijn te blijven bieden.
- Huisartsen bieden darmkankerpatiënten niet actief leefstijlinterventies aan.

LITERATUUR

1. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Den Haag: KWF Kankerbestrijding; 2011.
2. Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Publicatienr. 2007/10. Den Haag: Gezondheidsraad; 2007.
3. Wind J, Duineveld LA, Van der Heijden RP, Van Asselt KM, Belmelman WA, Van Weert HC. Follow-up after colon cancer treatment in the Netherlands; a survey of patients, GPs, and colorectal surgeons. Eur J Surg Oncol 2013;39:837-43.

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

Van Leeuwen A, Wind J, Van Weert H, De Wolff VAG, Van Asselt, KM. Nazorg bij darmkanker en samenwerking met de tweede lijn. Huisarts Wet 2019;62(5):25-7. DOI:10.1007/s12445-019-0081-3.

Amsterdam UMC, locatie AMC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: A. van Leeuwen, co-assistent; J. Wind, huisarts en onderzoeker; H. van Weert, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde; K. van Asselt, huisarts en onderzoeker, k.m.vanasselt@amc.uva.nl. Huisartsengroep Brielle, Brielle: V.A.G de Wolff, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Van Leeuwen A, Wind J, Van Weert H, De Wolff V, Van Asselt K. Experiences of general practitioners participating in oncology meetings with specialists to support GP-led survivorship care; an interview study from the Netherlands. Eur J Gen Pract 2018;24:171-6.

Foto: Margot Scheerder

WIE IS HEIN JANSSENS?
Hein Janssens is apotheekhoudend huisarts in Lobith-Tolkamer en sinds 1 maart 2018 de nieuwe hoofdredacteur van het Geneesmiddelenbulletin (Ge-Bu). In 2010 promoveerde hij op een proefschrift over de diagnose, aanvalsbehandeling en cardiovasculaire prognose van jichtpatiënten in de eerste lijn.

Kritische en praktijkgerichte informatie over geneesmiddelen

Daniël Dresden

Sinds zijn studietijd is dr. Hein Janssens kritisch over geneesmiddelen en de rol van de farmaceutische industrie. Naast apotheekhoudend huisarts is hij sinds maart vorig jaar hoofdredacteur van Ge-Bu, voorheen Geneesmiddelenbulletin genaamd. Geïllustreerd met enkele voorbeelden die relevant zijn voor de praktijk, toont Janssens waarom Ge-Bu, ook in de huidige digitale vorm, nog steeds relevant is voor (huis)artsen. "Ge-Bu propageert rationeel voorschrijven van geneesmiddelen, met de focus op de dagelijkse praktijk."

Naar aanleiding van een *Lancet*-publicatie, die onderdeel uitmaakte van zijn promotieonderzoek naar jicht, werd Janssens tien jaar geleden gevraagd om hierover in Ge-Bu een overzichtsartikel te schrijven.[1] Een paar maanden later werd hij gevraagd lid te worden van de redactiecommissie.
De keuze voor Ge-Bu is voor Janssens een logische stap in zijn carrière. Met meer dan dertig jaar ervaring als apotheekhoudende huisarts en meer dan vijftien jaar onderzoek is hij al vanaf zijn studietijd maatschappelijk betrokken en zeer kritisch over de farmaceutische industrie.

Significant, maar niet relevant
Terwijl Janssens' eigen artikel in *The Lancet* over prednison bij jicht geen enkele band had met de farmaceutische industrie, ziet hij in veel publicaties in dit soort toptijdschriften wel duidelijke commerciële belangenverstrengeling.
Als voorbeeld, terug te vinden in het eerste Ge-Bu-nummer van dit jaar over de klinische relevantie van onderzoeksuitkomsten, noemt Janssens een tweetal trials naar nieuwe combinatiepreparaten voor COPD, die eveneens in *The Lancet* verschenen. Daarin werden minimale voordelen gevonden, die weliswaar statistisch significant, maar als niet klinisch relevant beoordeeld worden. "Het gaat om de wijze waarop onderzoeksuitkomsten worden gepresenteerd, vaak mooier dan ze in werkelijkheid zijn", laat hij weten. "Een gevonden afname van 0,1 exacerbatie per jaar is nauwelijks klinisch relevant voor patiënten. Dan moet je namelijk tien patiënten een jaar lang behandelen om bij één persoon een exacerbatie te voorkomen. Die zaken zoeken we bij het Ge-Bu tot op het bot uit."

Invloed van big pharma
De enorme invloed van de farmaceutische industrie staat voor Janssens niet ter discussie. "Het Ge-Bu zal daar altijd kien op blijven", benadrukt hij. "Maar als ik hoor dat er jaarlijks duizenden doden in Nederland zijn door geneesmiddelengebruik, dan denk ik: ik zit meer dan dertig jaar in het vak en heb de zorg voor ongeveer tweeduizend patiënten. Met 60.000 patientjaren had ik heel wat gevallen moeten zien. Ik misken het niet, maar probeer vanuit mijn praktische positie als huisarts bij het Ge-Bu hier ook wat mee te doen."

> "We proberen aan artsen en apothekers te laten zien dat je niet in opgeklopte onderzoeksresultaten moet trappen"

Dokters en apothekers moeten goed nadenken en rationeel met genees- en medische hulpmiddelen bezig zijn, vindt Janssens. "Dat doe je niet door steeds te roepen dat we door de industrie gepakt worden, maar wel door artsen en apothekers te laten zien dat je niet in opgeklopte onderzoeksresultaten moet trappen."

Reuring in vaccinatiediscussie
Niet alleen artsen en apothekers, maar ook richtlijnontwikkelaars en beleidsmakers lijken zich soms onvoldoende bewust van een (te) rooskleurig beeld van onderzoeksuitkomsten, zo benadrukt Janssens. "Alsof het voor beleid voldoende is als onderzoeken gepubliceerd zijn in gerenommeerde medische bladen, zoals *The Lancet* of *New England Journal of Medicine*."
Als recent voorbeeld noemt Janssens de vaccinatiediscussie. "Er is nogal wat reuring ontstaan naar aanleiding van een artikel over kinkhoestvaccinatie bij zwangere vrouwen, om bij hun pasgeboren kind kinkhoest te voorkomen. De bewijskracht van de onderzoeken die aan de basis stonden van het Gezondheidsraadadvies, was niet sterk. Het betroffen case-control- en cohortstudies, die evidence-based gezien veel lager in rangorde staan dan gerandomiseerde klinische trials (RCT's). Desondanks zal aan alle zwangere vrouwen een inenting aangeboden gaan worden. De rol van Ge-Bu is om de informatie die uit het onderzoek naar voren komt, op een onafhankelijke wijze te presenteren. Als anderen uit dezelfde

studies andere conclusies trekken, dan is dat hun verantwoordelijkheid."

Praktijkvoorbeelden kritisch bekeken
Ge-Bu is voor praktiserende huisartsen belangrijk, vindt Janssens, die zelf nog steeds als huisarts in Lobith werkzaam is. "Als huisartsen worden we vaak met vragen geconfronteerd, waarin we varen 'op ons verlengde merg' met de NHG-Standaarden als 'kompas'", beargumenteert hij. "Maar dat zijn richtlijnen. Je moet ook altijd zelf blijven nadenken!"
Als voorbeeld noemt Janssens een artikel over omega-3-vetzuren dat in februari in Ge-Bu verscheen. "Omega-3-vetzuren in vette vis worden door het NHG geadviseerd. Maar er is geen bewijs uit RCT's dat deze cardiovasculair een gunstig effect hebben."

"NHG-Standaarden zijn als een 'kompas', maar het blijven richtlijnen. Blijf altijd zelf nadenken"

Een ander actueel discussiepunt is de plaats van de direct-werkende orale anticoagulantia (DOAC's). "Het is opvallend hoe die middelen bij het NHG zijn binnengekomen", stelt Janssens. "Er is geen bewijs dat DOAC's het net zo goed, laat staan beter, doen dan onze trombosediensten, want dat is nooit onderzocht. In de beleidsbepalende trials zijn DOAC's namelijk uitgevoerd zonder trombosediensten en in vergelijking met warfarine, dat in Nederland niet verkrijgbaar is. De bewaking van de therapietrouw, wat een belangrijk onderdeel van de behandeling is en juist bewaakt wordt door onze trombosediensten, is bij DOAC-gebruik volledig verdwenen."

Geaccrediteerde hoofdartikelen
In de thema-artikelen van Ge-Bu wordt een bepaald onderwerp "bij de horens gepakt", zoals Janssens verwoordt. "Op een systematische manier bekijken we welke geneesmiddelen voor een bepaalde ziekte op de markt zijn gekomen. Daarbij proberen we tot een plaatsbepaling te komen. Overigens worden alle artikelen door een tiental referenten ge-peer-reviewed. Sommige artikelen voorzien wij van geaccrediteerde CME-toetsen, waarvoor lezers accreditatiepunten kunnen krijgen."
De kortere artikelen gaan over nieuw te verschijnen geneesmiddelen of actuele kwesties. Zo passeert binnenkort hydrochloorthiazide in relatie tot huidkanker de revue. Ook komt er een artikel over chemotherapie bij uitgezaaid mammacarcinoom. Inhoudelijk lijkt dat volgens Janssens wellicht niet zo relevant voor huisartsen. "Maar in zo'n onderzoek zitten overkoepelende aspecten, waar je als huisarts mee te maken krijgt, zoals de overlevingswinst in verhouding tot de bijwerkingen."
Hoewel in het Ge-Bu artikelen verschijnen over een heel scala aan geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, bestaat het team uit slechts drie inhoudelijke redacteuren, een editor-redacteur en een webredacteur. "Daarnaast hebben we de redactiecommissie, waarmee we eens per maand vergaderen", voegt Janssens toe. "En we hebben een indrukwekkende wetenschappelijke adviesraad, waar een hoop kopstukken in zitten. Al met al een heel inspirerende omgeving met allemaal gelijkgestemde mensen, zonder enige binding met de industrie."

Van print naar digitaal
In het 53-jarige bestaan van Ge-Bu was dit tijdschrift tot kortgeleden een volledig papieren tijdschrift, dat onder andere werd verspreid als bijlage bij *Medisch Contact*. Tegenwoordig is het volledig gedigitaliseerd. Dat was een voorwaarde van het ministerie van VWS, de enige financier van Ge-Bu. "We doen enorm ons best om in de digitale wereld weer overal voet aan de grond te krijgen, bijvoorbeeld via een digitale nieuwsbrief", vertelt Janssens. "We zitten inmiddels al boven de zevenduizend gebruikers. Dat aantal loopt op." Sinds dit jaar zijn geheel vernieuwde Ge-Bu-apps beschikbaar voor Android en iPhone. De bedoeling is dat Ge-Bu een zichtbare en toegankelijke plek krijgt in het Farmacotherapeutisch Kompas. Daarnaast worden pogingen ondernomen het Ge-Bu een plaats te geven op HAweb, zoals bekend een veelgebruikt informatie- en communicatieportaal voor huisartsen.
Met de transitie van print naar digitaal is de schrijfstijl van Ge-Bu veranderd. "Voorheen waren het hele lappen tekst met vrij taaie stof", vindt Janssens. "We zijn veel meer overgegaan naar korte boodschappen aan de 'voorkant', maar wel met behoud van 'ouderwetse' kwaliteit van het artikel erachter." De positieve reacties over de transitie laten volgens hem zien dat het Ge-Bu, meer dan vijftig jaar op papier verschenen, digitaal een goede weg is ingeslagen. ■

LITERATUUR

1. Janssens HJ, Janssen M, van de Lisdonk EH, et al. Use of oral prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: a double-blind, randomised equivalence trial. Lancet 2008;371:1854-60.

Geen eenduidigheid over CRP bij zieke kinderen in de huisartsenpraktijk

Sjoerd Hobma, Eefje de Bont

Gebruik de CRP-sneltest voorlopig nog niet bij zieke kinderen in de huisartsenpraktijk. Onderzoeken laten geen eenduidige resultaten zien. Het gevaar bestaat dat aan de testuitslag meer waarde wordt toegekend dan aan andere belangrijke klinische verschijnselen. Op basis van de huidige literatuur lijken er situaties te zijn waarin de CRP-test bij strikt gebruik in een onderzoeksprotocol winst op kan leveren. Daar tegenover staan onderzoeken waar deze winst niet gevonden werd. Voor het gebruik in de Nederlandse huisartsenpraktijk is daarom nog onvoldoende duidelijk wanneer de test veilig kan worden toegepast en bijdraagt aan een betere besluitvorming.

De CRP-sneltest kan zinvol zijn in situaties waarin u twijfelt: enerzijds bij de vraag of een kind dusdanig ziek is dat observatie en behandeling in de tweede lijn nodig is, anderzijds bij de twijfel of antibiotische behandeling zinvol is. In het eerste geval zou een beter verwijsbeleid de winst zijn, in het tweede geval een beperking van het aantal antibioticavoorschriften. We gaan op beide dieper in.

IDENTIFICEREN IN DE TWEEDE LIJN
CRP kan in theorie gebruikt worden om dat ene kind dat wel behandeling (of observatie) nodig heeft te identificeren. Op deze wijze wordt CRP momenteel gebruikt in de tweede lijn, waar een door de huisarts gefilterde populatie wordt gezien en de voorafkans op een serieuze onderliggende infectie 15-20% lijkt te zijn. Dit is voor de kinderarts belangrijk, want hij kan niet ieder kind opnemen of blootstellen aan invasieve diagnostiek. Hier wordt CRP dus ingezet om een ernstige infectie waarschijnlijker te maken. In de eerste lijn is een veilige afkapwaarde (5 mg/L) echter zo laag dat dit onvoldoende bijdraagt aan onze klinische beoordeling. Anderzijds, en waarschijnlijk voor huisartsen veel belangrijker, kan CRP worden ingezet om ons antibioticabeleid te sturen. We weten dat serieuze infecties in de eerste lijn slechts bij 1-5% van de kinderen voorkomen. Dit, terwijl zo'n 25% tot 35% van de kinderen momenteel behandeld wordt met antibiotica in de eerste lijn. Helaas is de praktijk niet zwart-wit. Wat doen we namelijk met kinderen in het grijze gebied waar we even snel een vingerprik doen? Kinderen die niet een zeer zieke indruk maken, waar we vooral geruststelling zoeken voor onszelf en voor de ouder, en die dan een CRP van 12 mg/L blijken te hebben? Of een CRP van 19mg/L? Onderzoek laat namelijk ook zien dat een kind bij deze afkapwaarde, in tegenstelling tot een volwassene, toch een serieuze infectie kan hebben die verergert in de uren na het consult. Waarschijnlijk krijgen deze kinderen in het grijze gebied, waar we eigenlijk zelf niet twijfelen, dan alsnog antibiotica. Hadden we die CRP dan niet beter achterwege kunnen laten en gewoon op ons klinisch handelen moeten vertrouwen?
In een recente Nederlandse trial keken onderzoekers naar het gebruik van de CRP-sneltest bij kinderen met koorts en hoesten, dit leidde niet tot minder antibioticagebruik.[1] Deze RCT werd uitgevoerd in 28 huisartsenpraktijken en vier huisartsenposten. Er werden in totaal 309 kinderen onderzocht. Het ging om niet ernstig zieke kinderen tussen de 3 maanden en 12 jaar die korter dan drie weken hoestten en niet langer dan vijf dagen koorts hadden. Circa een derde van de kinderen kreeg een antibioticum, waarbij de mate van ziek zijn de belangrijkste factor bleek te zijn bij het voorschrijven. Bijna de helft van de kinderen had een

Het is onvoldoende duidelijk wanneer de CRP-test veilig kan worden gebruikt. Foto: iStock

CRP < 10. Er was geen verschil in beloop tussen beide groepen (herconsultatie, recidieven, antibioticagebruik).

