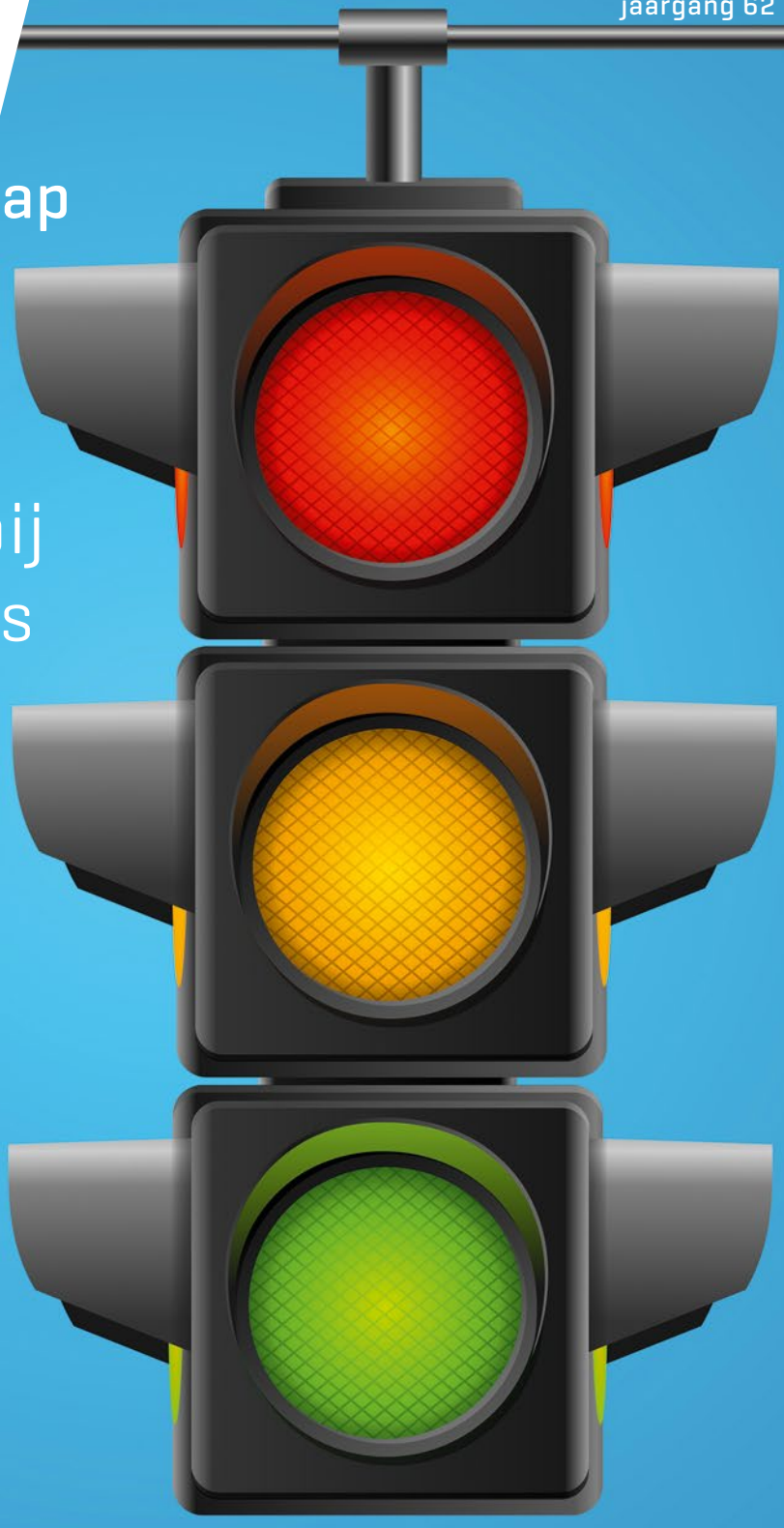
H&W
Huisarts en Wetenschap
6
juni 2019
jaargang 62

Stoplichtsysteem bij kinderen met koorts



Lokale behandeling neuropathische pijn bij diabetes

Dementie bij oudere migranten

Behandelrichtlijn Worminfecties

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Meningokokkensepsis

Op Wereldmeningitisdag vertelde een moeder op de radio het dramatische verhaal van het verlies van haar kind aan een meningokokkensepsis. Voor mij als huisarts een van de heftigste gebeurtenissen die je kan overkomen. Een gebeurtenis met veel emotie en onmacht. Meningokokkensepsis wil je voorkomen, tijdig diagnosticeren en snel behandelen.
We hebben vaccins, maar doorstaan die de harde realiteit van beleidskeuzes op basis van (kosten)effectiviteit en misinformatie van antivaxers? En hebben wij als huisartsen voldoende kennis paraat om hierover goed voor te lichten en te adviseren?
De diagnostiek van meningitis is nog lastiger. De vele kinderen die zich presenteren met koorts zijn slechts het topje van de ijsberg, stellen Peetoom en De Bont in dit nummer. We zien kinderen met meningitis sporadisch en ze hebben zelden de klassieke, niet wegdrukbare petechiën. We moeten afgaan op de ongerustheid van de ouders, onze anamnese en lichamelijk onderzoek en vertrouwen op onze klinische blik en pluis-/niet-pluisgevoel. De CRP-test, waar we vaak naar grijpen, is bij kinderen zeker niet het ja-neetestje dat ons dan helpt. Dit blijkt ook uit discussies in H&W.
In de triageprotocollen zie je de onzekerheid doorsijpelen: ze worden defensiever gehanteerd en er is meer upcoding van urgentie. Hierdoor is er meer (ervaren) druk, terwijl we niet meer patiënten zien in de diensten. Dienst doen ervaren we als lastiger bij een grotere en ons onbekende populatie met relatief meer ernstige morbiditeit. Daarmee komt de toegankelijkheid van 24/7 medische spoedzorg onder druk te staan. Er is een grote urgentie om met oplossingen te komen voor deze inhoudelijke en organisatorische vragen. LHV en Ineen zijn hier al mee bezig.
Maar ook wetenschappelijk onderzoek en evaluatie van experimenten blijven van belang.
Het uiteindelijke doel is de spoedzorg inhoudelijk en organisatorisch zo neer te zetten dat de bereikbaarheid goed blijft, juist om dat ene ernstig zieke kind er tijdig uit te pikken, en te hopen dat dat het verschil maakt. ■

Ivo Smeele, hoofdredacteur

Doel is een goed bereikbare spoedzorg, juist om dat ene ernstig zieke kind er tijdig uit te pikken

Wetenschap

14 **Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP**
Een voorlichtingsboekje voor ouders met een duidelijk stoplichtsysteem vermindert het aantal antibioticavoorschriften op de HAP.

19 **Kinderen met koorts gaan niet zo vaak naar de dokter**
Kinderen met koorts zorgen voor een hoge werkdruk op huisartsenposten, maar de meeste kinderen met infectieklachten gaan niet naar de huisarts.

24 **E-mailconsulten: wie, wat, hoeveel?**
Hoewel e-mailconsulten worden vergoed, zijn er maar weinig patiënten die van deze mogelijkheid gebruikmaken.

27 **Behandeling van tromboflebitis**
Vooral de keuze om al dan niet anticoagulantia voor te schrijven bij tromfoblebitis is lastig.

30 **Yrrah Stol: "Sommige gezondheidschecks bieden niet meer zekerheid dan een muntje opgooien"**
Een interview met Yrrah Stol over het grote aanbod aan gezondheidschecks.