GEEN AFNAME ANTIBIOTICAVOORSCHRIFTEN

Onlangs bespraken we in *Huisarts en Wetenschap* een Belgisch onderzoek, waarin CRP wel leidde tot een daling van het antibioticagebruik bij kinderen met koorts en een verhoogd risico op een ernstige infectie.[2] Deze kinderen in België hadden koorts in het algemeen en niet alleen acute hoest. Ook werd een andere afkapwaarde voor de CRP gehanteerd. Daarnaast was de belangrijkste conclusie van de Belgische onderzoekers eveneens dat CRP alleen niet leidde tot minder antibioticavoorschriften. Alleen in gevallen waar het kind volgens een vaste set criteria, ontwikkeld voor onderzoek, een verhoogd risico had op een ernstige infectie lijkt CRP het aantal voorschriften terug te dringen. Dit stemt overeen met de bevindingen uit het Nederlandse onderzoek en ook met de bevindingen van een recent systematisch literatuuronderzoek.[3] Ook laat het zien waarom we op dit moment terughoudend moeten zijn met implementatie van CRP bij kinderen in de praktijk. Aanbeveling van het recente systematisch literatuuronderzoek naar dit onderwerp is dan ook dat toekomstig onderzoek moet uitstijgen boven de diagnostische waarde van een test en zich moet richten op het effect op de klinische besluitvorming in de praktijk.
De CRP-sneltest is gemeengoed is geworden in de huisartsenpraktijk en het is belangrijk bewustwording te creëren waar we deze wel, maar vooral ook niet kunnen gebruiken. In de praktijk is de verleiding groot om bij allerlei andere indicaties snel een testje te doen, ook in situaties waarvoor deze niet gevalideerd is. Het is belangrijk om kritisch te blijven kijken naar de toegevoegde waarde van deze diagnostiek en naar het eigen handelen in de praktijk. ■

LITERATUUR

1. Schot MJC, Van den Bruel A, Broekhuizen BDL, Cals JWL, Noteboom EA, Balemans W, et al. Point-of-care C-reactive protein to assist in primary care management of children with suspected non-serious lower respiratory tract infection: a randomised controlled trial. BJGPOpen 2018;2(3):bjgpopen18X101600.
2. Hilbink M. Minder antibiotica door CRP-test bij acuut zieke kinderen. Huisarts Wet 2019;62(3):8.
3. Verbakel JY, Lee JJ, Goyder C, Tan PS, Ananthakumar T, Turner PJ, et al. Impact of point-of-care C reactive protein in ambulatory care: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2019;9:e025036.

Hobma SO, De Bont EGPM. Geen eenduidigheid over CRP bij zieke kinderen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2019;62(5):31-2. DOI:10.1007/s12445-019-0104-0.

Sittard: dr. S.O. Hobma, huisarts en redactielid Huisarts en Wetenschap, sjoerd.hobma@maastrichtuniversity.nl; Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI: dr. E.G.P.M. de Bont, huisarts-postdoc onderzoeker.

Uw diagnose

Een 40-jarige vrouw heeft al zo lang als zij zich kan herinneren een onregelmatige plaque op het behaarde hoofd. Volgens haar kapper ziet de plek er anders uit dan bij een vorige gelegenheid. Ze heeft geen klachten. U ziet een circa 3 cm lange ovale plaque, gelig van kleur met een glanzende, gepigmenteerde laesie met teleangiëctastieën van circa 4 mm groot. Wat is uw diagnose?

1. Naevus sebaceus
2. Basaalcelcarcinoom
3. Trichoblastoom
4. Sebaceus adenoom

Kijk voor het goede antwoord op www.henw.org.

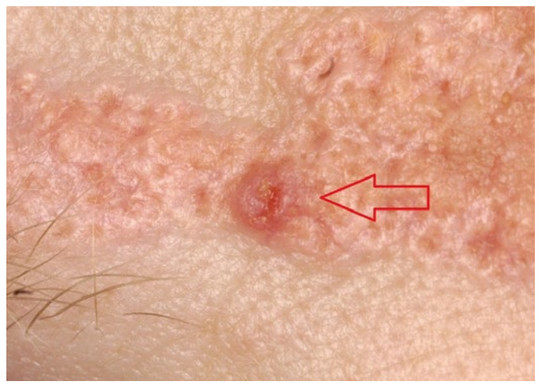


Foto: Shirley Thijssen, coassistent

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'.

Microspirometrie verbetert de diagnostiek bij COPD

Tjard Schermer, Robbert Behr, Joke Grootens, Riet Cretier, Reinier Akkermans, Joke Denis, Patrick Poels, Lisette van den Bemt

Inleiding Wanneer personen met een COPD-risicoprofiel op het spreekuur komen vanwege luchtwegklachten, biedt het reguliere consult geen ruimte voor een lege artis uitgevoerde spirometrietest. Maar microspirometrie met behulp van een eenvoudige handspirometer kan dan wel een indruk geven van de aan- of afwezigheid van COPD. Doel van dit onderzoek was het effect na te gaan van microspirometrie op het diagnostische traject.

Methode In een clustergerandomiseerd experiment ontvingen 36 huisartsen in tien praktijken handspirometers en een instructie over microspirometrie. Zij includeerden huidige of voormalige rokers ≥ 50 jaar die hen consulteerden met luchtwegklachten, en lieten de deelnemers tijdens het consult een microspirometrietest doen. Bij een afwijkende uitslag volgde een volledige diagnostische spirometrietest. Een controlegroep van 52 huisartsen in elf praktijken bood gebruikelijke zorg. Alle huisartsen hielden gedurende een half jaar verzamellijsten bij van de geïncludeerde patiënten. Uitkomstmaat was een in het medisch dossier gedocumenteerde conclusie over de aan- of afwezigheid van COPD binnen drie maanden na het aanvangsconsult.

Resultaten In totaal bestudeerden we 416 personen met mogelijk ongediagnosticeerd COPD. In de interventiegroep vonden we bij 77% van de deelnemers op de verzamellijsten een diagnostische conclusie in het dossier, in de controlegroep bij 44% (oddsratio (OR) 4,3; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,6 tot 11,5).

Conclusie Gebruik van een microspirometer bij personen met een COPD-risicoprofiel die hun huisarts consulteren vanwege luchtwegklachten vergroot de kans dat de aan- of afwezigheid van COPD drie maanden later is gedocumenteerd in het medisch dossier.

INLEIDING

Om de diagnose COPD te kunnen stellen, moet een luchtwegobstructie zijn aangetoond met spirometrie.[1] Een *lege artis* uitgevoerde spirometrietest, waarbij men na bronchodilatatie het geforceerd expiratoir volume binnen één seconde vergelijkt met de geforceerde vitale longcapaciteit (FEV_1/FVC), past echter niet in een regulier huisartsenconsult.[2,3] Volgens huisartsen vormt dat een belemmering voor de diagnostiek bij personen die met luchtwegklachten op het spreekuur komen.[4]
Er zijn eenvoudige handspirometers op de markt die de huisarts snel een eerste indruk kunnen geven of er eventueel sprake is van een luchtwegobstructie. Deze 'microspirometers' meten de verhouding FEV_1/FEV_6, oftewel de ratio geforceerde uitademing in één seconde/geforceerde uitademing in zes seconden. Ook als men niet eerst een luchtwegverwijder toedient, geeft dat een goede benadering van de gebruikelijke maat voor obstructie

WAT IS BEKEND?
- COPD kent een aanzienlijke onderdiagnostiek.
- Om COPD te diagnosticeren is een volledige diagnostische spirometrietest nodig.
- Microspirometrie kan COPD betrouwbaar uitsluiten.

WAT IS NIEUW?
- Microspirometrie laat zich inpassen in reguliere consulten bij patiënten met een COPD-risicoprofiel die zich presenteren met luchtwegklachten.
- Microspirometrie door de huisarts vergroot de kans dat de aan- of afwezigheid van COPD na drie maanden in het medisch dossier is gedocumenteerd.
- Microspirometrie kan bijdragen aan het verminderen van de onderdiagnostiek van COPD.

Microspirometrie kan bijdragen aan het verminderen van de onderdiagnostiek van COPD. Foto: Shutterstock

FEV_1/FVC.[7] Een niet-afwijkende microspirometrietest sluit de aanwezigheid van luchtwegobstructie met een hoge mate van zekerheid uit.[8-11]
Doel van dit onderzoek was het effect vast te stellen van microspirometrie tijdens het consult op het diagnostische traject van mensen met een verhoogd risico op COPD die zich bij de huisarts melden met luchtwegklachten.

METHODE

Opzet en populatie

In dit clustergerandomiseerde experiment wezen we 21 huisartsenpraktijken in Nijmegen en omstreken door loting toe aan een groep die tijdens het consult microspirometrie toepaste of aan een controlegroep die de gebruikelijke zorg gaf. Het onderzoek is geregistreerd in het Netherlands Trial Register (registratienummer NL3880).
Geïncludeerd werden mensen die de deelnemende huisartsen consulteerden met luchtwegklachten (dyspneu, hoesten, sputumproductie, piepen op de borst), ouder waren dan 50 jaar, meer dan drie maanden gerookt hadden en geen diagnose COPD en/of astma hadden. Personen met een gedocumenteerde spirometrietest in de afgelopen vijf jaar werden geëxcludeerd.

Figuur 1

De COPD-6® microspirometer van Vitalograph

Interventie en controle

De gebruikte microspirometer was de COPD-6® van Vitalograph [**figuur 1**].[12] De test bestond uit driemaal geforceerd blazen tot aan een geluidssignaal na zes seconden (zie het instructiefilmpje op https://vimeo.com/312491888).
De huisartsen in de microspirometriearm volgden een e-learning van 90 minuten over de uitvoering en interpretatie van de test,[12] en kregen de instructie om bij patiënten met een $FEV_1/FEV_6 < 0{,}73$ bij microspirometrie een diagnostische spirometrietest te laten uitvoeren.[8] Zij hielden gedurende zes maanden een 'verzamellijst' bij van alle personen die aan de inclusiecriteria voldeden.
De huisartsen in de controlegroep kregen geen e-learning en geen microspirometers. Zij kregen de instructie om bij personen die aan de inclusiecriteria voldeden een diagnostische spirometrietest te verrichten indien zij die geïndiceerd achtten. Ook deze huisartsen hielden gedurende zes maanden een verzamellijst bij.
De diagnostische spirometrietests werden uitgevoerd in de huisartsenpraktijken zelf. Omdat ten tijde van het onderzoek nog geen afkapwaarde werd aanbevolen op basis van de ondergrens van normaal, definieerden we obstructie als een postbronchodilatoire $FEV_1/FVC < 0{,}7$.[13]

Dossieronderzoek

Ten minste drie maanden nadat de deelnemende praktijken waren gestopt met de inclusie van nieuwe patiënten in het onderzoek, genereerden zij een lijst van alle personen ouder dan 50 jaar zonder COPD en/of astma die tijdens deze periode een huisarts hadden geconsulteerd met mogelijk COPD-gerelateerde klachten: dyspneu (ICPC-code R02), hoesten (ICPC-code R05), sputumproductie (ICPC-code R25) of piepen op de borst (ICPC-code R03). Aan de hand van de dossiers bepaalden we de aan- of afwezigheid van de diagnose 'COPD en/of astma'.
Uitkomstmaat was het percentage patiënten bij wie in het dossier binnen drie maanden na het aanvangsconsult een 'diagnostische conclusie' over de aan- of afwezigheid van COPD was vastgelegd en onderbouwd met microspirometrie en/of diagnostische spirometrie.

Analyse

Met behulp van ongepaarde t-, chikwadraat- en mann-whitney-U-toetsen vergeleken we kenmerken van praktijken, huisartsen en patiënten tussen de twee onderzoeksgroepen. Met logistische regressieanalyse corrigeerden we voor clustering op praktijkniveau om groepsverschillen in de effectmaat te analyseren. We berekenden apart de oddsratio's (OR) voor personen die wel, respectievelijk níet op de verzamellijst stonden. Als criterium voor statistische significantie namen we $p < 0{,}05$.

RESULTATEN

Aan het onderzoek namen 21 huisartsenpraktijken deel met in totaal 88 huisartsen [**online figuur 2**]. Tijdens de inclusieperiode van 1 januari 2013 tot 1 december 2014 werden in totaal 416 bezoekers van de deelnemende praktijken geïncludeerd, variërend van 3 tot 43 per praktijk [**tabel**].
De huisartsen in de microspirometriegroep plaatsten 78 van de 192 deelnemers (41%) op de verzamellijsten; de huisartsen in de controlegroep 61 van de 224 deelnemers (27%). [**Figuur 3**] toont het diagnostische traject van deze deelnemers. In de microspirometriegroep werd bij 57% van de deelnemers met een prebronchodilatoire $FEV_1/FEV_6 < 0{,}73$ een luchtwegobstructie vastgesteld met diagnostische spirometrie (postbronchodilatoire $FEV_1/FVC < 0{,}7$). Zeven personen werden ondanks een prebronchodilatoire $FEV_1/FEV_6 \geq 0{,}73$ toch verwezen voor diagnostische spirometrie, bij één van hen werd een luchtwegobstructie vastgesteld. In de controlegroep werd in 29% van de aangevraagde diagnostische spirometrietests een luchtwegobstructie vastgesteld.
In de dossiers van deelnemers bij wie microspirometrie was uitgevoerd, vonden wij significant vaker een gedocumenteerde diagnostische conclusie binnen drie maanden dan in de dossiers van deelnemers uit de controlegroep (77 versus 44%; OR 4,3; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,6 tot 11,5). Het verschil tussen beide onderzoeksgroepen voor deelnemers die niet op de verzamellijsten waren geplaatst was niet significant (30 versus 49%; OR 0,7; 95%-BI 0,3 tot 1,5).

BESCHOUWING

We onderzochten of huisartsen die een microspirometer gebruiken vaker tot gedocumenteerde en onderbouwde diagnostische conclusies komen over de aan- of afwezigheid van COPD bij patiënten die een verhoogd risico hebben en zich melden met luchtwegklachten. Bij patiënten die werden getest met de microspirometer bleek het diagnostische traject vaker binnen drie maanden te zijn afgerond en vastgelegd in het medisch dossier. Huisartsen met een microspirometer leken diagnostische spirometrie ook selectiever in te zetten.
De huisartsen in de microspirometriegroep leken ook alerter te zijn op COPD dan hun collega's in de controlegroep, getuige het hogere percentage patiënten dat zij op de verzamellijsten plaatsten (41 versus 27%). Een andere manier om onderdiagnostiek van COPD te verminderen is het gebruik van een screeningsvragenlijst. Eerder onderzoek heeft echter laten zien dat microspirometrie een veel hogere specificiteit heeft dan screeningsvragenlijsten, terwijl de sensitiviteit vergelijkbaar of iets lager is.[16,17]

Tabel

Kenmerken van de deelnemende praktijken en patiënten

	Microspirometrie	Gebruikelijke zorg
Praktijken, n	10	11
Huisartsen, n	36	52
Praktijkomvang, n (%)		
≤ 3 huisartsen	5 (50)	3 (27)
4 tot 5 huisartsen	4 (40)	4 (36)
≥ 6 huisartsen	1 (10)	4 (36)
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten, n (SD)	5450 (3017)	6389 (3111)
Gemiddeld aantal patiënten met COPD, n (SD)	101 (54)	111 (63)*
Gemiddeld percentage patiënten >50 jaar, % (SD)	35 (8)	29 (7)
Praktijklocatie, n (%)		
stad	3 (30)	9 (82)
verstedelijkt gebied	4 (40)	0 (0)
platteland	3 (30)	2 (18)
Patiënten, n	192	224
Man, n (%)	76 (40)	99 (45)
Gemiddelde leeftijd, jaren (SD)	64,0 (8,3)	62.7 (7,7)†
Rookstatus, n (%)		
huidig roker	71 (37)	86 (38)
voormalig roker	105 (55)	113 (51)
onbekend	16 (8)	25 (11)

SD = standaarddeviatie.
* Over één praktijk ontbrak informatie.
† Van drie personen was de leeftijd niet bekend.

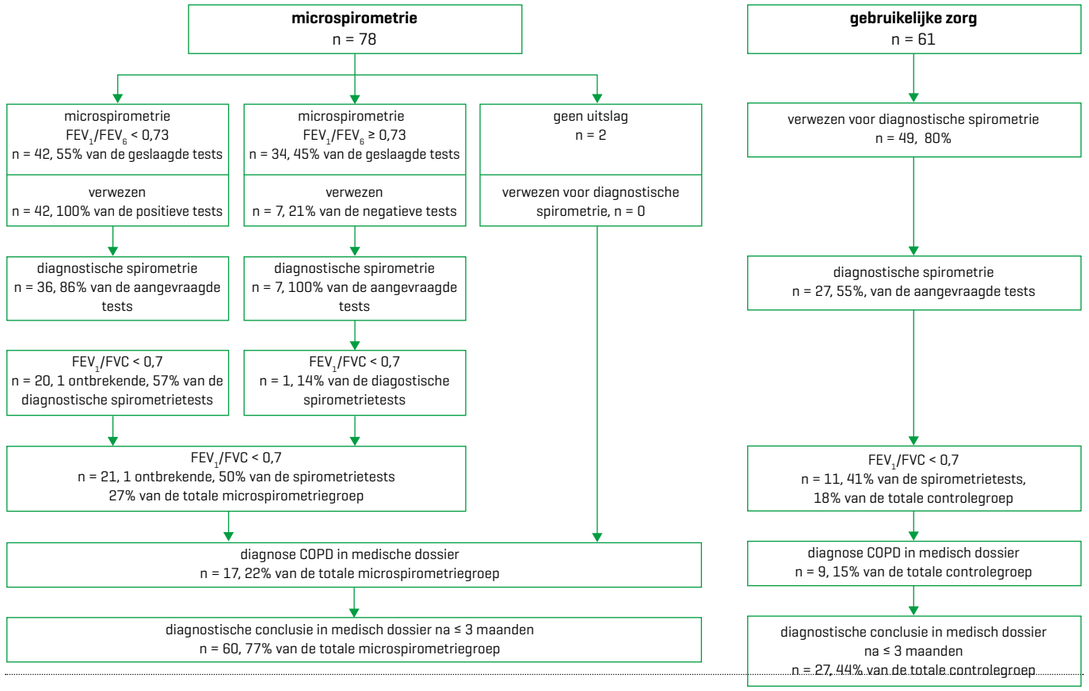
Sterke en zwakke punten

Sterke punten van dit onderzoek waren dat we microspirometrie vergeleken met gebruikelijke zorg en dat we voor de diagnostische conclusies van de huisartsen uitgingen van de medische dossiers. Onze uitkomstmaat – het percentage patiënten van wie het dossier binnen drie maanden na het initiële consult een diagnostische conclusie bevat over de aan- of afwezigheid van COPD – is klinisch relevant, omdat het (behandel)beleid bij luchtwegklachten voor een belangrijk deel wordt bepaald door die diagnostische conclusie.
Een beperking was dat de deelnemende huisartsen goede redenen gehad kunnen hebben om bepaalde personen niet op hun verzamellijst te noteren, redenen die niet per se uit het medisch dossier zijn te halen.

Implicaties voor de praktijk

Uitvoeren van microspirometrie tijdens het reguliere spreekuur blijkt haalbaar en maakt het mogelijk al tijdens het consult een eerste indruk te krijgen van de aan- of afwezigheid van een luchtwegobstructie. Eerdere onderzoeken gebruikten andere typen microspirometers (bijvoorbeeld de PiKo-6® van nSpire Health), overigens met vergelijkbare onderzoeksuitkomsten.[9,16] Omdat microspirometers zijn ontwikkeld voor gebruik door individuele patiënten, is het bij toepassingen zoals wij die onderzochten belangrijk om mondstukken te gebruiken waardoor niet kan worden ingeademd. Dit om kruisinfecties te voorkomen.

Figuur 3



Diagnostisch traject van de deelnemers die (micro)spirometrie ondergingen

Bij microspirometrie wordt de FEV_1/FEV_6 bepaald vóór bronchodilatatie; bij diagnostische spirometrie wordt de FEV1/FVC ook bepaald na bronchodilatatie. FEV_1 = geforceerd expiratoir volume binnen één seconde; FEV_6 = geforceerd expiratoir volume binnen zes seconden; FVC = geforceerde vitale capaciteit.

CONCLUSIE

Gebruik van een microspirometer bij personen met een COPD-risicoprofiel die hun huisarts consulteren vanwege luchtwegklachten vergroot de kans dat de aan- of afwezigheid van COPD drie maanden later is gedocumenteerd in het medisch dossier. Wij bevelen huisartsen aan om microspirometrie in de spreekkamer te gaan gebruiken, zodat patiënten met (nog niet gediagnosticeerd) COPD eerder in beeld komen en eerder kan worden begonnen met preventieve maatregelen (stoppen met roken) en behandeling. ■

LITERATUUR

1. Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JCCM, et al. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58:198-211.
2. Lusuardi M, De Benedetto F, Paggiaro P, Sanguinetti CM, Brazzola G, Ferri P, et al. A randomized controlled trial on office spirometry in asthma and COPD in standard general practice: data from spirometry in Asthma and COPD: a comparative evaluation Italian study. Chest 2006;129:844-52.
3. Walker PP, Mitchell P, Diamantea F, Warburton CJ, Davies L. Effect of primary care spirometry on the diagnosis and management of COPD. Eur Respir J 2006;28:945-52.

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

Schermer TR, Behr R, Grootens J, Cretier R, Akkermans RP, Denis J, Poels PJ, Van den Bemt L. Microspirometrie verbetert de diagnostiek bij COPD. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0088-9.

Radboudumc Nijmegen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: dr. T.R.J. Schermer, senior onderzoeker, universitair hoofddocent, tjard.schermer@radboudumc.nl; J. Grootens, onderzoeksmedewerker; R. Cretier, onderzoeksmedewerker; R.P. Akkermans, statisticus; dr. L. van den Bemt, senior onderzoeker. OCE Nijmegen, Nijmegen: R. Behr, huisarts. SHL Diagnostisch Centrum, Breda: J. Denis. Huisartsenpraktijk Bles en Poels, Huissen: dr. P.J.P. Poels, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: Boehringer Ingelheim financierde dit onderzoek met een projectsubsidie. De financier was niet betrokken bij de uitvoering van het onderzoek, de interpretatie van de resultaten of het schrijven van dit artikel.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Schermer TR, Vatsolaki M, Behr R, Grootens J, Cretier R, Akkermans R, Denis J, Poels P, van den Bemt L. Point of care microspirometry to facilitate the COPD diagnostic process in primary care: a clustered randomised trial. NPJ Prim Care Respir Med 2018;28:17. Publicatie gebeurt met toestemming.

Ledderhosesyndroom of plantaire fibromatose

Willemijn van den Hout, Just Eekhof

Ledderhosesyndroom (plantaire fibromatose) is een bindweefselverdikking van de fascia plantaris. Dit leidt tot de vorming van langzaam groeiende noduli onder de voet. Patiënten met pijnklachten en/of zwellingen en/of knobbels onder de voet kunnen deze ziekte hebben. Pijnstilling en orthopedische zolen zijn de eerste stap in de behandeling, verwijzing naar een orthopeed voor een chirurgische behandeling is de tweede stap.

Figuur

Ledderhose onder de voetzool

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

In een vroeg stadium van de aandoening presenteert de patiënt zich met klachten van pijn onder de voet en/of een kleine zwelling of knobbel onder de voet.[1-4] De pijn en gevoeligheid van de voet ontstaan vaak bij het belasten van de aangedane voet, bijvoorbeeld na lange wandelingen. Soms heeft de patiënt ook moeite met het vinden van passende schoenen. In een later stadium kunnen er klachten komen als standafwijkingen (contracturen) van de tenen.[2,3]

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

De ziekte werd voor het eerst in 1897 beschreven door de Duitse arts Georg Ledderhose, de etiologie is onbekend.[2-4] Het is een aandoening waarbij geleidelijk in de bindweefselplaat onder de voet (fascia plantaris) verhardingen optreden. Het voelt aan als stevige massa's in de peesplaat van de voetzool. In de meeste gevallen blijven de laesies asymptomatisch gedurende hun groei en worden alleen ontdekt door palpatie. Is sommige gevallen treedt invasie van omliggende neurovasculaire structuren op. De ziekte is een woekering van fibroblasten die noduli vormen in de plantaire fascie. De ziekte ontaardt niet maligne.[3]

Plantaire fibromatose kan ingedeeld worden in drie fases, gebaseerd op de activiteit van de laesie.

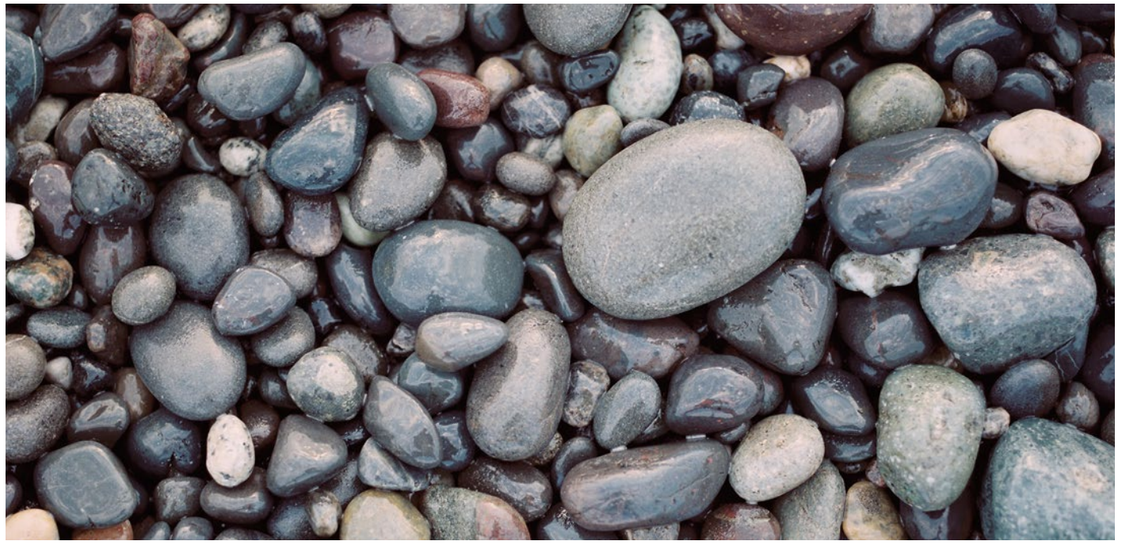
- Fase I: Proliferatieve fase met verhoogde activiteit van de fibroblasten en afname van collageenvorming. Klinisch zijn er geen zichtbare veranderingen in de plantaire fascia in dit vroege stadium.
- Fase II: Actieve fase, wordt gekenmerkt door de vorming van fibroblasten en een toename van de collageensynthese. Op macroniveau ontstaan de eerste kenmerken van nodusvorming in de plantaire fascia.
- Fase III: Laatste fase, wordt gekenmerkt door verminderde fibroblastenactiviteit en afname van collageenvorming. Contracturen van de tenen ontstaan in de voet, maar contracturen van de tenen komen weinig voor.

Ledderhosesyndroom wordt vooral geassocieerd met aandoeningen als epilepsie, ziekte van Peyronie (fibromatose van de penis) en contractuur van Dupuytren (palmaire fibromatose).[2-4] De prevalentiecijfers van het gezamenlijk voorkomen van Ledderhose en Dupuytren lopen uiteen van 10 tot 50%.[3]

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Denk differentieeldiagnostisch aan andere aandoeningen die pijn in de voetzool veroorzaken. Fasciitis plantaris komt veel voor, hierbij zit de pijn onder de hiel. Ook bij calcaneodynie en tarsaletunnelsyndroom zit de pijn meer bij de hiel. Bij geen van deze drie diagnosen zijn er verhardingen in de peesplaat van de voet aanwezig.

Aandoeningen die noduli onder voet kunnen veroorzaken zijn lipomen, ganglioncysten, neurofibromen, dermatofibromen en granuloma annulare.[3] Andere, zeldzamere aandoeningen zijn maligniteiten, zoals sarcomen, Goedaardige fibromen



Bij ledderhosesyndroom presenteert de patiënt zich met pijnklachten en/of kleine zwellingen of knobbels onder de voet. Foto: Jake Anderson

zoals het calcificerend aponeurotisch fibroom, desmoplastisch fibroom of nodulaire fasciitis (nodular pseudosarcomatous fasciitis) treden meestal op bij jongere patiënten en zijn vaak groter.[3]

EPIDEMIOLOGIE

Er zijn geen betrouwbare gegevens over de incidentie van deze aandoening. De prevalentie van de ziekte is hoger bij jongvolwassenen en bij mannen.[2,3] In 25% van de gevallen zijn beide voeten aangedaan.[2,4]

ANAMNESE EN ONDERZOEK

Vraag de patiënt:

- wanneer de klachten ontstaan zijn;
- of de patiënt hinder ondervindt van de knobbel;
- waar de knobbel in de voet zit;
- of de knobbel groter wordt, en zo ja in welke tijdsduur;
- onder welke omstandigheden de klachten verergeren;
- of de patiënt ook de contractuur van Dupuytren, ziekte van Peyronie of epilepsie heeft.

Inspecteer voor lichamelijk onderzoek de voetzool, vraag de patiënt goed aan te wijzen waar de pijn zit en voel daarna systematisch de peesplaat van de voet af naar één of meer verhardingen (noduli). De plaats waar de nodus of de pijn wordt gevoeld is van belang. De nodus is een subdermale, palpabele, vaste, stevige massa ter hoogte van de plantaire fascie van de voet. De diagnose kan meestal gesteld worden op basis van de klinische presentatie. Indien er twijfel over de diagnose bestaat kan, echografie zinvol zijn om de diagnose te bevestigen. Echografisch zijn deze oppervlakkige noduli meestal fusiform en kleiner dan 20 mm.[2]

KERNPUNTEN

- Ledderhosesyndroom (plantaire fibromatose) is een aandoening waarbij in de bindweefselplaat onder de voet (fascia plantaris) verhardingen optreden.
- De aandoening kan pijnklachten geven en/of een knobbel in de voetzool, wat kan leiden tot problemen met het lopen. In zeldzame gevallen leidt de fibromatose tot contracturen van de tenen.
- De eerste keuze van behandeling is conservatief, waarbij gekozen kan worden voor orthopedische zolen en pijnstilling met NSAID's.
- Bij aanhoudende en/of toenemende klachten kan verwijzing naar een orthopeed worden overwogen voor chirurgische behandeling

BELEID

Conservatieve behandeling Kies in de vroege fase van de ziekte (palpabele nodus, matige pijn) voor conservatieve behandeling. Wanneer pijn op de voorgrond staat, komen paracetamol of een NSAID als eerste in aanmerking.
Orthopedische zolen of fysiotherapie Helpt conservatieve behandeling onvoldoende, dan zijn orthopedische zolen of fysiotherapie de volgende stap. Deze middelen bestrijden de klachten symptomatisch en houden progressie van de ziekte niet tegen.[2] Op maat gemaakte zolen waarbij de nodus niet meer in het gewichtdragende vlak van de voet ligt, hebben de voorkeur.[3]
Corticosteroïdinjecties als lokale medicatie worden niet aanbevolen omdat het effect bij Ledderhose niet is aangetoond.

WAT IS AANGETOOND?