Praktijk

37 **Ascitespunctie in de thuissituatie**
Het is voor huisartsen goed mogelijk om ontlastende ascitespuncties (paracentese) op verantwoorde wijze uit te voeren met als doel klachten van patiënten te verlichten.

40 **Het is rood en het schilfert**
Huisartsen beoordelen dagelijks allerlei plekjes en vlekjes. Patroonherkenning speelt daarbij een belangrijke rol om ziektebeelden te herkennen.

42 **Dementie bij oudere migranten**
Er zijn specifieke instrumenten ontwikkeld voor laagopgeleide patiënten met een diverse culturele achtergrond. Hierdoor kan de huisarts dementie eerder signaleren.

45 **Uw diagnose**
Een 78-jarige man met algehele malaise, koorts en flankpijn.

46 **Kennistoets**
Kinderen met koorts

49 **Lokale behandeling van neuropathische pijn bij diabetes**
Soms voldoet orale medicatie niet. Dan is lokale toepassing van amitriptyline en ketamine een mogelijke oplossing.

Fotografie omslag: Shutterstock

Nieuws

6 **Nieuwsberichten**
- A pint of milk a day keeps the doctor away
- Persisterende symptomen na acute diverticulitis
- Gezondheidschecks verlagen morbiditeit en mortaliteit niet
- IJzer suppleren hoeft niet met ijzeren hand
- Stijging medicijntekorten maar meestal oplossing voor patiënt
- De rol van apotheker-farmacotherapeut
- Follow-up prostaatkanker mogelijk ook in eerste lijn
- Extrafijn is niet per se extra goed
- Minder delier door paracetamol na operatie

54 **Geen rol meervoudig onverzadigde vetten bij cardiovasculaire preventie**

56 **Migraine en botulinetoxine**

59 **Euthanasieverklaringen bij vergevorderde dementie**

60 **Ingezonden**
- Geen koorts bij sepsis door slechtere uitgangspositie?
- Heeft de poh-ggz tijd voor hypnotherapie bij PDS?
- Discussie over de duur van antibioticakuren
- Leukocyten of bacteriën bij urineweginfecties?

62 **Apptip Mindfulness coach**

NHG

52 **Herziene NHG-Behandelrichtlijn Worminfecties**
Worminfecties zijn meestal onschuldig, maar soms zit er een kwade pier bij.

64 **'Thuisarts.nl portaal voor goede apps'**
Interview met Niels Chavannes, hoogleraar e-healthtoepassingen

65 **'Hoe eerder hoe beter'**
Huisarts Brenda Ott maakte een niet-reanimerenwilsverklaring die landelijk gebruikt wordt.

66 **'Van richtlijnen volgen naar samen beslissen'**
Scheidend NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra over de ontwikkelingen binnen de huisartsenzorg tijdens zijn voorzitterschap.

www.henw.org

- Omega-3-vetzuren en voorkomen van vroeggeboorte
- Advies stoppen met roken tijdens uitstrijkje bevolkingsonderzoek
- Nadelige effecten zorgplan bij gynaecologische kanker
- Bekkenbodemtherapie, urine-incontinentie en zwangerschap

A pint of milk a day keeps the doctor away

Jelle Himmelreich

Dagelijkse inname van zuivel is geassocieerd met een lager risico op cardiovasculaire ziekten. Wie meer dan twee porties zuivel per dag inneemt, zou zelfs een 34% lager risico op een cerebrovasculair accident (CVA) hebben dan iemand die nooit zuivel gebruikt. Het effect is het sterkst bij dagelijks gebruik van volle melk en yoghurt.

Meer zuivelinname leidt mogelijk tot een lager risico op cardiovasculaire ziekten. Foto: Shutterstock

Dat blijkt uit een groot internationaal prospectief cohortonderzoek waarbij data werd geanalyseerd van 136.384 deelnemers uit 21 landen op alle continenten. De deelnemers waren tussen de 35 en 70 jaar oud, en hadden geen cardiovasculaire ziekten in hun voorgeschiedenis.
Na gemiddeld 9,1 jaar waren 6796 deelnemers (5%) overleden en kregen 5855 mensen (4,3%) de diagnose myocardinfarct, CVA of hartfalen. Meer zuivelinname (melk, yoghurt, kaas of boter) was geassocieerd met een lager risico op de gecombineerde uitkomst dood of cardiovasculaire ziekte: 17% lager risico op sterfte (hazardratio (HR) 0,83; 95%-BI 0,72 tot 0,96) en 34% lager risico op CVA (HR 0,66; 95%-BI 0,53 tot 0,82) bij > 2 eenheden zuivel per dag. Wanneer de resultaten werden uitgesplitst naar het soort ingenomen zuivel bleef het verband met een lager risico op de gecombineerde uitkomst dood of cardiovasculaire ziekte alleen overeind voor melk (HR 0,90; 95%-BI 0,82 tot 0,99) en yoghurt (HR 0,86; 95%-BI: 0,75 tot 0,99) na correctie voor relevante variabelen. Het lagere risico gold vooral voor volle melkproducten.
De uitkomsten over het gebruik van volle melkproducten druisen in tegen de aanbeveling van het Voedingscentrum dat vooral halfvolle en magere melkproducten adviseert, en staan ook in contrast met een recent Zweeds onderzoek dat een sterftetoename van 32% liet zien bij meer dan twee eenheden zuivel per dag. Mogelijk is het beschermend effect van zuivelinname vooral aanwezig in landen waar gemiddeld nog weinig zuivel wordt gebruikt. Nadere analyses van de resultaten op basis van deelnemers uit de meer op Nederland lijkende landen zijn nodig ■

Dehghan M, et al. Association of dairy intake with cardiovascular disease and mortality in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. Lancet 2018;392:2288-97.

Persisterende symptomen na acute diverticulitis

Petra van Peet

Er is nog weinig bekend over het beloop van symptomen na een aanval van acute, ongecompliceerde diverticulitis. Recent onderzoek toont aan dat één tot twee jaar na een episode van acute, ongecompliceerde diverticulitis meer dan een derde van de patiënten persisterende symptomen heeft.

Nederlandse onderzoekers verrichtten een observationeel onderzoek binnen een gerandomiseerde klinische trial naar antibiotische behandeling bij patiënten met een door CT bewezen primaire, ongecompliceerde, acute diverticulitis. Zij beoordeelden bij 528 patiënten de kwaliteit van leven en klachten met behulp van vragenlijsten op 3, 6, 12 en 24 maanden. De onderzoekers definieerden persisterende symptomen op 12 en 24 maanden als een symptoomscore gelijk aan de laagste 16% die werd gemeten in een gezonde referentiegroep. Er was geen verschil in uitkomsten op de scorelijsten (kwaliteit van leven) tussen de observationele groep en de groep die antibiotica kreeg. Afhankelijk van de gebruikte vragenlijst had in totaal 32,2 tot 38,2% van de patiënten persisterende symptomen na één of twee jaar en had

Gezondheidschecks verlagen morbiditeit en mortaliteit niet

Nadine Rasenberg

In veel landen zijn gezondheidschecks volledig ingeburgerd en ook in Nederland neemt de aandacht van patiënten hiervoor toe. Huisartsen zijn daarbij terughoudender dan veel van hun buitenlandse collega's, blijkt bijvoorbeeld uit de Persoonlijke Gezondheidscheck. Een recente update van een Cochrane-review geeft aan dat dit terecht is.