Er is geen gecontroleerd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van orthopedische zolen en fysiotherapie bij het ledderhosesyndroom. Het beleid stoelt vooral op ervaring en consensus.
In artikelen met het advies om corticosteroïdinjecties toe te passen, is dit gedaan op basis van onderzoek bij patiënten met een contractuur van Dupuytren. Het gevonden effect bij Dupuytren wordt geëxtrapoleerd naar Ledderhose.[2,4] In één casereport is één patiënt met Ledderhose beschreven bij wie een corticosteroïdinjectie effectief was.[5] Dit is onvoldoende om corticosteroïdinjecties bij ledderhosesyndroom aan te bevelen.
Naar bestraling bij het syndroom van Ledderhose zijn drie onderzoeken gedaan van matige kwaliteit met kleine patiëntenaantallen (respectievelijk 6, 24 en 25).[6-8] In deze onderzoeken bleek bestraling in het vroege stadium van Ledderhose effectief te zijn. Bijwerkingen waren erytheem en een droge huid van de voetzool. Het gaat hier om kortetermijnresultaten. De kans op maligniteit als gevolg van de radiotherapie is niet onderzocht.[2]
Er zijn twee kleine onderzoeken (n = 18 en n = 27) gedaan naar de chirurgische behandeling van ledderhosesyndroom, waarin de kans op recidief na chirurgie werd genoemd.[9-10]

Radiotherapie In een aantal kleine onderzoeken van matige kwaliteit is het effect aangetoond van radiotherapie bij ledderhosesyndroom [**kader Wat is aangetoond?**]. Diverse ziekenhuizen in Nederland passen deze therapie toe. Wanneer de klachten persisteren kunt u de patiënt voor deze behandeling doorverwijzen.
Chirurgie Wanneer er sprake is van lokale agressiviteit van de nodus (invasie van neuro-vasculaire structuren) en/of geen vermindering van de pijn waardoor de patiënt nauwelijks tot niet meer in staat is tot lopen en staan, is dat reden door te verwijzen naar de chirurg. Van de chirurgische behandelmogelijkheden laat totale fasciëctomie de beste resultaten zien, met een kans van 25% op een recidief.[2]

VERWIJZEN, PREVENTIE EN VOORLICHTING

Verwijzing is alleen geïndiceerd als de patiënt zeer veel (pijn) klachten of hinder ondervindt van de knobbel in de voetzool en wanneer een conservatieve behandeling niet volstaat. Preventie van plantaire fibromatose is niet mogelijk omdat de oorzaak van de aandoening onbekend is. Voorlichting is gericht op informatie en uitleg aan de patiënt. De huisarts kan de patiënt inlichten dat de knobbel groter kan worden en dat er mogelijk contracturen van de tenen kunnen ontstaan. Wanneer functiebeperking van de voet optreedt, moet de patiënt terugkomen. ■

LITERATUUR

1. Van Everdingen JJE, Van den Eerenbeemt AMM. Pinkhof Geneeskundig Woordenboek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
2. Veith N, Tschernig T, Histing T, Madry H. Plantar fibromatosis: Topical review. Foot Ankle Int 2013;34:1742-6.
3. Lee TH, Wapner KL, Hecht PJ. Plantar fibromatosis. Bone Joint Surg Am 1993;75:1080-4.
4. Carroll P, Henshaw RM, Garwood C, Raspovic K, Kumar D. Plantar fibromatosis: pathophysiology, surgical and nonsurgical therapies: an evidence-based review. Foot Ankle Spec 2018;11:168-76.
5. Pentland AP, Anderson TF. Plantar fibromatosis responds to intralesional steroids. J Am Acad Dermatol 1985;12:212-4.
6. Grenfell S, Borg M. Radiotherapy in fascial fibromatosis: a case series, literature review and considerations for treatment of early-stage disease. J Med Imaging Radiat Oncol 2014;58:641.
7. Heyd R, Dorn AP, Herkstroter M, Rodel C, Muller-Schimpfle M, Fraunholz I. Radiation therapy for early stages of morbus Ledderhose. Strahlenther Onkol 2010;186:24-9.
8. Seegenschmiedt MH, Attassi M. Radiation therapy for morbus Ledderhose - indication and clinical results. Strahlenther Onkol 2003;179:847-53.
9. Van der Veer WM, Hamburg SM, De Gast A, Niessen FB. Recurrence of plantar fibromatosis after plantar fasciectomy: single-center long-term results. Plast Reconstr Surg 2008;122:486-91.
10. Sammarco GJ, Mangone PG. Classification and treatment of plantar fibromatosis. Foot Ankle Int 2000;21:563-9.

Van den Hout WJ, Eekhof JAH. Ledderhosesyndroom of plantaire fibromatose. Huisarts Wet 2019;62(5):41-3. DOI:10.1007/s12445-019-0096-9.

Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Public health & Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: Willemijn van den Hout, arts; dr. Just Eekhof, huisarts-epidemioloog en senior staflid, J.A.H.Eekhof@lumc.nl.

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk 'Syndroom van Ledderhose/plantaire fibromiatose' in het boek Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk, onder redactie van Just Eekhof, Arie Knuistingh Neven, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Microspirometrie en COPD

Foto: Shutterstock

1. In zijn artikel over microspirometrie en COPD stelt Schermer dat huisartsen een probleem ervaren bij de diagnostiek van patiënten met luchtwegklachten. Welke probleem noemt hij?
a. Onzekerheid over wie doorverwezen moet worden voor spirometrie.
b. De spreekuurtijd is te kort om spirometrie te verrichten.
c. Niet bespreekbaar kunnen maken van rookgedrag.

2. Bestudering van de patiëntendossiers bracht het onderzoeksresultaat aan het licht. Welke patiënten telden mee voor de uitkomst van dit onderzoek?
a. Alleen de patiënten bij wie COPD is opgespoord.
b. Alleen de patiënten bij wie COPD is uitgesloten.
c. Zowel de opgespoorde als de uitgesloten patiënten.

3. Bij 36 patiënten uit dit onderzoek met een afwijkende microspirometrie ($FEV/FEV_6 < 0{,}73$), is vervolgens ook een diagnostische spirometrie (gouden standaard) verricht. Bij 20 van de 36 patiënten was de spirometrie afwijkend ($FEV_1/FVC < 0{,}7$). Welke conclusie over de microspirometer is correct, op basis van deze getallen?
a. De sensitiviteit is niet hoog, dus is de meter minder geschikt voor het uitsluiten van COPD.
b. De specificiteit is niet hoog, dus is de meter minder geschikt voor het aantonen van COPD.

4. De onderzoeksopzet is een clustergerandomiseerd experiment. In de uitvoering is de experimentele opzet deels losgelaten, waarschijnlijk vanwege praktische redenen. Afname van de bewijskracht is het gevolg. Welke aanpak heeft waarschijnlijk de meeste invloed op de bewijskracht van dit onderzoek?
a. Keuzevrijheid voor de huisartsen in de onderzoeksarmen.
b. Toepassing van 'cluster' randomisatie.

5. Schermer geeft de waarde van de microspirometer voor de huisarts in het artikel weer. Welke winst levert gebruik van de microspirometer op voor de huisarts?
a. De diagnostische fase duurt korter, de aan- of afwezigheid van COPD is eerder bekend.
b. De meting kan binnen een spreekuurconsult worden gedaan.
c. De huisarts 'mist' minder COPD-ers die het spreekuur bezoeken.
d. Alle opties zijn correct.

6. De huisartsen in de controlegroep boden 'gebruikelijke zorg'. Zij vroegen spirometrie aan als zij dit geïndiceerd achtten. De NHG-Standaard COPD definieert de groep patiënten bij wie gezocht moet worden naar COPD. Hoe luidt die definitie?
a. Rokers van 50 jaar en ouder met eenmalige luchtwegklachten.
b. Rokers van 40 jaar en ouder met recidiverende luchtwegklachten.
c. Rokers van 30 en ouder met langdurige luchtwegklachten.

7. De prevalentie van COPD wordt in Nederland geschat op 20 per 1000 personen. De verwachting is dat dit gaat toenemen. Hoewel er geen effectieve therapie voorhanden is, vindt opsporing en preventie van COPD in Nederland wel plaats. Waaruit bestaat opsporing of preventie van COPD in Nederland?
a. Screening (gericht op algehele bevolking)
b. Case-finding (bij willekeurig spreekuurcontact)
c. Selectieve preventie (gericht op groepen met een verhoogd risico)

8. De heer Van Hasselt, 48 jaar, heeft sinds anderhalf jaar last van kortademigheid, hoesten en een piepende ademhaling. Hij heeft van zijn 25e tot zijn 35e een pakje sigaretten per dag gerookt. Over de longen is een verlengd expirium te horen. De thoraxfoto is normaal. Bij herhaalde spirometrie is de FEV_1 60% van de voorspelde waarde en is de Z-score van de FEV_1/FVC -2,24. Na bronchusverwijding neemt de FEV_1 toe met 14%. Wat is de meest waarschijnlijke werkdiagnose?
a. Astma
b. COPD
c. Astma en COPD

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

LITERATUUR

Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP, et al. NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211.
Schermer T, Behr R, Grootens J, Cretier R, Akkermans R, Denis, et al. Microspirometrie verbetert de diagnostiek bij COPD. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0088-9.
Welkom op Ikstop.nl. https://ikstop.nl/roken-en-statistek

ANTWOORDEN

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

Een kaderhuisarts urogynaecologie in de eerste lijn

Joyce Nouwens, Pieta van Rhijn, Doreth Teunissen, Toine Lagro-Janssen

Een Nederlandse huisarts ziet gemiddeld tien keer per week een patiënt met een gynaecologische klacht. Veel gynaecologische klachten kunnen in de eerste lijn worden behandeld, maar niet elke huisarts voelt zich bekwaam en daarom volgen er veel er doorverwijzingen naar de tweede lijn. In de Zorggroep Regio Oosterhout en Omstreken blijkt het aantal verwijzingen gedaald na de implementatie van een eerstelijns kaderspreekuur gynaecologie.

Huisartsen verwijzen vrouwen met vragen over IUD's of prolapsklachten vaak door naar de tweede lijn. Foto: Sandy Millar

Een Nederlandse huisarts ziet gemiddeld tien keer per week een patiënt met een gynaecologische klacht. De meeste van die klachten zijn niet zo ernstig dat ze volgens de NHG-Standaarden niet in de huisartsenpraktijk behandeld kunnen worden.[1-6] Wij vermoedden echter dat de 75 huisartsen van de Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken (Zorroo) vaker naar de gynaecoloog verwezen dan volgens de NHG-standaarden noodzakelijk zou zijn. Daarom zijn we die verwijzingen gaan onderzoeken. We selecteerden de ICPC-codes van klachten waarvoor verwijzing zelden nodig is [**tabel 2**] en telden het aantal vrouwen ouder dan 12 jaar die in 2017 voor zo'n klacht verwezen werden. We telden 1391 verwijzingen, wat het vermoeden bevestigt dat op zijn minst een deel van deze vrouwen door de huisarts zelf behandeld had kunnen worden.
Naar aanleiding van dit onderzoek is binnen Zorroo een project opgezet waarbij huisartsen een kaderhuisarts urogynaecologie kunnen consulteren, zodat eerstelijnszorg in de eerste lijn blijft en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afneemt.

EEN KADERSPREEKUUR 'BENIGNE GYNAECOLOGISCHE KLACHTEN'

De huisartsen van de zorggroep kunnen de kaderhuisarts urogynaecologie op twee manieren inroepen: door een vraag te stellen via de e-mail of door de patiënt te verwijzen naar diens spreekuur. Sinds januari 2018 houden twee kaderhuisartsen afwisselend op twee dagen in de week (7 uur per dag) spreekuur in het eerstelijns zorgcentrum van Zorroo [**figuur 1**]. De huisartsen kunnen een afspraak rechtstreeks inplannen via de website www.innovatievehuisartsenzorg.nl. Het kaderspreekuur is bedoeld voor vrouwen ouder dan 12 jaar met een benigne gynaecologische klacht, bij voorkeur een van de eerdergenoemde ICPC-codes. Bij het maken van de afspraak wordt de huisarts gevraagd achtergrondgegevens in te vullen over de gepresenteerde klachten en de ingezette behandeling tot nu toe, en te noteren of hij de patiënt zou hebben

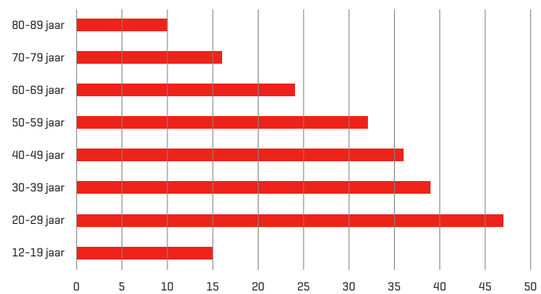
DE KERN
- Huisartsen verwijzen patiënten met een gynaecologische klacht veel vaker dan nodig naar de tweede lijn.
- De meeste verwijzingen betreffen IUD's en prolapsklachten.
- Na de introductie van een spreekuur door een kaderhuisarts urogynaecologie zijn er minder verwijzingen naar de gynaecoloog.

Figuur 1

Bord waarop het kaderhuisartsspreekuur is aangegeven.

Figuur 2

Leeftijdsverdeling van de patiënten die het spreekuur van de kaderhuisartsen bezochten (n = 219, gemiddelde leeftijd 44 jaar)



doorverwezen naar de tweede lijn als er geen kaderspreekuur zou zijn geweest. Een kaderconsult duurt dertig minuten. Na het consult krijgt de huisarts terugkoppeling via het dossier, waarin de kaderhuisarts de bevindingen, het te volgen beleid en de juiste ICPC-code noteert.

De redenen waarom een kaderhuisarts wordt geconsulteerd, kunnen de basis zijn voor nascholingen

Als de kaderhuisarts de klacht niet kan behandelen op het kaderspreekuur, kan deze de patiënt inplannen voor het meekijkspreekuur. Op dit meekijkspreekuur is ook een gynaecoloog aanwezig, het wordt om de zes weken gehouden in de echokamer van het naastgelegen huisartsenlaboratorium. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van het kaderspreekuur en eventuele consultaties vanuit het derde, innovatieve segment van de huisartsenzorg.

Tabel 1

Patiënttevredenheid over het kaderspreekuur 'benigne gynaecologische klachten'

Was de informatie die uw heeft gekregen over het spreekuur van de kaderarts voldoende?	4,9
Wat vond u van het gebouw en de faciliteiten, waar het spreekuur plaatsvond?	4,8
Bent u tevreden over de geleverde zorg van de kaderhuisarts?	5
Heeft de kaderhuisarts u voldoende uitleg gegeven?	4,9
Hoe heeft u het consult bij de kaderhuisarts ervaren?	4,9

Schriftelijke enquête onder 100 patiënten op een vijfpuntsschaal (1 = zeer ontevreden, 5 = zeer tevreden).

Gebruik en tevredenheid in 2018

Tussen 1 januari 2018 en 1 januari 2019 keken we hoe vaak en door wie het kaderspreekuur werd bezocht. We registreerden de leeftijd van de patiënt, de ICPC-codes van de ingangsklachten, het aantal consulten op het kaderspreekuur, het aantal meekijkconsulten en het aantal verwijzingen naar de gynaecoloog met de ICPC-codes daarvan. De eerste honderd patiënten die in deze periode het kaderspreekuur bezochten, vulden een enquêteformulier in met vijf vragen over hun patiënttevredenheid.

Het eerste jaar werd de kaderhuisarts tachtig keer per e-mail geraadpleegd en bezochten 302 patiënten het kaderspreekuur voor in totaal 538 consulten. Alle verwijzingen vielen binnen de vooraf vastgestelde indicatie 'benigne gynaecologische klachten'. Alle patiënten zouden zijn doorverwezen naar de tweede lijn als het kaderspreekuur er niet zou zijn geweest. De patiënttevredenheid was groot [**tabel 1**].

De patiënten op het kaderspreekuur waren gemiddeld 44 jaar oud, de grootste leeftijdsgroep was die van 20 tot 30 jaar, de kleinste die van 80 tot 90 jaar [**figuur 2**].

De vier meest voorkomende ICPC-codes betroffen een IUD (104 patiënten), andere anticonceptie (35), cystocele/prolaps (70), postmenopauzaal bloedverlies (12) en climacteriële klachten (9) [**tabel 2**]. Bij 21 IUD-patiënten was het de eigen huisarts niet gelukt het IUD te plaatsen, bij 10 patiënten was het niet gelukt het IUD te verwijderen (draadjes niet zichtbaar), bij 73 patiënten had de huisarts geen ervaring met het plaatsen van een IUD.

Verwijzingen naar de tweede lijn

Vanuit het kaderspreekuur werden 19 patiënten rechtstreeks naar de tweede lijn verwezen en 33 naar het meekijkconsult, van wie er 5 alsnog werden verwezen naar de tweede lijn [**tabel 2**]. De meeste verwijzingen betroffen het verwijderen van een IUD waarvan de draadjes niet zichtbaar waren en prolapsklachten waarbij het pessarium niet het gewenste effect had. Het totaal aantal verwijzingen vanuit de zorggroep naar de tweede lijn daalde van 1391 patiënten in 2017 naar 1152 patiënten in 2018. De grootste daling trad op bij de ICPC-codes voor anticonceptie (96 verwijzingen minder) en prolaps (54 verwijzingen minder). Ten opzichte van 2017 deden zich in 2018 geen grote veranderingen voor in praktijkpopulaties of aantal huisartsen in de regio.

UITKOMSTEN VAN HET PROJECT

Een jaar na de introductie van een kaderhuisartsspreekuur urogynaecologie in onze zorggroep waren er minder verwijzingen naar de tweede lijn. De redenen waarom de kaderhuisarts geconsulteerd werd, kunnen een basis vormen voor nascholingen aan collega-huisartsen. Daarbij ligt het in de bedoeling de verwijsindicaties de komende tijd uit te breiden met bijvoorbeeld mictieklachten en urine-incontinentie.

Een punt van aandacht is de bereikbaarheid van de kaderhuisarts. De communicatie verloopt op dit moment via e-mail, maar patiënten blijken toch ook behoefte te hebben aan telefonisch contact voor (wijzigingen in) afspraken en informatie. Daarom komt er een assistente die deze taak op zich kan nemen voor het gehele eerstelijns zorgcentrum.

Hobbels op de weg

De opstartperiode van dit project duurde lang, vier jaar. Omdat het project het eerste in zijn soort was, waren er geen gebaande paden.[7] Er moest van tevoren veel worden uitgezocht en geregeld: hoe collega-huisartsen verwijzen, hoe de terugkoppeling plaatsvindt, randvoorwaarden voor het kaderspreekuur (spreekkamer, materialen, mogelijkheid tot aanvullend onderzoek), afspraken met derde partijen zoals de gynaecologen en de zorgverzekeraars. Een apart aandachtspunt was goede informatie aan de collega-huisartsen over het doel van en de verwijsindicaties voor het kaderspreekuur.