Gezondheidschecks bij gezonde personen onder de 65 jaar leveren geen gezondheidswinst op. Foto: iStock

De auteurs bekeken de effecten van algehele gezondheidschecks op morbiditeit en mortaliteit. Zij selecteerden gerandomiseerde onderzoeken over screening naar meerdere aandoeningen of in meerdere orgaansystemen bij asymptomatische mensen onder de 65 jaar. Zij sloten onderzoeken uit die screening verrichtten in een voorgeselecteerde populatie met een bekende risicofactor. In totaal selecteerden de auteurs 17 onderzoeken, waarvan er 15 gegevens rapporteerden over de mortaliteit en morbiditeit (251.891 patiënten). De onderzoeken waren van redelijke kwaliteit.

De gevonden onderzoeken richtten zich met name op bloed- en urineonderzoek, ECG's en spirometrie. In een paar onderzoeken werd er ook beeldvormend onderzoek verricht met een X-thorax of een abdominale echo. Er werd geen effect van de gezondheidschecks gevonden op de totale mortaliteit (RR 1,00; 95%-BI 0,97 tot 1,03), mortaliteit bij kanker (RR 1,01; 95%-BI 0,92 tot 1,12) en cardiovasculaire mortaliteit (RR 1,05; 95%-BI 0,94 tot 1,16). Er was ook geen effect op morbiditeit van ischemische hartziekten (RR 0,98; 95%-BI 0,94 tot 1,03) en beroertes (RR 1,05; 95%-BI 0,95 tot 1,17). Gezondheidschecks met bloed- of urineonderzoek, ECG, spirometrie, X-thorax of abdominale echo bij gezonde personen onder de 65 jaar leveren dus geen gezondheidswinst op voor de patiënt. Hoewel verzoeken voor screenend onderzoek bij de huisarts lijken toe te nemen, is het advies terecht om hier terughoudend in te zijn en de patiënt goed te informeren (zie bijvoorbeeld Thuisarts.nl). Opvallend is ook dat bewijs voor effectiviteit uit gerandomiseerde onderzoeken blijkbaar niet nodig is voor commerciële bedrijven om gezondheidschecks aan te bieden. Voor ons als huisarts best lastig. ■

Krogsbøll LT, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev 2019;1:CD009009.

24 tot 26% buikpijnklachten. Risicofactoren voor persisterende symptomen waren een gemiddelde visueel analoge (VAS) pijnscore van ≥ 3,75 gedurende de eerste tien dagen van de ziekte (OR 2,77; 95%-BI 1,6 tot 4,8) en een langere tijd (≥ 28 dagen) tot herstel (OR 2,25; 95%-BI 1,31 tot 3,88). De meest voorkomende symptomen waren winderigheid, gerommel in de darmen, frequente defecatie, opboeren en een vol gevoel. Er zijn ook kanttekeningen bij dit onderzoek: het betreft een tweedelijnspopulatie, er was ongeveer 26% uitval op 12 en 24 maanden, en de vragenlijsten vroegen naar klachten van de afgelopen week. Dit onderzoek laat niettemin zien dat patiënten na een acute, ongecompliceerde diverticulitis vaak buikklachten houden, onafhankelijk van de behandeling met of zonder antibiotica. Dat is goed om te weten bij uw voorlichting aan deze patiënten. ■

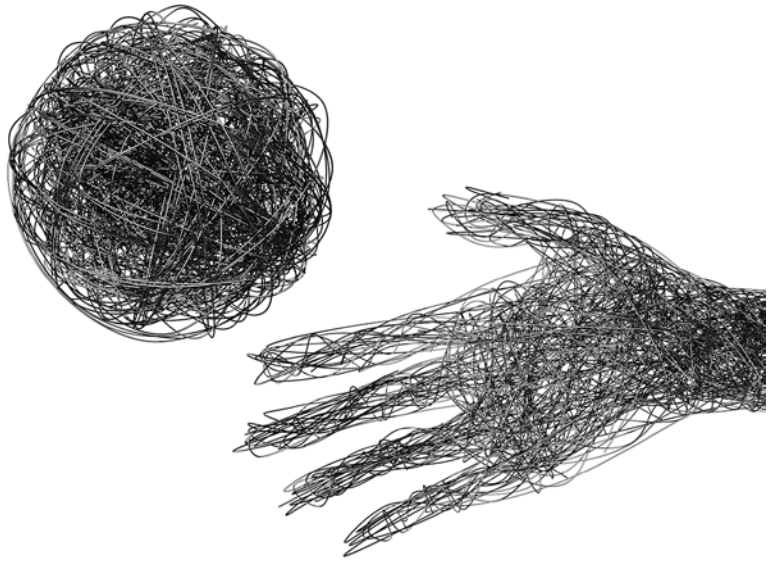
Van Dijk ST, et al. Quality of life and persistent symptoms after uncomplicated acute diverticulitis. Dis Colon Rectum 2019;62:608-14.

Lees ook het interview met Yrrah Stol. 'Yrrah Stol: Sommige gezondheidschecks bieden niet meer zekerheid dan een muntje opgooien'. Huisarts Wet 2019;62:30-2. DOI:10.1007/s12445-019-0118-7.

IJzer suppleren hoeft niet met ijzeren hand

Gijs Baaten

Er zijn nogal wat patiënten die last hebben van ijzergebrek en zij krijgen ijzertabletten. Langdurige, dagelijkse inname van ijzertabletten is echter vaak een belasting voor de patiënt. Intermitterende suppletie blijkt dan een redelijk alternatief, zo blijkt uit deze Cochrane-review.



Intermitterende suppletie is een goed alternatief als dagelijkse inname van ijzertabletten te belastend is voor de patiënt. Foto: iStock

IJzergebreksanemie is een veelvoorkomend probleem bij vrouwen in de reproductieve levensfase en is dan met name het gevolg van menstrueel bloedverlies. De behandeling is gericht op suppleren van ijzer. De NHG-Standaard Anemie adviseert dagelijks ferrofumaraat. Het duurt echter gemiddeld een aantal weken voordat een normaal Hb-gehalte is bereikt en het advies is om de behandeling daarna nog acht tot twaalf weken voort te zetten om de ijzerreserves aan te vullen. Langdurig en dagelijks gebruik van ijzer wordt vaak bemoeilijkt door therapieontrouw en door gastro-intestinale bijwerkingen zoals misselijkheid, diarree en obstipatie. Bij bijwerkingen adviseert de NHG-Standaard een lagere frequentie of een lagere dosis.

De auteurs van deze Cochrane-review onderzochten of intermitterend orale ijzersuppletie een effectief en prettiger alternatief is. Zij selecteerden 25 RCT's met 10.996 vrouwen bij wie inname van ijzersupplementen één, twee of drie keer per week op niet-opeenvolgende dagen werd vergeleken met geen interventie, placebo of dagelijkse suppletie.

In vergelijking met geen behandeling of placebo bleek intermitterende ijzersuppletie het risico op anemie te verminderen, en ferritine- en hemoglobineconcentraties te verbeteren. In vergelijking met dagelijkse ijzersuppletie was het risico op bloedarmoede echter iets groter bij intermitterende suppletie (RR 1,26; 95%-BI 1,04 tot 1,51), zonder dat er verschillen waren in het risico op bijwerkingen.

Hoewel de kwaliteit van het bewijsmateriaal varieerde van zeer laag tot matig concluderen de auteurs dat intermitterende suppletie een geschikt alternatief is als dagelijkse suppletie niet haalbaar is, zoals ook de NHG-Standaard aangeeft. ■

Fernández-Gaxiola AC, et al. Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in adolescent and adult menstruating women. Cochrane Database Syst Rev 2019;1:CD009218.