CONCLUSIE

Ons project heeft laten zien dat het inzetten van een kaderhuisarts het aantal verwijzingen naar de tweede lijn daadwer-

Tabel 2

Aantal patiëntenconsulten, controles, meekijkconsulten en verwijzingen op het kaderspreekuur

ICPC-codes		Aantal patiënten	Controles kaderarts	Meekijk Consult	Verwezen vanuit meekijkconsult	Verwezen tweede lijn door kaderarts	Verwezen tweede lijn door huisarts na consult kaderarts
W11	Orale anticonceptie	1					
W12	IUD	104	30	16	2	1	
W14	Andere anticonceptie	35					
X02	Dysmenorroe	4					
X04	Pijnlijke coïtus vrouw	5					
X06	Menorragie	3				1	
X08	Intermenstrueel bloedverlies	9				1	
X11	Climacteriële symptomen/klachten	9					
X11.01	Opvliegingen	2					
X11.02	Atrofische vaginitis	2	2				
X12	Postmenopauzaal bloedverlies	2	2			1	
X13	Bloedverlies na coitus	2	2			2	
X14	Vaginale afscheiding	5					
X15	Andere klachten vagina	7	4	1			
X16	Symptomen/klachten vulva	7	4			2	
X17	Symptomen/klachten kleine bekken	4					
X27	Angst voor andere ziekte geslachtorganen/borsten vrouw	3					
X72	Candidiasis urogenitale vrouw	1					
X78.01	Myoma uteri	1	1			1	
X84.02	Bacteriële vaginose	2					
X87	Prolaps vagina/uterus	2	4			2	
X87.01	Cystocele/rectocele	42	116	8	2	5	1
X87.02	Utero vaginale prolaps	26	64	5			2
X89	PMS	3					
X91	Condylomata acuminata vrouw	7					
X99.02	Endometriose	2		2	1		
X99.03	Ovariumcyste	1		1			
A85.02	Spotting bij hormonaal anticonceptie gebruik	3					
P07	Libidoverlies	1					
U04.01	Stressincontinentie	3	3			1	1
U04.02	Urge incontinentie	4	4			2	
Totaal		**302**	**236**	**33**	**5**	**19**	**4**

De behandelkamer van de kaderhuisarts urogynaecologie.

kelijk kan doen afnemen. Het opzetten van een regulier kaderspreekuur is tijdrovend, omdat intensief overleg nodig is met zorgverzekeraars, andere eerstelijns zorgverleners en gynaecologen en omdat de materiële randvoorwaarden goed geregeld moeten worden. Belangrijke andere randvoorwaarden zijn dat de collega-huisartsen vanaf het begin worden betrokken in het proces en dat de kaderhuisarts goed bereikbaar en zichtbaar is zodat de communicatie soepel verloopt.
Er is veel discussie over de functie en plaats van de kaderhuisarts.[7] Wij zijn van mening dat de kaderhuisarts in de eerste lijn thuishoort. Er wordt steeds meer verwacht van de huisartsenzorg en dat maakt het moeilijk de kwaliteit van de basishuisartsenzorg op alle gebieden hoog te houden. Een kaderhuisarts kan de competenties van huisartsen verbeteren via laagdrempelige consultatie en educatie op specifieke zorgterreinen. Met als uiteindelijke doel goede, betaalbare zorg in de eerste lijn. ■

LITERATUUR

1. Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Utrecht: NHG, 2011.www.nhg.org.
2. Elfering I, Oltheten H, De Vries A, De Vries C, Van der Weele G. NHG-Standaard Amenorroe. Utrecht: NHG, 2018. www.nhg.org.
3. Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FP, et al, NHG-Standaard De overgang. Utrecht: NHG, 2012. www.nhg.org.
4. A.H. Adriaanse, A.J.P. Boeke, J.H. Dekker, G.J. Kardolus, D. Reijlink, B.S.M. Verbruggen, E. Verlee, NHG-Standaard Fluor vaginalis. Utrecht: NHG, 2016.
5. Van Bergen JE, Dekker JH, Boeke AJ, Kronenberg EH, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het SOA consult. Utrecht: NHG, 2013
6. Meijer LJ, Bruinsma AC, Pameijer AS, Hehenkamp WJ, Janssen CA, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies. Utrecht: NHG, 2014.
7. Zaat J. De kern van het vak (3): Generalisme versus specialisme, Huisarts Wet 21 december 2018.

Nouwens J, Van Rhijn P, Teunissen TA, Lagro-Janssen AL. Een kaderhuisarts urogynaecologie in de eerste lijn. Huisarts Wet 2019;62(5):47-50. DOI:10.1007/s12445-019-0089-8.

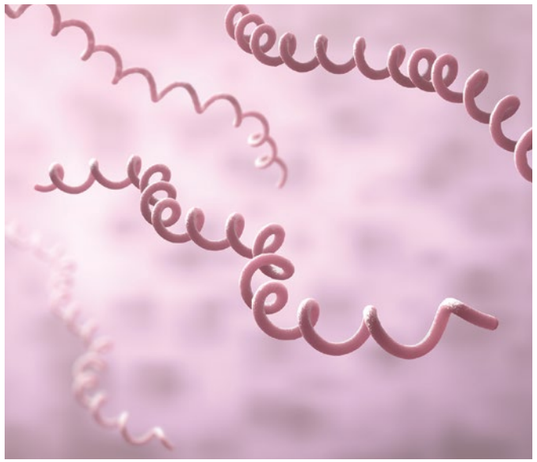
Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken, Oosterhout: J. Nouwens, kaderhuisarts urogyneacologie, kaderhuisartsurogyn@zorroo.nl; P. van Rhijn, kaderhuisarts urogyneacologie. Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: dr. T.A.M. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie, docent, senior onderzoeker; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, kaderhuisarts urogynaecologie, emeritus-hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen.

Mogelijke belangenverstrengeling: JN en PvR ontvangen een vergoeding van Zorggroep Regio Oosterhout en Omstreken.

Cardiologische afwijkingen bij patiënten met lymeborreliose

Stan Benjamens, Jan Weel, Brian Bosch

Een cardiologische afwijking kan een uniek symptoom zijn bij patiënten met lymeborreliose. In de meeste gevallen gaat het hierbij om een hooggradige atrioventriculaire blokkade, wat monitoring van het hartritme noodzakelijk maakt. Aandacht voor de diagnose lymecarditis is van belang, omdat het aantal patiënten dat jaarlijks lymeziekte oploopt in de afgelopen twintig jaar ruim verviervoudigd is.



Het aantal patiënten dat jaarlijks lymeziekte oploopt, is in de afgelopen twintig jaar ruim verviervoudigd. Foto: Shutterstock

LYMECARDITIS IN DE DD

Bij patiënten met een hartritmestoornis zonder duidelijke onderliggende pathologie moet de diagnose lymecarditis deel uitmaken van de differentiële diagnose [**tabel 1**].[1,2] Lymecarditis komt voor bij 1 tot 2% van de patiënten na een onbehandelde infectie met *Borrelia Burgdorferi*.[3] Bij ongeveer 90% van de gerapporteerde gevallen van lymecarditis gaat het om een hooggradige atrioventriculaire blokkade.[4] Het klinische beeld van lymecarditis zien we wereldwijd het vaakst bij mannen, met een man-vrouwratio van 3:1. Over de verdeling bij kinderen is weinig bekend.[2] Met de risicoclassificatie *Suspicious Index in Lyme Carditis (SILC)* kunnen we het risico op lymecarditis schatten [**tabel 2**].[4] De factoren die pleiten voor deze diagnose zijn een leeftijd < 50 jaar, het mannelijke geslacht, frequente buitenactiviteiten, een tekenbeet, erythema migrans, en algemene symptomen als malaise, koorts, dyspneu, gewrichtspijn en syncope. Wanneer huisartsen de genoemde risicofactoren tijdig signaleren en met de bijbehorende behandeling beginnen, kunnen ze onnodige pacemakerimplantatie voorkomen.[2]

AANVULLEND ONDERZOEK

Serologisch onderzoek bij lymecarditis zou een sensitiviteit van meer dan 80% hebben.[3] Bij een sterk vermoeden van lymecarditis, met negatieve serologie en klachten korter dan acht weken, is het aan te raden om het serologisch onderzoek na twee tot vier weken te herhalen.[5] Aangezien 6% van de gezonde Nederlandse bevolking antistoffen voor *Borrelia Burgdorferi* bij zich draagt en het merendeel van deze mensen geen actieve lymeborreliose-infectie heeft, is het niet nodig om serologisch onderzoek uit te voeren bij patiënten als de arts geen sterk vermoeden van lymecarditis heeft. De ziekteduur en het klinische beeld zijn essentieel bij de interpretatie van de serologische uitslagen.[6] Hierbij geeft een positieve IgG-uitslag de sterkste aanwijzing voor een doorgemaakte infectie met *Borrelia Burgdorferi*, terwijl een positieve IgM met negatieve IgG in veel gevallen wijst op een fout-positieve uitslag.
Bij de patiënt in de casus is de lymeborreliosescreening uitgevoerd volgens de in Nederland meest gangbare methode.[2,3] Bij deze patiënt bleek de IgG sterk positief, met specifieke *Borrelia Burgdorferi*-antigenen. Deze uitslagen zien we bij uitingsvormen van lymeborreliose als acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) en lymeartritis.[7] Bij aanwijzingen voor lymecarditis bestaat een klinische indicatie voor een echogra-

CASUS

Een 47-jarige man bezoekt zijn huisarts na een eenmalige syncope. Hij heeft geen hartkloppingen of pijn op de borst. Er blijkt sprake van een ernstige hypertensie 200/120 mmHg. Het ecg laat een traag en onregelmatig ritme zien, wat de huisarts duidt als een bradycardie met sinusarrest. Hij overweegt ook een virale oorzaak voor de cardiale verschijnselen. Aanvullend onderzoek brengt hoge titers voor *Borrelia Burgdorferi* aan het licht en de patiënt herinnert zich een tekenbeet van twintig jaar geleden. Bij de werkdiagnose lymecarditis wordt een behandeling met intraveneuze antibiotica gestart. Na de kuur treden er aanhoudende ritmepauzes op, waarna een pacemaker wordt geplaatst.

Tabel 1

Differentiële diagnose bij sinusarrest[2]

Niet-infectieus	
Reversibel	Ischemische hartziekte
	Acuut myocardinfarct
	Hyperkaliëmie
	Medicamenteus (bètablokkers, calciumkanaalblokkers, amiodarone, digoxine)
	Hypothermie
Niet-reversibel	Cardiomyopathie
	Iatrogeen (na ablatie)
	Infiltratieve cardiale processen (amyloïdose, sarcoïdose)
	Schildklierziekte
	Neuromusculair (myotone dystrofie)
Infectieus	
Bacterieel	Lyme Borrelia
	Syfilis
Viraal	Epstein-barrvirus
	Hepatitis B-virus
	Coxsackievirus
Parasitair	Toxoplasmose
	Ziekte van Chagas

fische evaluatie van de hartfunctie. Gedurende de antibiotische behandeling moet het hartritme van patiënten worden gemonitord. Bij potentieel levensbedreigende afwijkingen kan ziekenhuisopname noodzakelijk zijn, bij mildere ecg-afwijkingen is ambulante hartritmecontrole een optie. Met het oog op complicerende afwijkingen, zoals pericarditis en endocarditis, is een cardiale MRI-scan te overwegen.[8]

Late manifestatie

Lymecarditis behoort tot de vroege symptomen van lymeborreliose, met klinische verschijnselen binnen een jaar na de infectie.[9,10] Desgevraagd herinnert de patiënt zich echter alleen een tekenbeet van twintig jaar geleden. Een dermate lange latentietijd is niet eerder in de literatuur beschreven. Hoewel de patiënt korter geleden opnieuw een tekenbeet kan hebben opgelopen, zal de huisarts rekening moeten houden met de mogelijkheid dat lymecarditis twintig jaar na een primaire infectie kan optreden.

Behandeling

De richtlijn Lymeziekte van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding adviseert om patiënten met symptomatische lymecarditis en een sterk verlengde PQ-tijd (> 300 ms) of een tweede- of derdegraads AV-blok op te nemen voor ritmebewaking en intraveneuze antibiotica.[5] De antibiotische behandeling bestaat uit 14 dagen eenmaal daags ceftriaxon 2000 mg intraveneus. Bij contra-indicaties voor ceftriaxon is doxycycline 2 dd

Tabel 2

Suspicious Index in Lyme Carditis (SILC)

Variabele	Score
Leeftijd < 50 jaar	1
Mannelijke geslacht	1
Frequente buitenactiviteiten	1
Algemene symptomen, zoals malaise, koorts, dyspneu, gewrichtspijn en syncope	2
Tekenbeet	3
Erythema migrans	4

De totale score geeft een indicatie van de waarschijnlijkheid van de diagnose lymecarditis, met een lage waarschijnlijk (0 tot 2), intermediaire waarschijnlijkheid (3 tot 6) en een hoge waarschijnlijkheid (7 tot 12).[4]

100 mg gedurende 21 dagen een optie, en bij kinderen jonger dan negen jaar geldt ceftriaxon 100 mg/kg/dg in 1 dosis (maximaal 1 dd 2 gram) intraveneus gedurende 14 dagen. Toediening van de medicatie kan in de meeste gevallen thuis plaatsvinden via een PICC-lijn (peripherally inserted central catheter).

CONCLUSIE

Met een verviervoudiging van het aantal patiënten dat jaarlijks lymeziekte oploopt, is er de laatste jaren een hernieuwde aandacht voor de gevolgen van lymeborreliose. De differentiële diagnose van collaps met bradycardie moet lymeborreliose bevatten. Lymecarditis behoort tot de vroege symptomen van lymeborreliose (< 1 jaar na infectie). De casus lijkt er echter op te wijzen dat lymecarditis in enkele situaties ook een langetermijnsymptoom kan zijn. ■

LITERATUUR

1. Steere AC. Lyme disease. N Engl J Med 2001;345:115-25.
2. Kostić T, Momčilović S, Perišić ZD, Apostolović SR, Cvetković J, Jovanović A, et al. Manifestations of Lyme carditis. Int J Cardiol 2017;232:24-32.
3. Sanchez E, Vannier E, Wormser GP, Hu LT. Diagnosis, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: a review. JAMA 2016;315:1767-77.

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

Benjamens S, Weel JFL, Bosch B. Cardiologische afwijkingen bij patiënten met lymeborreliose. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0087-x.

Isala en UMCG Groningen, Groningen: S. Benjamens, coassistent, s.benjamens@umcg.nl. Izore, Leeuwarden: dr. J.F.L. Weel, arts-microbioloog. Huisartsenpraktijk Kuinre, Kuinre: B. Bosch, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Context is (bijna) alles

Peter Lucassen, Inge Stortenbeker, Maria van den Muijsenbergh

Context is belangrijk in de huisartsgeneeskunde. Daarom staat context centraal tijdens de komende NHG-Wetenschapsdag op vrijdag 21 juni in Nijmegen. Benieuwd wat u kunt verwachten? Lees hieronder enkele gedachten over het belang van context.

"We all think we know what a lion is." Foto: Shutterstock

"We all think we know what a lion is. A lion is a desert-coloured animal with a mane and claws and an expression like Garibaldi's. But it is also, in Africa, all the neighbouring antelopes and zebras, and therefore, indirectly, all the neighbouring grass... If there were no antelopes and zebras, there would be no lion. When the supply of game runs low, the king of the beasts grows thin and mangy; it ceases altogether, and he dies.[1]"

Laten we ons eens, met bovenstaand citaat in het achterhoofd, een leeuw voorstellen in een ouderwetse dierentuin, lusteloos heen en weer ijsberend in een kooi met een homp vlees ergens op de grond. Hoe kaal is het dan als je als huisarts bij een patiënt alleen maar een anamnese afneemt, lichamelijk onderzoek doet en een behandeling instelt. Dat zal niet zo vaak voorkomen. Zoals de kooi geen recht doet aan het verschijnsel 'leeuw', zo doet een kaal consult geen recht aan de patiënt. Context geeft kleur en brengt een persoon tot leven. Context moet, anders behandel je karikaturen. Maar wat is context? Je komt zelden een omschrijving van het begrip tegen in artikelen die er over gaan. Iedereen lijkt automatisch te snappen wat er bedoeld wordt. In deze beschouwing leggen wij uit wat wij onder context verstaan en waarom context belangrijk is. Nu kan je hiervoor modellen uit de wetenschappelijke literatuur halen, maar wij kiezen er voor om specifieke vormen van context te bespreken die binnen het consult een rol spelen, namelijk de context rond de klacht, de context van de therapeutische relatie, en de psychosociale en de sociaaleconomische context.[2] Tot slot geven we aan hoe en waarom wetenschappelijk onderzoek context moet verdisconteren.