Stijging medicijntekorten maar meestal oplossing voor patiënt

Rick van Uum

Het aantal meldingen van verwachte medicijntekorten steeg van 536 meldingen in 2017 naar 1390 meldingen in 2018. Dat blijkt uit het jaarrapport van het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten. Het Meldpunt zoekt zo nodig naar alternatieve medicijnen.

Bij het Meldpunt, opgericht in 2017, kunnen handelsvergunninghouders en fabrikanten melding doen van een (verwacht) tekort aan een geneesmiddel, het opnieuw in de handel nemen van een geneesmiddel, het stopzetten van de productie of een kwaliteitsdefect. Het doel daarvan is mogelijke tekorten vroeg te signaleren en de gevolgen zoveel mogelijk te beperken.

Bij 80% (1101) van de 1390 meldingen was het fabrikanten onduidelijk of er voldoende alternatieven beschikbaar zouden zijn. Tekorten werden het vaakst (52%) veroorzaakt door vertraging in de productie of vrijgifte van het eindproduct. Opvallend was de toename van tekorten door een stijgende vraag (16%) en het definitief uit de handel nemen (316 in 2018 versus 87 in 2017), vrijwel altijd om bedrijfseconomische redenen. Voor de meeste tekorten wist het Meldpunt een alternatief geneesmiddel te vinden of het betreffende middel uit het buitenland te importeren. In enkele gevallen werd geen alternatief

De rol van apotheker-farmacotherapeut

Anne Meike Boels

De apotheker-farmacotherapeut kan veel problemen identificeren en oplossen. Foto: Shutterstock

De helft van alle medicatiegerelateerde opnames in het ziekenhuis zou voorkomen kunnen worden door betere farmacotherapeutische zorg. Een apotheker-farmacotherapeut die volledig is geïntegreerd in de huisartsenpraktijk kan hieraan bijdragen. Uit een Nederlands promotieonderzoek blijkt dat er minder medicatiegerelateerde opnames zijn in praktijken waar een apotheker-farmacotherapeut werkzaam dan in praktijken met standaardzorg. De promovendus vond echter geen verschil tussen de inzet van apotheker-farmacotherapeuten en medicatiebeoordeling door getrainde openbare apothekers.

Aangezien de meeste medicijnen worden gestart of herhaald in de huisartsenpraktijk zou een apotheker-farmacotherapeut die volledig werkzaam en geïntegreerd is in het multidisciplinaire team van de huisartsenpraktijk meerwaarde kunnen hebben. De promovendus onderzocht dit gegeven in een observationeel onderzoek in negen huisartsenpraktijken. Zij verzamelde op drie verschillende momenten gegevens over de laatste tien patiënten bij wie alle stadia van medicatiebeoordeling waren doorlopen. Bij deze 270 patiënten vond zij 1292 farmacotherapieproblemen, met een mediaan van vijf per patiënt. Bij 24% van de problemen was er sprake van overbehandeling (met name protonpompremmers, bloedverdunners en diuretica), bij 21% onderbehandeling (met name vitamine D, calcium en lipidenverlagende medicatie). De aanbevelingen om de medicatie te optimaliseren, werd in 83% van de gevallen opgevolgd.

De onderzoeker keek ook naar het effect op medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames. Hiervoor maakte zij gebruik van een niet-gerandomiseerd interventieonderzoek met twee controlegroepen: standaardzorg en standaardzorg plus, waarbij de farmacotherapeutische zorg werd geleverd met een (niet in de praktijk geïntegreerde) openbaar apotheker die was getraind in medicatiebeoordelingen. Er waren minder medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames in de interventiegroep dan in de groep die de standaardzorg kreeg (relatieve risico 0,68; 95%-BI 0,57 tot 0,82). Er werd echter geen verschil gevonden tussen de interventiepraktijken en de praktijken met standaardzorg plus (relatieve risico 1,05; 95%-BI 0,73 tot 1,52). De onderzoeker wijt dit aan de pre-existente verhoogde interesse in farmacotherapeutische zorg in de praktijken met standaardzorg plus.
Alhoewel de apotheker-farmacotherapeut een groot aantal farmacotherapeutische problemen kan identificeren en oplossen, leidt deze inzet dus niet tot minder medicatiegerelateerde opnames ten opzichte van inzet van getrainde openbaar apothekers die medicatiebeoordelingen doen. ■

Hazen ACM. Non-dispensing clinical pharmacists in general practice: training, implementation and clinical effects. Utrecht: Utrecht University Repository, 2018 [proefschrift].

Een stijgend aantal middelen is om bedrijfseconomische redenen niet meer beschikbaar. Foto: Shutterstock

gevonden voor de tijdelijke tekorten. Bij disulfiram, levothyroxinenatrium Teva (25 en 50 microg), levodopa/carbidopa, Bactroban, tilmanocept en levothyroxine Thyrofix (25 en 100 microg) hebben we dat in de praktijk ook gemerkt. Een lichtpunt in het zorgelijke tekort aan smalspectrumantibiotica was het opnieuw beschikbaar komen van feneticillinecapsules. Het blijft echter onduidelijk of de stijging van meldingen komt door een daadwerkelijke stijging in tekorten of door betere vindbaarheid van het nog jonge meldpunt.
Tekorten zijn in de dagelijks praktijk erg vervelend voor zowel artsen en apothekers als patiënten. De rapportage laat zien dat er hard wordt gewerkt om te zorgen dat er een alternatief beschikbaar is, en dat tekorten vaak van tijdelijke aard zijn. De stijging van het aantal middelen dat om bedrijfseconomische redenen niet meer beschikbaar is, baart echter zorgen. ■

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Rapportage Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten 2018. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2019.

Follow-up prostaatkanker mogelijk ook in eerste lijn

Nadine Rasenberg

Een gezamenlijke follow-up van de eerste en tweede lijn bij prostaatkanker pakt goed uit.

Foto: Shutterstock

Gezien de toename van patiënten in een stabiele fase van kanker is het belangrijk om kijken of de follow-up, of een deel daarvan, in de eerste lijn kan plaatsvinden. Een kleinschalig Nederlands pilotonderzoek toont aan dat samenwerking tussen de eerste en tweede lijn rond de follow-up van prostaatkanker naar tevredenheid kan verlopen.

Aan het onderzoek deden 20 patiënten met prostaatkanker in een stabiele fase mee. Zij kwamen uit 6 huisartsenpraktijken (14 huisartsen) in de regio Amersfoort. De patiënten waren allen ouder dan 65 jaar, hadden comorbiditeit en werden 12 maanden behandeld in de eerste lijn. Patiënten die nog actief werden behandeld door de uroloog, bij wie de uroloog een verschuiving naar de eerste lijn niet veilig achtte of bij wie de verwachte follow-up-tijd minder dan 12 maanden was, kwamen niet in aanmerking. De deelnemers aan het project hadden afspraken bij de huisarts volgens een van tevoren vastgesteld protocol en mochten tussentijds zo nodig contact opnemen. Tijdens de afspraken vroeg de huisarts naar symptomen en verrichtte PSA-metingen. Bij een PSA-stijging werd een terugverwijzing naar de uroloog in elk geval nodig geacht. De huisarts kon verder laagdrempelig overleggen, eventueel met een videoconsult.
Tijdens het project werden er drie patiënten terugverwezen met een PSA-stijging en één patiënt overleed aan een andere oorzaak. Alle betrokkenen kregen de vraag of zij tevreden waren over de behandeling. Van de 20 patiënten waren er 14 tevreden (gemeten volgens CQ-index), 2 patiënten gaven een lage score. Alle betrokken huisartsen en urologen gaven in interviews aan tevreden te zijn en te willen doorgaan met het bieden van de zorg op deze wijze. Als beperking werd genoemd dat de selectiecriteria van de patiënten die voor deze zorg in aanmerking kwamen wat onduidelijk waren. In het pilotonderzoek is niet gekeken naar werkbelasting en randvoorwaarden.
De auteurs vinden dat de pilot succesvol is verlopen. Gezien de toename van het aantal oncologische nacontroles lijkt deze werkwijze een mogelijk scenario voor de toekomst. ■

Heins M, et al.Feasibility and acceptability of follow-up for prostate cancer in primary care: a pilot study. BJGP Open 2018;2(4):bjgpopen18X101616.