DE CONTEXT ROND DE KLACHT

De context rond de klacht komt tot uiting in het acroniem 'SCEGS'. Iedere huisarts leert tijdens de opleiding dat het belangrijk is somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale aspecten van de klacht aan bod te laten komen. Dit is een onderdeel van goed communiceren.[3] In de Britse opleidingen gebruikt men het acroniem 'ICE' (*ideas*, *cognitions*, *expectations*). Dit breidt de SCEGS uit met verwachtingen. Verwachtingen zijn een specifiek soort cognities die te maken hebben met de geschatte waarschijnlijkheid dat iets gebeurt.[4] Het gaat daarbij om verwachtingen over het beloop van de ziekte, het effect van de behandeling of de kans op bijwerkingen, of om de verwachting een medicijn te krijgen bij een kind met koorts. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat ziektecognities en verwachtingen belangrijke voorspellers zijn van het beloop van ziekte en het effect van een behandeling.[4,5] Het blootleggen van cognities en verwachtingen, en het beïnvloeden van verwachtingen in de gewenste richting zijn dan ook van groot belang voor het genezingsproces. Deze elementen komen samen in het begrip *reason for encounter* (RFE): de door de patiënt geuite klacht in de context van cognities, emoties en verwachtingen.[6] Het goed in beeld brengen van de RFE is een voorwaarde voor persoonsgerichte in plaats van ziektegerichte zorg.

DE CONTEXT VAN DE THERAPEUTISCHE RELATIE

Diagnostiek en behandeling van een patiënt vinden plaats in de context van de gezondheidszorg. De zorg vindt plaats in

DE KERN

- Het begrip *context* wordt vaak gebruikt, maar het is lang niet altijd duidelijk wat er onder verstaan wordt.
- Een aantal vormen van context is relevant voor de huisarts: de context van de klacht, die van de behandelrelatie, en de psychosociale en de sociaaleconomische context.
- Hoe beter de context in beeld is, des te persoonsgerichter de zorg.
- Om wetenschappelijk onderzoek beter te laten aansluiten op de huisartsgeneeskundige praktijk moet de context expliciet meegenomen worden in dat onderzoek.

de relatie tussen huisarts en patiënt. Het is bekend dat een warme, vriendelijke manier van omgaan met de patiënt en een positieve benadering gunstige effecten hebben op de uitkomst bij de patiënt.[7] Het gaat hier om de huisarts-patiëntrelatie, een vrij breed concept. Een bijzonder – en belangrijk – aspect van deze relatie is de *therapeutische alliantie*. Dit begrip is afkomstig uit de psychotherapie en bevat de volgende drie duidelijk omschreven componenten: een band (als partners die samenwerken) tussen patiënt en hulpverlener, overeenstemming over het doel van de behandeling en over wie wat doet. De drie elementen zijn goed meetbaar en er bestaat een duidelijk en consistent verband tussen de kwaliteit van de therapeutische alliantie en de uitkomsten bij patiënten, onafhankelijk van de gegeven behandeling.[8] Het is belangrijk dat de huisarts zich realiseert hoe groot de invloed is van elk van de elementen en dat het om meer gaat dan een goede relatie. De huisarts moet het immers vaak niet hebben van behandelen, maar juist van afzien van behandelen. Vooral hier helpt de therapeutische alliantie.

Context moet, anders behandel je karikaturen

DE CONTEXT VAN DE PATIËNT

Veel (huis)artsen associëren het begrip *context* met psychosociale problemen of met de leefomgeving. Het gaat dan om zaken in de geschiedenis van de patiënt: ernstige trauma's door mishandeling of misbruik in het verleden of levensgebeurtenissen in het heden, zoals het overlijden van een sleutelfiguur of ontslag, of de kwaliteit van sociale relaties of het gebrek daaraan (eenzaamheid, buitengesloten worden). Hoewel huisartsen veel aandacht hebben voor deze problemen, is de impact van bijvoorbeeld slechte sociale relaties groter dan we vaak denken. Zo bleek uit een meta-analyse dat de kwaliteit van sociale relaties een effect op mortaliteit heeft dat vergelijkbaar is met het effect van roken of excessief alcoholgebruik.[9] Patiënten komen geregeld bij de huisarts om een psychosociaal probleem te bespreken. Dergelijke problemen vormen echter vaker de achtergrond van klachten en het is niet altijd even gemakkelijk het verband met de klachten tijdens het consult boven tafel te krijgen of bespreekbaar te maken. Bij ernstige SOLK, bijvoorbeeld, is het vaak de huisarts die een verband ziet tussen de klachten en de psychosociale problemen, maar dat moeilijk bespreekbaar kan maken.

DE SOCIAALECONOMISCHE CONTEXT

Bij de sociaaleconomische context gaat het om opleiding, inkomen, wonen, geletterdheid of migratie. De meeste huisartsen weten van het merendeel van hun patiënten wel of ze in een welvarende of in een armoedige situatie verkeren. Ze weten vaak minder goed hoeveel invloed een lage sociaaleconomische status kan hebben op het mentaal functioneren en op het voorkomen van ziekte en sterfte. Schaarste (aan geld) heeft een negatieve invloed op het denken. Onderzoek hiernaar liet zien dat armoede het IQ met ongeveer tien punten verlaagt. Dit moeten huisartsen zich realiseren als ze iets ingewikkelds moeten uitleggen, te meer omdat ziek-zijn ook een negatieve invloed op het mentaal functioneren heeft.[10] Sociaaleconomische status heeft ook invloed op multimorbiditeit en levensverwachting. Bij mensen met de laagste sociaaleconomische status treedt multimorbiditeit – gedefinieerd als twee of meer chronische ziekten – vijftien jaar eerder op dan bij mensen met de hoogste status, en mensen onder de laag-inkomensgrens van het CBS overlijden vier tot vijf jaar eerder dan mensen met meer inkomen.[11,12] Het is van groot belang dat de huisarts zich dit realiseert; een arme man van veertig met pijn op de borst heeft immers een duidelijk hogere kans op een myocardinfarct dan een rijke man van veertig met dezelfde klacht. Naast inkomen is opleiding van grote invloed op de gezondheid van een patiënt en op diens vermogen om zelf goed voor zijn gezondheid te zorgen. Zo is de kans op medicatiefouten bij mensen die laaggeletterd zijn (18% van onze bevolking) veel groter.[13] De huisarts zal meer moeite moeten doen om op maat met hen te communiceren en zorgvuldig na te gaan of zij begrijpen wat hij bedoelt.

CONTEXT IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Hoe beter de context in beeld is, des te persoonsgerichter de zorg. En persoonsgerichtere zorg heeft positieve effecten op de patiënttevredenheid, de zelfredzaamheid, het verminderen van de symptoomlast en gezondheidsuitkomsten.[14] Als de context in de dagelijkse praktijk essentieel is, dan moet ze dat ook zijn in wetenschappelijk onderzoek. Willen wij echt evidence-based persoonsgerichte geneeskunde, dan moet het onderzoek zich niet beperken tot het simpelweg herhalen van tweedelijnsonderzoeken in de eerste lijn. Hieronder enkele voorbeelden die recht doen aan het belang van de context en die volgens ons, waar mogelijk, standaard moeten worden opgenomen in onderzoeksprotocollen:

- Bij onderzoek naar de voorspellende waarde van symptomen voor ziekte moeten onderzoekers rekening houden met de reason for encounter. Dat stelt hoge eisen aan de manier waarop ze gegevens verzamelen. Er is in Nederland slechts één morbiditeitsregistratie die standaard de RFE codeert (FameNet).
- Bij effectonderzoek moeten onderzoekers de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie meten omdat het effect van een behandeling erg afhankelijk is van de interactie van arts en patiënt. Hierbij kunnen ze bijvoorbeeld gebruikmaken van meetinstrumenten die de therapeutische alliantie meten. De in het Nederlands vertaalde versies zijn geschikt voor de huisartsenpraktijk, zoals de Working Alliance Inventory (WAI).
- Onderzoekers die zich richten op het voorkomen en de oorzaken van ziekte moeten structureel de kwaliteit van sociale relaties meten.
- Problemen tijdens consulten, bijvoorbeeld bij SOLK, ontstaan vaak op specifieke momenten gedurende het gesprek. Conversatieanalyse geeft gedetailleerd inzicht in de interactionele handelingen die hieraan bijdragen.
- Hoewel wetenschappelijk onderzoek vaak de sociaaleconomische status meet, moet deze variabele niet als confounder behandeld worden. Analyse van sociaaleconomische status als effect-modifier geeft realistisch inzicht in verschillen tussen mensen van verschillende sociaaleconomische klassen. Kwalitatief onderzoek moet ook vaker standaard mensen includeren die een lagere sociaaleconomische status of een migratieachtergrond hebben.

TOT SLOT

Persoonsgerichte zorg en het wetenschappelijk onderzoek daarnaar is alleen mogelijk als artsen en onderzoekers rekening houden met de context. Het is belangrijk goed te expliciteren wat we onder context verstaan, zodat dit beter ingebouwd wordt in wetenschappelijk onderzoek en huisartsen er bewuster aandacht aan geven in hun dagelijkse praktijk. ■

NHG-Wetenschapsdag, vrijdag 21 juni 2019
09:00-18:00 uur, Radboudumc, Nijmegen

HUISARTS, PATIËNT EN CONTEXT
De meerwaarde van de interactie tussen patiënt en huisarts

In plenaire lezingen, presentaties en workshops komen de volgende aspecten aan de orde:

- Hoe houden huisartsen rekening met de context van de patiënt? Wat levert dat op voor beide partijen en hoe onderzoek je dat?
- Welke methoden zijn geschikt om de interactie tussen huisarts en patiënt, en de aandacht voor context te onderzoeken?
- In hoeverre draagt de context bij aan uitkomstmaten?
- Hoe integreren we niet-medische gegevens in onze routinezorggegevens en wat levert dat op?

www.nhgwetenschapsdag.nl

LITERATUUR

1. Heath I. Divided we fail. Clin Med 2011;11:576-86.
2. Golden SD, Earp JAL. Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education and behavior health promotion interventions. Health Educ Behav 2012;39:364-72.
3. Grundmeijer HGL, Rutten GEHM, Damoiseaux RAMJ. Het geneeskundig proces. Bohn, Stafleu van Loghum: Houten, 2016.
4. Petrie KJ, Rief W. Psychobiological mechanisms of placebo and nocebo effects: pathways to improve treatments and reduce side effects. Annu Rev Psychol 2019;70:1-27.
5. Hagger MS, Koch S, Chatzisarantis LD, Orbell S. The common-sense model of self-regulation: meta-analysis and test of a process model. Psychol Bull 2017;143:1117-54.
6. Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P, Van Boven K, Van Weel-Baumgarten E, Van Weel C. Why the reason for encounter should be incorporated in the analysis of outcome of care. Br J Gen Pract 2011;61:e839-41.
7. Lucassen P, Olesen F. Context as a drug: some consequences of placebo research for primary care. Scan J Prim Health Care 2016;34:428-33.
8. Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath OA. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. Psychotherapy 2018;55:316-40.
9. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. Plos Med 2010;7:e1000316.
10. Mani A, Mullainathan S, Shafir E, Zhao J. Poverty impedes cognitive function. Science 2013;341:976-80.
11. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical association: a cross-sectional study. Lancet 2012;380:37-43.
12. Centraal Bureau voor de Statistiek. Armoede en sociale uitsluiting 2018. Den Haag: CBS, 2018.
13. Algemene Rekenkamer. Aanpak van laaggeletterdheid. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2016.
14. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund S, Höglander J, et al. Same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. Pat Educ Couns 2019;102:3-11.

Lucassen P, Stortenbeker I, Van den Muijsenbergh M. Context is (bijna) alles. Huisarts Wet 2019;62(5):53-5. DOI:10.1007/s12445-019-0091-1.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: dr. P. Lucassen, huisarts, senior onderzoeker, Peter.Lucassen@radboudumc.nl; I. Stortenbeker, junior onderzoeker; prof.dr. M. van den Muijsenbergh, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Reacties op artikel over HPV-vaccinaties

Op onze website kwamen een aantal reacties op het artikel 'Wat de huisarts moet weten over de HPV-vaccinatie' van Joyce Nouwens en collega's (Huisarts Wet 2019;62(2):41).

BEZWAAR TEGEN TITEL

Graag leg ik uit waarom ik bezwaar heb tegen de titel 'Wat de huisarts moet weten over de HPV-vaccinatie'. Het gaat om twee bezwaren.
1) Een emotionele: hoe vaak lezen we wel niet wat de huisarts allemaal zou moeten. Wordt door redacties niet enorm onderschat wat dit doet op het gemoed van de huisarts, die hierdoor telkens weer het gevoel krijgt dat het nooit goed genoeg is?
2) Een bezwaar is dat in het artikel ook Woudschoten is benoemd. Huisartsen hebben geen kerntaak op het gebied van primaire preventie. Natuurlijk zullen we vragen beantwoorden van patiënten die met vragen komen over de HPV-vaccinatie (heb ik nog maar één keer meegemaakt). Maar we gaan niet ongevraagd actief met patiënten in gesprek hierover, dat is niet onze taak.

Pascale Hendriks, huisartsenpraktijk Spaarndam

HOELANG WERKT HET HPV-VACCIN?

Vraag uit de praktijk: is al bekend hoelang het HPV-vaccin echt werkt? En als dat tien jaar is, is ons advies dan om te hervaccineren rond 22 à 23 jaar? ■

Nascholing

Wat de huisarts moet weten over de HPV-vaccinatie

Joyce Nouwens, Doreth Teunissen, Toine Lagro-Janssen

Al bijna tien jaar krijgen twaalfjarige meisjes in Nederland de HPV-vaccinatie aangeboden ter preventie van het cervixcarcinoom. De vaccinatiegraad voor HPV is nog steeds aanzienlijk lager vergeleken met de andere vaccinaties in het rijksvaccinatieprogramma. Zijn er goede redenen voor de terughoudendheid onder ouders en meisjes? De huidige HPV-vaccinaties zijn immers veilige en effectieve vaccins tegen de meest voorkomende hoogrisico-HPV-subtypes die een rol spelen bij het ontstaan van diverse HPV-gerelateerde carcinomen van de huid en slijmvliezen. De HPV-vaccinatie laat een blijvende immuniteit zien na acht tot negen jaar, die nog niet afneemt. Er is tevens sprake van kruisbescherming tegen enkele andere hoogrisicosubtypes. Bij een hogere vaccinatiegraad is er bovendien sprake van een collectieve immuniteit voor de verschillende subtypes van HPV. De vaccinatie is kosteneffectiever als iemand nog niet seksueel actief is geweest, maar heeft ook in de seksueel actieve groep een beschermende werking.

Sinds 2009 biedt het Rijksvaccinatieprogramma (RPV) twaalfjarige meisjes in Nederland de HPV-vaccinatie aan, ter preventie van het cervixcarcinoom.[1] De vaccinatiegraad voor het humaan papillomavirus (HPV) blijft onveranderd laag ten opzichte van de andere vaccinaties in het rijksvaccinatieprogramma: 45,5% versus 90-92%.[2,3] De oorzaak voor deze lage opkomst is mogelijk terug te voeren op de jarenlange negatieve publiciteit rondom het vaccin. Uit een enquête van het RIVM onder ouders/verzorgenden kwamen de volgende redenen voor hun terughoudendheid naar voren: zorgen rond mogelijke bijwerkingen van het HPV-vaccin (40%), twijfel over de effectiviteit van het HPV-vaccin (12%), te weinig informatie over de HPV-vaccinatie (10%) en negatieve verhalen over de HPV-vaccinatie (10%).[2] Is die negatieve publiciteit terecht als we kritisch kijken naar de preventieve werking van het vaccin en de mogelijke bijwerkingen? Op die vragen geeft dit artikel een antwoord.

WAT DOET HET HUMAAN PAPILLOMAVIRUS?

HPV is een DNA-virus dat het epithelel infecteert. Er zijn meer dan honderd subtypes HPV bekend. Er is een onderscheid tussen low risk HPV (lrHPV) en high risk HPV (hrHPV), waarbij hrHPV carcinogeen is en lrHPV niet. Onder hrHPV vallen ten minste dertien carcinogene types, waarvan type 16 en 18 het meest carcinogeen zijn. Ongeveer 80% van de mensen raakt tijdens het seksuele actieve leven meerdere malen besmet met een of meer HPV-subtypes.[4,5] De transmissie vindt plaats door vaginaal, anaal of oraal contact. Transmissie via andere routes is gering. Bij de vrouw bevindt het virus zich na infectie in de overgangszone tussen het cilinderepithelel van de endocervix en het plaveiselepitheel van de ectocervix, waar het zich verder repliceert.[4,6]
Een HPV-infectie verloopt vaak zonder klachten. In 80% van de gevallen elimineert het afweersysteem de infectie, zonder afwijkingen te geven aan de epithelcellen.[6,7] Tijdens een infectie kunnen er afwijkingen ontstaan aan de epithelcellen met verschillende CIN-stadia. CIN staat voor cervicale intra-epitheliale neoplasie en wordt geclassificeerd als graad 1 (milde cervicale dysplasie), 2 (matige dysplasie) of 3 (ernstige dysplasie of carcinoma in situ). Deze CIN-stadia gaan vanzelf weer in regressie als de infectie wordt geklaard.[1,7] Een infectie met HPV kan zich in ongeveer vier maanden ontwikkelen tot een CIN-1-laesie en na ongeveer veertien maanden in een CIN-2/3-laesie [**figuur 1**].[6,7] CIN-1 kan echter ook worden overgeslagen. Gemiddeld duurt het een tot twee jaar voordat de infectie is geklaard.
In 10 tot 20% van de gevallen is er sprake van een persisterende infectie, waarvan uiteindelijk 1% zich in een periode van 10 tot 15 jaar kan ontwikkelen tot een cervixcarcinoom.[5,7] Hierop

DE KERN
- De immuunrespons van een HPV-vaccinatie is hoger dan bij een natuurlijke klaring van HPV-infectie.
- De HPV-vaccinatie geeft na acht tot negen jaar nog steeds een blijvende immuniteit.
- De verschillende vaccinaties geven een kruisbescherming tegen subtypes 31, 33 en 45 (verantwoordelijk voor onder andere cervix- en penniscarcinoom).
- Bij een hogere vaccinatiegraad (> 50%) is er sprake van collectieve immuniteit voor de verschillende subtypes van HPV.
- Huisartsen kunnen een actieve rol spelen bij het informeren over de werking en bijwerkingen van de vaccinatie.

JANUARI 2019 HUISARTS EN WETENSCHAP 1

REACTIE AUTEURS

Het artikel bevat actuele kennis over de HPV-vaccinatie vanuit de wetenschap vertaald naar de dagelijkse praktijk. Die kennis is tot de kern teruggebracht naar wat relevant is voor ons als huisartsen in de spreekkamer. Als je dit weet kun je goed antwoord geven op vragen van patiënten, aangezien er veel te doen is geweest over de HPV-vaccinatie. Het is expliciet *niet* bedoeld dat we actief moeten gaan voorlichten. We doen namelijk, zoals in Woudschoten is afgesproken, niet aan primaire preventie. We hebben echter wel een rol als betrouwbare vraagbaak voor patiënten die ons om advies vragen en aan onze mening als huisarts waarde hechten. Als je die rol wilt vervullen dan is dit de 'must have' kennis, voldoende om goed antwoord te geven. Daar is H&W van en voor.
Wat betreft de duur van de bescherming is er, na negen jaar, nog steeds een blijvende hoge immuniteit en is er nog geen noodzaak om opnieuw te vaccineren. Dit wordt jaarlijks gecontroleerd. Vindt er in de toekomst toch een daling plaats, dan verwacht ik dat het RIVM hier actie op onderneemt, indien nodig.

Joyce Nouwens

Nieuw onderzoek naar efficiënte verwijsstrategie voor rokers

Liza Meeuwsen

Het ondersteunen van rokers die willen stoppen blijkt in de praktijk lastig en tijdrovend. Hoe kan de huisarts, met het oog op het Nationaal Preventieakkoord en de Rookvrije Generatie, toch bijdragen aan een drastische vermindering van het aantal rokers in 2040? Nieuw onderzoek moet hier antwoord op geven.

Doel is een strategie te ontwikkelen die rokers vanuit de huisartsenpraktijk verbindt met stopondersteuning in de regio.

Foto: Shutterstock

Ondanks de beschikbaarheid van verschillende effectieve vormen van stopondersteuning rookt nog steeds 23% van de Nederlandse bevolking, terwijl 81% van de rokers gemotiveerd is om in de nabije toekomst te stoppen.[1-3] Een mogelijk knelpunt in de aanpak van tabaksontmoediging is het geringe aantal rokers dat doorverwezen wordt vanuit de huisartsenpraktijk naar effectieve stopondersteuning.[4] Op dit moment wordt 5% van de stoppogingen in Nederland ondersteund met advies of begeleiding van (para) medici, een gedragstherapeut/psycholoog, een rookstoppoli of telefonische hulp.[3]
Met het Nationale Preventieakkoord en initiatieven als de Rookvrije Generatie is er veel aandacht voor stoppen met roken. Het streven is dat in 2040 minder dan 5% van de Nederlanders rookt.[5] Een nieuwe verwijsstrategie, gebaseerd op het Ask-Advice-Connect model, kan huisartsen ondersteunen om stoppen-met-rokenzorg in goede banen te leiden.[6] Het doel van het onderzoek is een strategie te ontwikkelen die rokers vanuit de huisartsenpraktijk actief verbindt met stopondersteuning in de regio. De strategie zal voortbouwen op ondersteuningsstructuren die bekend zijn in de huisartsenpraktijk, zoals training via regionale FTO-bijeenkomsten (Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik) en de sociale kaart van stopondersteuning (Trimbos).
Het onderzoek is een samenwerking van het Trimbos-instituut, het Leids Universitair Medisch Centrum en een breed ondersteunend consortium.[7] Het onderzoek is in december 2018 gestart en het loopt tot eind 2022. De eerste resultaten verwachten we eind 2019.

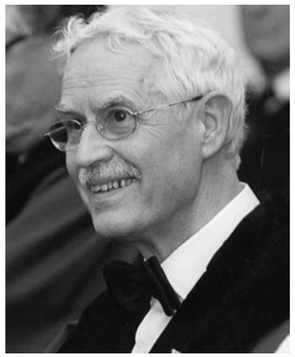
LITERATUUR

1. Geense WW, Van de Glind IM, Visscher TLS, Van Achterberg T. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. BMC Fam Pract 2013;14:20.
2. Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS. Den Haag: CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017.
3. Verdurmen J, Monshouwer K, Van Laar M. Factsheet Continu Onderzoek Rookgewoonten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013-2015.
4. Verbiest ME, Crone MR, Scharloo M, Chavannes NH, Van der Meer V, Kaptein AA, et al. One-hour training for general practitioners in reducing the implementation gap of smoking cessation care: a cluster-randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 2014;16(1):1-10.
5. Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018.
6. Vidrine JI, Shete S, Cao Y, Greisinger A, Harmonson P, Sharp B, et al. Ask Advise Connect: a new approach to smoking treatment delivery in healthcare settings. JAMA Int Med 2013;173(6):458-64.
7. Project Strengthening the Dutch national smoking cessation infrastructure to support the Smokefree Generation movement. www.zonmw.nl. Geraadpleegd 01-04-2019.

Meeuwsen L. Nieuw onderzoek naar efficiënte verwijsstrategie voor rokers. Huisarts Wet 2019;62(5):59. DOI:10.1007/s12445-019-0107-x.
LUMC, Leiden: E.G. Meeuwsen, aioto, E.G.Meeuwsen@lumc.nl.
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

In memoriam Harry Crebolder

Prof. dr. J.W.M. Muris, prof. dr. C. van Weel



Op 30 maart 2019 is professor Harry Crebolder op 81-jarige leeftijd overleden. Hij was emeritus hoogleraar en oud-vakgroepvoorzitter huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht.

Harry werd, na een periode werkzaam te zijn geweest in Afrika, huisarts in Venlo in het gezondheidscentrum Withuis. Hij stond daarbij aan de wieg van een belangrijke innovatie in de praktijkvoering die rond 1974 gestalte kreeg in de ontwikkeling van multidisciplinaire samenwerking en gezondheidscentra. Zijn voortrekkersrol leidde in 1979 tot zijn proefschrift over deze samenwerking, dat hij – destijds ook een novum – baseerde op een serie in *Huisarts en Wetenschap* gepubliceerde artikelen.
Als hoogleraar huisartsgeneeskunde zette hij zich in het bijzonder in voor het studentenonderwijs en de kwaliteitsbevordering van de huisartsgeneeskundige praktijk. Hij initieerde daarbij landelijke samenwerking tussen de afdelingen huisartsgeneeskunde als voorzitter van het IOH-B, terwijl hij internationaal de totstandkoming van de European Academy of Teachers (EURACT) realiseerde. EURACT werd vervolgens het onderwijsnetwerk binnen WONCA Europe. Hij was daarmee in 2004 architect van het WONCA uitwisselingsprogramma voor jonge huisartsen, het latere *Vasco da Gama movement*. Ook hiermee toonde Harry zich een pleitbezorger van de academische emancipatie van de huisarts en inspirator van jonge collegae.
Intussen bleef, ook na zijn emeritaat, de Afrikaanse gezondheidszorg hem bezighouden. Hij was vanaf het begin betrokken bij de tropengeneeskundewerkgroep voor huisartsen WHIG. Harry was lid van de Gezondheidsraad en werd voor zijn grote verdiensten benoemd tot Officier in de Orde van Oranje Nassau, en lid van verdienste van het NHG. ■

VACATURE

Huisarts en Wetenschap, een uitgave van het NHG, is het meest gelezen wetenschappelijke vakblad voor huisartsen.
Wil jij meebeslissen over de inhoud van H&W? Solliciteer dan nu op onze vacature. Per 1 juli 2019 zoeken wij een

Junior redactielid

WIE ZOEKEN WIJ?
Een enthousiaste arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker (aioto) die het leuk vindt om te (leren) schrijven. We denken aan een kritische geest die ervaring wil opdoen met het beoordelen van manuscripten en het maken van een wetenschappelijk tijdschrift. De hoofdredacteur begeleidt het junior redactielid intensief.

WAT VRAGEN WIJ?
Enthousiasme en bereidheid om – tegen vergoeding – enkele uren per week met H&W bezig te zijn. Taken: kopij lezen en beoordelen, auteurs begeleiden, journaals en andere stukken schrijven, auteurs werven, ideeën spuien over de inhoud en samenstelling van H&W. Samen met de hoofdredacteur begeleid je de nieuwsrubriek Lopend onderzoek.

WAT BIEDEN WIJ?
Een levendige, gezellige club van acht huisartsen en onderzoekers. De club komt elke derde donderdag van de maand bij elkaar om de kopij te bespreken en te bedenken welke onderwerpen er in H&W komen. Zij werken nauw samen met een professionele bureauredactie.

MEER WETEN EN REAGEREN?
Neem voor meer informatie contact op met de hoofdredacteur dr. Ivo Smeele, via i.smeele@nhg.org, 088-5065541 of 06-17068540. Mail je sollicitatie met cv en motivatie voor 1 juni 2019 naar redactie@nhg.org.

nhg Nederlands Huisartsen Genootschap
H&W Huisarts en Wetenschap

STRIJD IN DE MEDISCHE ARENA

Baziel van Engelen, Gert Jan van der Wilt, Marcel Levi (redactie). Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018. ISBN 9789036821520. Prijs: € 35.

Dit boek gaat over veranderingen in de geneeskunde en hindernissen en ergernissen die dokters tegenkomen. Het appelleert aan het gevoel dat we graag ons vak beoefenen, maar dat dit om allerlei redenen steeds minder gaat op de manier zoals we willen. Een grote groep bekende en minder bekende auteurs bespreekt de oorzaken in losse hoofdstukken. De inhoud varieert van klinisch-epidemiologische benaderingen tot filosofische overpeinzingen. Sommige verhalen zijn al eerder verteld, sommige zijn nieuw of verdiepend. Dat is de sterke en tegelijk de zwakke kant van dit boek. Het is afwisselend en interessant, je kunt het gerust wegleggen en af en toe een hoofdstukje lezen. Maar de lezer die echt wil nadenken over hoe het anders moet mist aan het eind een analyse waarmee je ook verder kunt.

Het boek begint met een leeswijzer (vijftien pagina's) die alle hoofdstukken aankondigt en samenvat. Daarna komen de verschillende thema's aan bod. Het eindigt in mijn ogen teleurstellend met een 'Hoe nu verder?' van nog geen vier pagina's. Die bevat nogal wat algemeenheden, een nieuwe puntsgewijze samenvatting en verwijzingen naar andere literatuur. Dit brengt de lezer, artsen en beleidsmakers, niet verder. Hoewel in mijn ogen niet helemaal geslaagd is het toch belangrijk dat vanuit vele hoeken naar onze geneeskunde van nu gekeken wordt. Ik zou de auteurs willen uitdagen tot een volgende editie waarbij selectiever gekeken wordt naar de bijdragen en een gezamenlijke analyse wordt gemaakt hoe het nu echt verder moet in onze strijd in de medische arena. ■

Sjoerd Hobma

WAARDERING: ●●●○○

Ecg-casus 'Hartkloppingen'

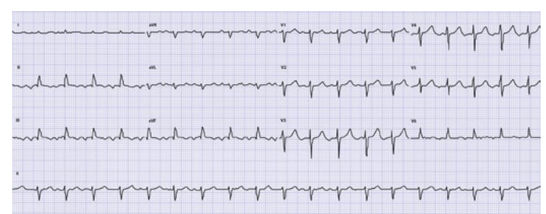
Robert Willemsen, Karen Konings

OPGAVE
1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG-10+.[1,2]

Het juiste antwoord vindt u bij dit artikel op www.henw.org.

LITERATUUR

1. Konings KTS, Willemsen RTA. ECG10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016;59:166-70.
2. Konings K, Willemsen RTA, Bertholet GJM. ECG's beoordelen én begrijpen. De ECG10⁺ methode. Leer- en oefenboek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.



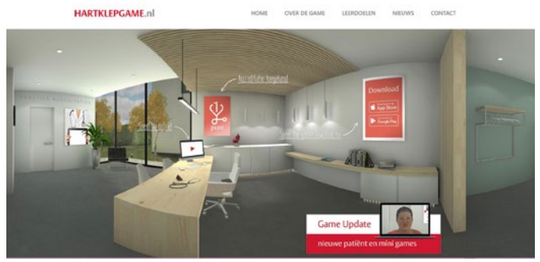
Casus
Patiënt: Man, 47 jaar oud, CEO bij een grote firma. Hij werkt al jarenlang 60 tot 80 uur per week onder hoge druk.
Voorgeschiedenis: Blanco.
Medicatie: Geen.
Anamnese: Aanvallen van hartkloppingen met een frequentie van circa 120/min, dyspnoe en gespannen gevoel op de borst, telkens 30-60 minuten. Enkele weken eerder bezocht hij bij een aanval de spoedeisende hulp van een ziekenhuis in het buitenland. Daar werden geen afwijkingen gevonden, maar bij aankomst op de SEH waren de klachten al verdwenen. Intussen worden de klachten steeds heftiger. Tijdens dit consult zijn er geen klachten.
Lichamelijk onderzoek: Geen afwijkingen bij oriënterend onderzoek hart, longen, pols en bloeddruk.

De huisarts geeft de patiënt een eventrecorder mee en adviseert hem om bij klachten overdag naar de praktijk te komen voor een volledig ecg tijdens klachten. Een uur later is patiënt terug: hij heeft de klachten.

App/webtip Hartklepgame

Annet Sollie, Bart Timmers

Deze 'serious game' is een idee van twee cardiologen: dr. Renee van den Brink (AMC) en dr. Janneke Wittekoek (Heart Life Klinieken). Doel is het verbeteren van kennis en vaardigheden op het gebied van cardiologisch onderzoek en auscultatie aan de hand van (twee) virtuele patiënten. Een heus consult wordt nagespeeld in een fraai vormgegeven 3D-spreekkamer met een patiënt. Sympathiek is dat je bij een behaalde tevredenheidsscore van 87% ook een accreditatiepunt krijgt.