Extrafijn is niet per se extra goed

Sanne Dijkhuizen

Producenten claimen dat dosisaerosolen met extrafijne deeltjes effectiever zijn en lager gedoseerd kunnen worden dan andere aerosolen. Dat is echter nog maar de vraag, want er is nooit een goede vergelijking gemaakt tussen extrafijne en normale deeltjes. Bovendien is de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek matig. Dit is de conclusie van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) in een 'factcheck'.

Dosisaerosolen met extrafijne deeltjes, zoals Qvar, Foster en Trimbow, zouden een lagere dosering mogelijk maken omdat de kleine deeltjes minder worden uitgeademd en beter in de periferie van de longen komen. Alle bestaande aerosolen bevatten extrafijne en niet-extrafijne deeltjes, maar de verhouding van deeltjesgrootte verschilt tussen alle preparaten. Een dosisaerosol mag extrafijn worden genoemd bij een mediane deeltjesdiameter kleiner dan 2 micrometer. De eerste tekortkoming van de onderzoeken naar longdepositie en veiligheid is dat voor een goede afzetting in de longen niet alleen de mediane grootte, maar juist de verdeling van extrafijne en grotere deeltjes belangrijk is. Die deeltjesgrootteverdeling wordt in alle onderzoeken buiten beschouwing gelaten. Daarnaast verschillen in de onderzoeken niet alleen de deeltjesgrootten

Lees verder op pagina 13

Minder delier door paracetamol na operatie

Hanneke Borgdorff

Het ondergaan van een operatie is een belangrijke risicofactor voor een delier bij ouderen. Recent gerandomiseerd onderzoek laat zien dat ouderen een lager risico op delier hebben als zij gedurende 48 uur na een hartoperatie intraveneus paracetamol krijgen. Mogelijk komt dit doordat zij dan minder opioïden krijgen. Deze bevindingen onderstrepen nogmaals het belang van een stapsgewijze aanpak van de behandeling van pijn bij ouderen.

Na een hartoperatie verlaagt intraveneuze paracetamol het risico op een delier bij ouderen.

Foto: Shutterstock

In een Amerikaans ziekenhuis verdeelden onderzoekers ouderen (> 60 jaar, n = 120) die een hartoperatie (CABG met eventueel klepvervanging) ondergingen over vier groepen. Iedere deelnemer kreeg het sedatiemiddel propofol of dexmedetomidine, en als pijnstilling paracetamol of placebo boven op het standaard pijnstillerschema. In de paracetamolgroepen kregen deelnemers gedurende 48 uur na de operatie intraveneus viermaal daags 1 gram. Er werd dagelijks een delierscorelijst afgenomen. Bij de patiënten die paracetamol kregen, trad minder vaak delier op (10%) dan bij patiënten in de placebogroepen (28%; het verschil was 18%; 95%-BI 32 tot 5). Er was geen verschil in risico op delier tussen de twee sedatiemethoden. De paracetamolgroep had minder overige pijnstilling nodig (mediaan 322,5 versus 405,3 microg morfine-equivalent; het verschil was 83 microg; 95%-BI 154 tot 14).

Helaas is in dit onderzoek niet gecorrigeerd voor leeftijd, die in de paracetamolgroepen iets lager lag dan in de placebogroepen. Tot dit onderzoek wordt herhaald in een grotere groep blijft het wel aannemelijk dat paracetamol beschermt tegen delier door middel van pijnreductie en beperking van opioïdengebruik.

De risico's in de huisartsenpraktijk op delier zijn uiteraard veel lager dan na een operatie. Toch ondersteunen deze resultaten het advies uit de NHG-Standaard Pijn om er zeker van te zijn dat (oudere) patienten een adequate dosering paracetamol gebruiken alvorens tot morfinepreparaten over te gaan. ■

Subramaniam B, et al. Effect of intravenous acetaminophen vs placebo combined with propofol or dexmedetomidine on postoperative delirium among older patients following cardiac surgery: the DEXACET randomized clinical trial. JAMA 2019; 321:686-96.

Vervolg van pagina 10

Er is geen evidence voor de bewering dat dosisaerosolen met extrafijne deeltjes effectiever zijn dan andere aerosolen. Foto: Shutterstock

maar ook andere variabelen. Zo wordt Qvar, extrafijne deeltjes beclomethason in HFA drijfgas, vergeleken met gewone beclomethasondeeltjes in CFK drijfgas, een gas dat inmiddels verboden is. De snelheid van de deeltjes is met HFA lager dan met CFK, waardoor depositie in de mondholte bij HFA 30% en bij CFK 94% is. Andere onderzoeken vergelijken Foster en Trimbow met diverse combinaties van andere medicijnen uit dezelfde geneesmiddelengroep, waardoor we niet weten of de afname van klachten wordt verklaard door de grootte van de deeltjes, of het verschil in medicament. De NHG-Standaard Astma heeft de claim van betere werkzaamheid en veiligheid niet overgenomen. Het IVM bevestigt nog eens dat deze claim onzeker is en dat er onderzoek nodig is met de deeltjesgrootteverdeling als enige variabele alvorens we hierover definitief een uitspraak kunnen doen. ■

Eikelboom D, et al. Goed onderzoek nodig naar meerwaarde extrafijne deeltjes. Pharmaceutisch Weekblad 9-1-3-2019.

Een boekje brengt verbetering

Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP

Eefje de Bont, Geert-Jan Dinant, Gijs Elshout, Gijs van Well, Nick Francis, Bjorn Winkens, Jochen Cals

Inleiding Koorts is de meest voorkomende reden waarom kinderen bij de huisarts komen. De oorzaak is meestal een onschuldige virusinfectie. Veel kinderen krijgen echter alsnog antibiotica. We onderzochten het effect van een voorlichtingsboekje voor ouders die een huisartsenpost (HAP) bezochten omdat hun kind koorts had.

Methode Clustergerandomiseerde gecontroleerde trial met twintig HAP's, waarvan er tien beschikten over het boekje in de periode tussen november 2015 en juni 2016. We keken naar antibioticavoorschriften, algemene medicatie, (her)consulten en tevredenheid.

Resultaten In totaal includeerden 3518 huisartsen 25.355 kinderen. Het boekje werd gebruikt in 28,5% van de consulten. Er was geen significant verschil in antibioticavoorschriften tussen de groep die het boekje ter beschikking had en de controlegroep (OR 0,90; 95%-BI 0,79 tot 1,02). Als het boekje daadwerkelijk werd gebruikt, was dit verschil wel significant (OR 0,83; 95%-BI 0,74 tot 0,94). Ook kregen kinderen dan minder andere medicatie en waren ouders minder geneigd om terug te komen.

Conclusie Een voorlichtingsboekje met stoplichtsysteem gericht op ouders van kinderen met koorts is goedkoop en direct toepasbaar op de HAP. De beschikbaarheid op zichzelf heeft geen effect op het aantal antibioticavoorschriften, daadwerkelijk gebruik heeft dat wél.