ONZE ERVARINGEN

Het spelen zelf is leuk, vooral de eerste keer, maar duurt al gauw tachtig minuten in plaats van de gesuggereerde veertig minuten. De animaties zijn best mooi. Je kunt vragen stellen uit een format dat vooraf is gedefinieerd en je kunt de patiënt ook echt meenemen naar de onderzoekkamer en allerlei onderzoeken doen, waaronder hart- en longgeluiden luisteren. Tussendoor noteer je de gegevens op je virtuele computer, wat overigens vrij lastig gaat omdat het scherm niet goed doorscrolt.
Minpunt is het ontbreken van feedback bij bijvoorbeeld beoordeling van het hartgeruis. Luisterden we goed? Interpreteerden we goed? Combineerden we de informatie op een goede manier voor de juiste diagnose? Wij stelden niet de juiste diagnose, maar kregen geen inzicht in wat er fout was gegaan. Frustrerend en een gemiste kans. De terugkoppeling op het eind (een mailtje van de cardioloog en van de patiënt) is grappig gedaan, maar compenseert dit gemis niet.
De manier waarop tussendoor wat algemene informatie wordt verteld is aardig, maar daar missen we de mogelijkheid om terug te bladeren. Doe je de game op een smartphone, dan tik je al snel per ongeluk met je duim op het scherm en kun je niet meer terug. Er zijn ook nog een aantal vaardigheidsoefeningen: leuk, maar ook met te weinig feedback.

Naam:	Hartklepgame
Maker	Cardiologen Renee van de Brink (AMC) en Janneke Wittekoek
Doel:	Kennis en vaardigheden van cardiologisch onderzoek verbeteren
Platform:	iOS, Android
Prijs	Gratis
Oordeel:	●●●

CONCLUSIE

Al met al ben je met deze game anderhalf uur aan het spelen voor twee patiënten. Tegenover deze tijdsinvestering vinden wij dat we aan kennis en vaardigheden te weinig zijn opgeschoten. Kortom: drie sterren voor een sympathiek initiatief waar echt nog aan gesleuteld moet worden. ■

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, Petra van Peet, Nadine Rasenberg, Lin Smeets en Wim Verstappen.

Redactiebureau
Daisy Dinsbach (secretariaat), Judith Mulder, Susan Umans (web- en eindredactie), Ellen Olbers (webredactie), Anita Wittebol (office manager), Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder (beeldredactie), Annet Sollie (webredactie), 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

COLUMN

Kijk op het vak

Met plezier lees ik de serie van Ellen de Visser in de Volkskrant over de patiënt die je kijk op het vak heeft veranderd. Ik durf te wedden dat u allemaal wel een voorbeeld kunt noemen. U kent hem wel, die patiënt die alle cholesterolverlagende middelen al had gehad en van alles last had. Samen besloot je om alleen het dieet te hanteren en een iets te hoge LDL-waarde te accepteren.
Onze richtlijnen helpen ons goed op weg, maar helpen ons niet altijd bij elke individuele patiënt. Nou bleek bij deze patiënt, die al meer dan tien jaar diabetes had, dat hij het liefst helemaal geen pillen meer wilde slikken als dat niet echt noodzakelijk was. Hij vroeg zich af of er meer mogelijk was dan de huisarts en de praktijkondersteuner konden bieden. Hij had namelijk gehoord van keerdiabetesom, waarmee je door je leefstijl actief aan te pakken, van de diabetes af zou kunnen komen. Ik moet eerlijk zeggen dat ik er gevoelsmatig niet veel van verwachtte, maar verwees mijn 70-jarige patiënt toch naar een diëtiste die actief met patiënten aan de slag gaat met dieet en leefstijl. Tot mijn steeds verder stijgende verbazing kon ik in de twee jaren daarna de medicatie met meneer stap voor stap afbouwen totdat hij zonder medicatie een goede instelling behield.
De patiënt die je kijk op het vak heeft veranderd, was voor mij deze patiënt die me leerde dat het goed is om het spoor van de patiënt te volgen tot het tegendeel bewezen is. Maar ik leerde ook hoe belangrijk luisteren naar de patiënt is, waarbij we het evidencebeest af en toe in zijn hok moeten laten en we nog meer mogen inzetten op ondersteunde zelfzorg.

Rob Dijkstra

KORT NIEUWS

Thuisarts.nl versterkt rol

Met Thuisarts.nl nam het NHG in 2012 de regie over toegankelijke en onafhankelijke gezondheidsinformatie voor zorggebruikers in Nederland. Met meer dan 100.000 bezoekers per dag, vele prijzen en bewezen effectiviteit in het afvangen van korte en telefonische huisartsconsulten, is de website van grote waarde voor de zorg in Nederland. Om deze positie en autonomie ook in de toekomst te behouden, gaan we stappen zetten. Door het succes van Thuisarts.nl hebben we de kans om het kennisplatform bij uitstek voor alle zorggebruikers te worden.

We verkennen hoe we slimme samenwerkingen kunnen aangaan. Het NHG wil als inhoudelijk specialist regie houden over de inhoud, en wil voor de ontsluiting en personalisering van gezondheidsinformatie samenwerken met partners. Daarom nam het NHG op 21 maart deel aan Conferentie Nederland Digitaal. Daar hebben we verkend hoe Thuisarts.nl deze rol kan behouden en welke stappen we moeten nemen om ons voor te bereiden op de ontwikkelingen in kunstmatige intelligentie.
Om altijd en overal digitaal beschikbaar te zijn, streven we naar Thuisarts.nl als 'nutsvoorziening' met structurele financiering of cofinanciering door de overheid. We zijn aanwezig daar waar de zorggebruiker of patiënt zich online bevindt, we zijn nog toegankelijker, en we ondersteunen de informatiebehoefte van de gebruiker – en daarmee van de zorgprofessional. Niet als een digitale dokter, die we in verschillende landen terrein zien winnen. Maar door de inzet van betrouwbare en toegankelijke online-informatie, die de persoonsgerichte, menselijke zorg versterkt.
https://ecp.nl/agenda/conferentie-nederland-digitaal

Tijdelijke korting!
Handboek effectieve communicatie
Bestel nu via **nhg.org/winkel**
~~€ 93,75~~
NU VOOR:
€ 69,49
nhg

THE MAKING OF

Tjerk Wiersma, huisarts in Friesland en senior wetenschappelijk medewerker NHG

De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is aangepast aan de laatste Europese richtlijnen. De minder strakke aanbevelingen passen beter bij persoonsgerichte zorg.

Tjerk Wiersma, medeprojectleider van zowel de Multidisciplinaire richtlijn als de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM): 'De herziene multidisciplinaire richtlijn is een initiatief van de verenigingen voor internisten, cardiologen, en het NHG. In de werkgroep zaten naast internisten, cardiologen en huisartsen, een neuroloog, een hart-vaatverpleegkundige en twee vertegenwoordigers van patiëntenorganisatie Harteraad. Het was dus een multidisciplinair project. We gingen uit van de recente richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement van de European Society of Cardiology. Die is aangevuld met modules geselecteerd op basis van knelpunten, met telkens een zoekvraag, literatuursearch, literatuurbeschrijving, toegekende bewijsgraad, en de bijkomende overwegingen, uiteindelijk uitmondend in een aanbeveling. Deze NHG-Standaard vat de Europese richtlijn en de aanbevelingen uit de modules samenhangend samen.'

Persoonsgericht

Wat verandert er voor huisartsen? Wiersma: 'De herziene NHG-Standaard bevat, deels door de multidisciplinariteit, veel meer overwegingen, en minder strakke aanbevelingen. Het is moderner, geschikter voor gezamenlijke besluitvorming en persoonsgerichte zorg. Patiënten worden nu ingedeeld in drie categorieën: "zeer hoog", "hoog" en "laag tot matig" risico. Bij deze indeling is er vooral meer aandacht voor mensen met een slechte nierfunctie. En er zijn meer gedifferentieerde streefwaarden, vooral voor cholesterol.
Door de minder strakke aanbevelingen moesten mijn collega's Farmacotherapie voor het NHG-Formularium uitgewerkte adviezen voor pilkeuze formuleren, op grond van onderzoek naar effect, kosten en bijwerkingen. Zo concreet en gedetailleerd stond dat niet in de herziene richtlijnen beschreven, dus dat moesten we verder uitwerken, ook voor mijn collega's van het cluster Nascholing, die daarvan een praktische e-learning CVRM moesten maken.'

Praktische handleiding

Wiersma: 'Op basis van deze uitwerking voor het NHG-Formularium hebben we meteen voor de huisartsen en praktijkondersteuners een *Praktische handleiding* gemaakt. Die gaat meer in detail in op medicatiekeuze, doseringen, laboratoriumcontroles van de nierfunctie en elektrolyten, en het beleid als deze afwijkingen vertonen. Die handleiding publiceren we samen met de standaard. Zo kunnen alle huisartsenpraktijken uit de voeten met de herziene richtlijnen.'

'Geschikter voor persoonsgerichte zorg'

BIJBLIJVEN RICHTLIJNEN CVRM

Voor huisartsen maakt het NHG:
- Korte voorlichtingsvideo over de NHG-Standaard CVRM
- *Praktische handleiding* bij NHG-Standaard CVRM: in meer detail medicatiekeuze, doseringen, laboratoriumcontroles van nierfunctie en elektrolyten en beleid bij afwijkingen
- vanaf juni: herziene hoofdstuk CVRM van samenwerkingsrichtlijn LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek
- Thuisarts.nl: Risico hart- en vaatziekten verlagen, Hoge bloeddruk en Cholesterol
- vanaf juli: PIN 9 over CVRM
- zie ook H&W april, p. 55-57

'PERSOONSGERICHTE CLASSIFICATIE'

In deze rubriek portretteren we huisartsen die iets bijzonders doen. Simone Postma onderzoekt hoe huisartsen meer uit hun spreekuur kunnen halen met structureel meer aandacht voor het functioneren en de context van de patiënt. Op de NHG-Wetenschapsdag over dit onderwerp presenteert zij haar onderzoek en geeft zij een workshop.

Waarom zou je classificeren?

'Als huisarts weet je: context is alles. Dus hoe kunnen we als huisartsen meer zicht krijgen op het functioneren en de context van de patiënt en daadwerkelijk persoonsgerichter werken? Dat is het uitgangspunt van de wetenschapsdag en ook van mijn promotietraject bij de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO biedt een prachtig raamwerk om het gezondheidsgerelateerde functioneren van mensen te omschrijven en vast te leggen, maar is te omvangrijk voor de dagelijkse huisartsenpraktijk. We hebben speciaal voor de huisartsenpraktijk een ICF-set en instrument ontwikkeld. Daarmee onderzoeken we nu bij patiënten met multimorbiditeit, of het gebruik van dit instrument het gesprek tussen huisarts en patiënt persoonsgerichter kan maken. We weten uit onderzoek dat mensen met chronische ziekten minder goed functioneren; we willen dat huisartsen met ons instrument structureel meer aandacht hebben voor persoonlijke context en functioneren van hun patiënten. We hebben een vragenlijst ontwikkeld samen met patiënten en die gevalideerd met maar liefst 600 patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld. Nu onderzoeken we de toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk. Daarna onderzoeken we welk effect het gebruik van de vragenlijst heeft op het functioneren zelf en andere gezondheidsuitkomsten. Wij denken dat de nieuwe vragenlijst gaat zorgen voor persoonsgerichter werken door huisartsen.'

'Reason for Encounter vangt de ware context van de patiënt'

Wat wil je bereiken met je onderzoek?

'Een consortium van WONCA World, WONCA Europe, Radboudumc, NHG en andere deelnemende landen ontwikkelt een nieuwe versie van de ICPC, ICPC-3, de internationaal geaccepteerde standaard voor huisartsen.
Bijzonder aan de ICPC is de Reason for Encounter, RfE, waarmee je de ware context van de patiënt vangt: achter de RfE schuilen alle cognities, emoties en verwachtingen. Waarmee komt de patiënt nu naar me toe; wat is de hulpvraag? Het consortium wil daarnaast nu ook andere aspecten van functioneren en context in de ICPC-3 verwerken en kijken of er een link kan worden gemaakt met de ICF. Het zou fantastisch zijn als ze onderdelen uit onze ICF-vragenlijst kunnen meenemen in de ICPC-3. Ik ben heel trots dat ik via mijn onderzoek naar de ICF in de huisartsenpraktijk betrokken ben bij de ontwikkeling van de ICPC-3.'

Wat hebben huisartsen aan die classificatie?

'De ICPC sluit aan bij de behoefte van huisartsen om te kunnen coderen op het niveau van diagnoses, maar ook op het niveau van klachten en symptomen. Als je daarnaast aspecten van functioneren en context kunt vastleggen in het HIS, kun je nog meer recht doen aan het verhaal van de patiënt. Die mogelijkheid biedt de ICPC-3. Veel huisartsen krijgen de kriebels van coderen en registratie. Daarom hebben we onze ICF-vragenlijst zo ontwikkeld dat de patiënt zijn eigen functioneren en context codeert, omdat elke vraag correspondeert met een officiële ICF-code. Zonder extra handelingen en coderingen krijgt de huisarts automatisch al deze belangrijke informatie in het HIS. Met die gegevens kunnen we direct vanuit de huisartsenpraktijk onderzoek doen, maar bovendien kan de huisarts nog beter aansluiten bij de context en de belevingswereld van de patiënt. Zo kunnen we steeds de evidencebased persoonsgerichte geneeskunde blijven verbeteren in onze huisartsenpraktijken.'

NHGwetenschapdag.nl

Simone Postma, huisarts in een apotheekhoudende duopraktijk in Lith (gemeente Oss), wetenschappelijk onderzoeker Eerstelijnsgeneeskunde Radboudumc Nijmegen en lid van het WONCA International Classification Comitee (WICC), is genominbeerd voor de NHG-Wetenschapsprijs met een artikel over haar onderzoek.

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Cola in de spoedkit?

Heleen Nesse-Sijtsema, waarnemend huisarts in Noord-Nederland: 'Dit was echt waarvoor ik de HAweb-groep "Weer wat geleerd!" in het Ledenforum ooit heb opgezet, een superleuk leermoment; dit moeten mijn collega's ook horen! Cola helpt als er eten vastzit in de slokdarm. En die reactie over nitroglycerine was leuk. Dat blijkt ook te helpen; dat wist ik helemaal niet. Het is fijn als je als huisarts extra gereedschap in huis hebt om problemen op te lossen. Daardoor hebben we nu niet alleen cola maar ook nitroglycerine als oplossingen beschikbaar.

Mijn insteek bij de Ledenforum-groep "Weer wat geleerd!" was laagdrempelig: een virtuele koffietafel waar je collega's kunt spreken en leermomenten kunt delen. Maar het kan ook zijn dat bepaalde informatie niet klopt; dan geef je elkaar achtergrondinformatie.

HAweb is intercollegiaal bedoeld. Mooi dat het NHG dat faciliteert. Ik was vanaf het begin enthousiast over HAweb, ik zag mogelijkheden. Ik word er vrolijk van, wil dat iedereen het weet. Dan ga je steeds vaker denken: dit is een leuke voor HAweb.'

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.

Elke maand belichten we een bericht uit HAweb Ledenforum, en interviewen we een van de reagerende huisartsen. Heeft u ook een vraag, of wilt u meepraten? Plaats een oproep op HAweb Ledenforum.

Eten wil niet zakken

Een patiënt had een stuk eten in zijn slokdarm dat niet wilde zakken. Meestal lukte het met springen en geduld, maar vanavond niet, en hij kon inmiddels ook zijn speeksel niet meer doorslikken. De SEH-arts zei: 'Ik heb gehoord dat cola kan helpen.' De patiënt haalde een flesje cola uit de automaat in het ziekenhuis, en jawel: na één slok cola voelde hij het stuk eten naar beneden glijden! We voelden ons allebei 'gereedschap-rijker'. Voortaan een blikje cola in de medicatiekast?
Heleen Nesse-Sijtsema, huisarts in Noord-Nederland

Nitroglycerine

Het juiste medicament hebben wij al in onze spoedtas zitten: nitroglycerine (spray of tabletten). Het relaxeert het gladde spierweefsel: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29519719. Nitroglycerine bij proctalgia fugax moet wel lokaal. Over salbutamolinhalatie (!) wordt meer gerapporteerd: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20556402.
Huisarts in Veenendaal

Niet suikervrij

Rond de feestdagen zag ik dit als aios vaak op de SEH. Wat ook helpt, vaak op de SEH gegeven: (offlabel) 10 mg nifedipine oraal (in spuitje):
ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22242073
[ook over geen suikervrije cola gebruiken/red.]
Huisarts in Molenhoek

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