INLEIDING

Koorts is de meest voorkomende reden waarom kinderen naar de huisarts gaan. De oorzaak is meestal een onschuldige virusinfectie, maar veel kinderen krijgen toch antibiotica voorgeschreven.[1-3] Op de huisartsenpost (HAP) ziet men kinderen met koorts aanzienlijk vaker dan in de dagpraktijk, onder andere omdat ouders overdag werken en omdat koorts in de vroege avond stijgt.[4] Maar liefst een derde van alle contacten met kinderen op de HAP heeft te maken met koorts.[2]

Wanneer een ouder de HAP belt omdat zijn of haar kind koorts heeft, krijgen zeven van de tien kinderen een fysiek consult. Vervolgens verlaat een kwart tot een derde de spreekkamer met antibiotica, terwijl uit onderzoek blijkt dat waarschijnlijk slechts één op de twintig kinderen daadwerkelijk antibiotica nodig heeft.[2,5] Koorts bij kinderen vergroot op die manier de werklast op de HAP én het aantal onterechte antibioticavoorschriften.

Huisartsen hebben het gevoel dat ouders antibiotica wensen, terwijl ouders vooral geruststelling verwachten, in de vorm van een lichamelijk onderzoek.[6,7] Wat ook meespeelt, is dat huisartsen absoluut willen vermijden dat ze die ene ernstige diagnose over het hoofd zien. Dat geldt des te sterker op de HAP, waar kind en ouders meestal niet bekend zijn en waar de werkdruk toch al hoog is. Ouders van hun kant zijn op zoek naar betrouwbare zelfzorgadviezen en naar informatie over het natuurlijke beloop en specifieke alarmsymptomen. Op de HAP is er weinig tijd om daar uitgebreid op in te gaan.[6,7]

Wij ontwikkelden een voorlichtingsboekje met een 'stoplichtsysteem', dat huisartsen op de HAP kunnen gebruiken bij de voorlichting aan ouders van kinderen met koorts. We evalueerden het effect van dit boekje op het aantal voorschriften voor antibiotica, medicatie in het algemeen, (her)consulten en tevredenheid.[8]

METHODE

Opzet, deelnemers en uitkomstmaten

Dit clustergerandomiseerde interventieonderzoek vond plaats op twintig HAP's verspreid over Nederland. Tien HAP's leverden gebruikelijke zorg, op de andere tien konden de huisartsen het voorlichtingsboekje tussen november 2015 en juni 2016 gebruiken in koortsgerelateerde consulten bij kinderen van 3 maanden tot 12 jaar.

De primaire uitkomstmaat waren antibioticavoorschriften tijdens het consult; secundaire uitkomstmaten waren (her-)consulten op de HAP, antibioticavoorschriften tijdens herconsulten, voorschriften voor andere medicatie dan antibiotica en verwijzing naar de tweede lijn.
De gecodeerde gegevens werden automatisch verzameld via Call Manager® van Labelsoft, een applicatie die de meeste HAP's gebruiken. Iedere keer dat de huisarts een kind zag van 12 jaar of jonger, stelde het systeem de vraag: 'Had dit kind koorts (thuis of op de HAP)?' We verzamelden ook de ICPC-codes om de reden van het consult in kaart te brengen.
Naast deze automatische registratie namen we ouders steekproefsgewijs een telefonisch semigestructureerd interview af, waarin we vroegen naar andere secundaire uitkomstmaten.

De interventie
Het voorlichtingsboekje [**online figuur 1**] werd in een aantal stappen ontwikkeld op basis van een landelijk vragenlijstonderzoek onder ouders van jonge kinderen,[9] focusgroepen en semigestructureerde interviews met huisartsen,[7] ouders[6] en triagisten, en uitgebreid literatuuronderzoek.[10] Het bevatte de volgende secties:

- een stoplichtsysteem voor koorts bij kinderen in het algemeen en voor specifieke infectieklachten zoals hoest, keelpijn, oorpijn, buikpijn, braken en diarree, waarin gedrag en symptomen die de ouders zelf konden observeren werden gekoppeld aan adviezen in oplopende urgentie [**figuur 2**];
- informatie over de voor- en nadelen van antibiotica;
- een overzicht van de gemiddelde duur van de meest voorkomende infectieklachten;
- een doseringsschema voor paracetamol;
- advies over koortsconvulsies en huiduitslag.

De bedoeling van dit boekje was aan het eind van een consult uitleg, discussie en communicatie tussen de huisarts en ouders te faciliteren. De huisarts kon specifieke symptomen en vragen van ouders aanvinken, de uitleg daarop toespitsen en eventuele aanvullende vragen daarover beantwoorden.

Statistische analyse
We gebruikten SPSS 21.0 en voerden een multilevel logistische regressieanalyse uit met MLwiN versie 2.22, waarbij we corrigeerden voor de clustering en voor geslacht, leeftijd en sociaaleconomische status (SES). Door de wijze van dataverzameling hadden we geen inzage in de mate van ziekzijn en overige comorbiditeit.
Als extra analyse naast de gebruikelijke analyses voerden we een *complier-adjusted causal effect* (CACE)-analyse uit, waarin we de controleconditie vergeleken met daadwerkelijk gebruik van het boekje, in plaats van met louter toegang tot het boekje.[8,11] Zie het originele artikel voor een uitgebreidere beschrijving.[12]

WAT IS BEKEND?
- Koorts is de meest voorkomende reden voor kinderen om bij de huisarts te komen.
- Koorts wordt meestal veroorzaakt door een onschuldige (virus)infectie, afwachtend beleid is voldoende.
- Veel kinderen met koorts krijgen toch antibiotica.
- Op de huisartsenpost (HAP) ligt het percentage antibioticavoorschriften nog hoger dan in de dagpraktijk.

WAT IS NIEUW?
- Voorlichting in de vorm van een mooi vormgegeven boekje met een duidelijk stoplichtsysteem kan het aantal antibioticavoorschriften op de HAP doen afnemen.
- Ouders zijn na gebruik van het boekje minder snel geneigd terug te komen voor dezelfde klachten.

RESULTATEN
Gedurende de inclusieperiode van 6 maanden hadden op de twintig deelnemende HAP's 106.014 contacten betrekking op een kind, en daarvan was 36,1% koortsgerelateerd. Van de telefonische contacten resulteerde 77,3% in een consult met een huisarts. De 3518 huisartsen (73 tot 273 per HAP) includeerden in totaal 25.355 kinderen [**online tabel 1**].
Het boekje werd gebruikt in 3407 van de 11.945 consulten in de interventiegroep (28,5%, uitersten per HAP 23,1 tot 38,5%). Ten opzichte van de controlegroep was er geen significant verschil in antibioticavoorschriften (23,5 versus 25,2%; OR 0,90;

95%-BI 0,79 tot 1,02) [**tabel 2**]. Het meest voorgeschreven werd amoxicilline, 76,1% van alle antibioticavoorschriften. In de interventiegroep werd in totaal minder medicatie voorgeschreven dan in de controlegroep (OR 0,87; 95%-BI 0,77 tot 0,97). Na antibiotica werden xylomethazoline, salbutamol en ibuprofen het meest voorgeschreven. Correctie voor geslacht, leeftijd en sociaaleconomische status maakte geen verschil. Gemiddelde antibioticavoorschrijfpercentages varieerden zoals verwacht tussen de drie meest voorkomende ICPC-codes [**online tabel 3**], hiervoor werd gecorrigeerd.

Gecorrigeerd voor daadwerkelijk gebruik van het boekje vonden we een significante afname in het aantal antibioticavoorschriften in vergelijking met de controlegroep: 21,9 versus 25,2%. In de per-protocolanalyse was de OR 0,83 (95%-BI 0,74 tot 0,94). In de CACE-analyse was de OR voor antibioticavoorschriften 0,71 (95%-BI 0,63 tot 0,79) en voor alle medicatievoorschriften 0,62 (95%-BI 0,57 tot 0,69).[12]

De steekproef die deelnam aan het telefonische interview (n = 553) was vergelijkbaar met de totale populatie ouders. In de controlegroep gaf 2,8% aan dat zij schriftelijke informatie hadden ontvangen van de huisarts of naar een website waren verwezen. Van de ouders gaf 23,5% aan dat zij voorafgaand aan het bezoek op de HAP al bij hun eigen huisarts waren geweest. Ouders waren tevreden, we vonden hierbij geen verschil tussen beide groepen [**online tabel 4**]. Wel waren de ouders bij wie het voorlichtingsboekje was gebruikt minder geneigd om de HAP te consulteren bij soortgelijke toekomstige klachten (intentie tot terugkomen voor dezelfde klachten van 75,6 versus 84,4% van de ouders in controlegroep, OR 0,55; 95%-BI 0,35 tot 0,85).

KINDEREN MET KOORTS OP DE HAP: BEVINDINGEN UIT EERDER ONDERZOEK[1]

- Op een gemiddelde HAP komen per dag circa vijftien kinderen met koorts.
- Huisartsen doen het meeste werk op de HAP zelf, zij verwijzen minder dan één op de tien kinderen.
- Ouders nemen vooral contact op met een HAP omdat zij geruststelling zoeken in de vorm van een gedegen lichamelijk onderzoek.
- Bij een op de drie koortsgerelateerde consulten op de HAP noteert de huisarts geen temperatuur in het patiëntendossier.
- De boodschap 'het is een virusinfectie' zegt de helft van de ouders niets over de zinloosheid van antibiotica.
- Als medicatie nodig is, is voor zowel amoxicilline als paracetamol 60 mg/kg per dag een veilige en eenduidige dosering bij kinderen.
- Ouders weten niet dat niet alle verpakkingen van paracetamol dezelfde dosering vermelden. Het voorkomt verwarring en onrust als men ouders hierop wijst.
- Zowel huisartsen als ouders hebben behoefte aan voorlichting vóórdat een kind daadwerkelijk ziek wordt.

BESCHOUWING

De huisartsen die tijdens hun diensten op de HAP beschikten over het voorlichtingsboekje voor kinderen met koorts, gebruikten het in circa één op de drie koortsgerelateerde consulten. Dat het boekje beschikbaar was had op zichzelf geen effect op het aantal antibioticavoorschriften, maar artsen die het daadwerkelijk gebruikten, schreven minder antibiotica voor en minder medicatie in het algemeen. Op ouders had gebruik van het boekje het effect dat ze – naar eigen zeggen – voortaan minder snel een HAP zouden inroepen voor dezelfde klachten.

Sterke punten

Dit onderzoek is de grootste trial ooit uitgevoerd op HAP's. De inclusie van meer dan 25.000 kinderen in korte tijd benadrukt nogmaals hoeveel kinderen met koorts de HAP's bezoeken. Uiteindelijk includeerden meer dan 3500 huisartsen minimaal één patiënt in dit onderzoek.

We kozen voor een clustergerandomiseerde onderzoeksopzet om het risico op contaminatie zo laag mogelijk te houden – bij individuele randomisatie zou een huisarts het boekje immers ook kunnen gebruiken in de controleconditie.

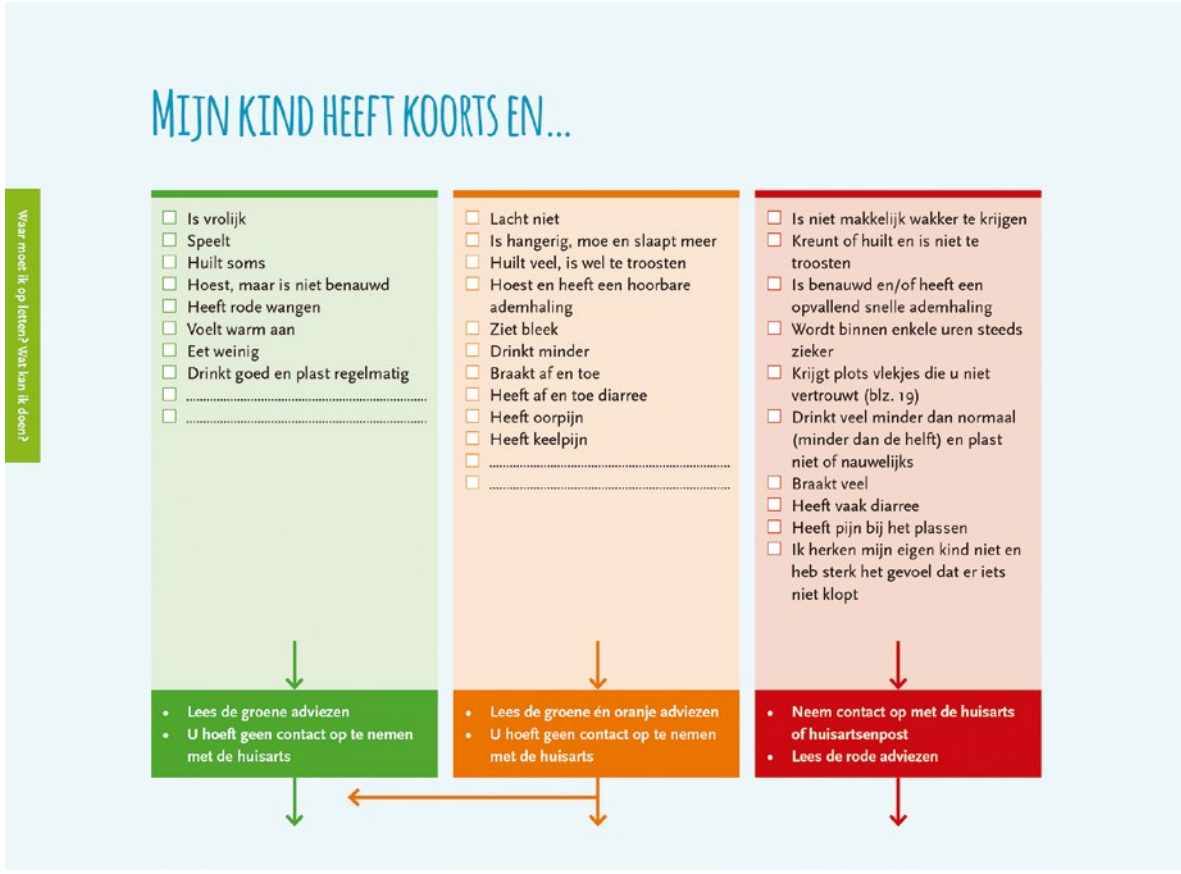
Dat wij in deze tijd van internet en smartphone bewust hebben gekozen voor een papieren boekje had een aantal redenen. Ten eerste vroegen huisartsen erom tijdens het vooronderzoek; het voorkomt logistieke problemen bij eventueel printen. Verder is uit onderzoek gebleken dat informatiemateriaal met een heldere en aantrekkelijke lay-out vaker daadwerkelijk wordt gebruikt. Thuisarts.nl heeft inmiddels een centrale plek in en buiten de spreekkamer, maar in onze controleconditie kregen de ouders in slechts 2% van de consulten enig informatiemateriaal of een verwijzing naar internet mee. Dit terwijl de pagina 'Mijn kind heeft koorts' op Thuisarts.nl een van de meest bezochte pagina's is, met 184.970 bezoeken in zes maanden tijd.[13] Zelfs bij een veelvoorkomende aandoening als koorts bij kinderen is schriftelijke voorlichting of verwijzen naar een website daarom geen 'gebruikelijke zorg'. Toch is voorlichting over zelfzorg en alarmsignalen onmisbaar; de helft van de ouders weet bijvoorbeeld niet dat antibiotica geen zin hebben bij een virusinfectie [**kader**].

Beperkingen

Omdat het onderzoek een pragmatische opzet had, stelden we het gebruik van de boekjes niet verplicht en kregen de huisartsen geen training in het gebruik ervan. Bij grootschalige implementatie zal dat immers ook niet mogelijk zijn. Waarschijnlijk is dit een van de belangrijkste redenen dat het gevonden effect niet groter was. De twee belangrijkste redenen dat huisartsen het boekje niet gebruikten op de HAP, waren dat ze het vergaten of dat ze de boekjes meenamen naar de eigen praktijk en dat de voorraad in de spreekkamers daardoor op was. Het door ons gevonden effect zal daarmee wel in de buurt komen van het effect bij grootschalige implementatie. Dit wordt ondersteund door een recent overzicht van onderzoek naar voorlichting bij bovensteluchtweginfecties, dat adviseert specifieke training of extra instructies voortaan

Figuur 2

Het stoplichtsysteem



Tabel 2

Effect van het voorlichtingsboekje op primaire en secundaire uitkomstmaten

Uitkomstmaat	Gebruikelijke zorg	Boekje ter beschikking	OR (95%-BI)*	Boekje gebruikt	OR (95%-BI)*
Aantal consulten	13.410	11.945		3407	
Antibiotica tijdens inclusieconsult†	3375 (25,2)	2809 (23,5)	0,90 (0,79 tot 1,02)	746 (21,9)	**0,83 (0,74 tot 0,94)**
Secundaire uitkomsten					
herconsult < 2 weken op de HAP	861 (5,5)	741 (5,4)	0,95 (0,83 tot 1,09)	165 (4,3)	0,97 (0,80 tot 1,16)
verwijzing tijdens inclusieconsult	1066 (7,9)	893 (7,5)	1,03 (0,87 tot 1,21)	n.v.t.	n.v.t.
alle medicatie‡	5162 (38,5)	4245 (35,5)	**0,87 (0,77 tot 0,97)**	1114 (32,7)	**0,77 (0,70 tot 0,86)**

Cijfers zijn n (%), tenzij anders aangegeven.

* 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval. Verschillen ten opzichte van de controleconditie; statistisch significante verschillen (p ≤ 0,05) zijn vetgedrukt.

† Complier-adjusted causal effect (CACE)-analyse voor antibioticavoorschriften: 95%-BI 0,71 (0,63 tot 0,79) tijdens inclusieconsult, 0,83 (0,75 tot 0,93) tijdens herconsult < 2 weken.

‡ CACE-analyse voor alle medicatievoorschriften: OR 0,62; 95%-BI 0,57 tot 0,69.

achterwege te laten om het niveau van bewijs na daadwerkelijke implementatie te verhogen.[14]

Vergelijking met ander onderzoek

In de consulten waarin het boekje werd gebruikt, werden significant minder antibioticavoorschriften uitgegeven dan in de controleconditie (21,9 versus 25,2%). Een eerder Brits onderzoek liet eveneens zien dat een voorlichtingsboekje voor kinderen met een bovensteluchtweginfectie het aantal antibioticavoorschriften verminderde en onder ouders de intentie om terug te komen deed afnemen.[15] In dit onderzoek werd het aantal recepten gehalveerd. Een vergelijkbaar Nederlands onderzoek vond een afname in het aantal antibioticavoorschriften van 33 naar 21%.[16] Deze onderzoeken waren gericht op specifieke infecties, vonden plaats in de dagpraktijk en de deelnemende huisartsen kregen gerichte training. Aan het Britse onderzoek namen bovendien alleen kinderen deel van wie de ouders toestemming gaven.
Andere onderzoeken op dit gebied richtten zich voornamelijk op volwassenen en op specifieke symptomen zoals acute hoest.

Implicaties voor de praktijk

Onze bevindingen wijzen erop dat het belangrijk is dat HAP's gaan nadenken over een combinatie van voorlichtingsboekjes met digitale informatie via Thuisarts.nl, met online nascholing voor de dienstdoende huisartsen en met bijvoorbeeld reminders in de vorm van posters. De vraag is of dat dan alleen moet gaan over koorts bij kinderen en niet meteen ook over digitale of schriftelijke informatie in het algemeen. In onze aanvullende analyse bleek dat kinderen bij wie het boekje werd gebruikt vergelijkbaar waren met kinderen bij wie het boekje niet werd gebruikt. Het enige verschil was dat het boekje vaker gebruikt leek te worden wanneer de huisarts niet een specifieke diagnose noteerde, maar koos voor de algemene ICPC-code A03 (koorts).

CONCLUSIE

Het onderzochte boekje met stoplichtsystemen gericht op ouders van kinderen met koorts is goedkoop en direct toepasbaar. We vonden onvoldoende bewijs dat beschikbaar stellen van het boekje op zichzelf leidt tot minder antibioticavoorschriften, maar daadwerkelijk gebruik leidt wel degelijk tot minder antibioticavoorschriften. Bovendien geven ouders aan minder snel terug te komen voor dezelfde klachten. ■

LITERATUUR

1. De Bont EG. Childhood fever in out-of-hours general practice [proefschrift]. Maastricht: Maastricht University, 2018.

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

De Bont EG, Dinant GJ, Elshout G, Van Well GT, Francis NA, Winkens B, Cals JW. Een boekje brengt verbetering. Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP. Huisarts Wet 2019;62(6):14-8. DOI:10.1007/s12445-019-0134-7.
Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: dr. E.G.P.M. de Bont, huisarts-postdoc onderzoeker, eefje.debont@maastrichtuniversity.nl; prof. dr. G.J. Dinant, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof. dr. J.W.L. Cals, huisarts en hoogleraar Effectieve diagnostiek in de huisartsgeneeskunde. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. G. Elshout, huisarts-onderzoeker. MUMC+, vakgroep Kindergeneeskunde, dr. G.Th.J. van Well, kinderarts-infectioloog/immunoloog. Cardiff University School of Medicine, Institute of Primary Care and Public Health, Cardiff: dr. N.A. Francis, senior onderzoeker. Universiteit Maastricht, vakgroep Methodologie en Statistiek: dr. B. Winkens, statisticus.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: De Bont EG, Dinant GJ, Elshout G, Van Well G, Francis NA, Winkens B, Cals JW. Booklet for childhood fever in out-of-hours primary care: a cluster-randomized controlled trial. Ann Fam Med 2018;16:314-21. Publicatie gebeurt met toestemming.

Lees ook het artikel 'Kinderen met koorts gaan niet zo vaak naar de dokter' van Peetoom KK, Crutzen R, Dinant GJ, Cals JW. Huisarts Wet 2019;62(6):19-23. DOI:10.1007/s12445-019-0119-6.

Kinderen met koorts gaan niet zo vaak naar de dokter

Kirsten Peetoom, Rik Crutzen, Geert-Jan Dinant, Jochen Cals

Inleiding Het grote aantal consulten voor kinderen met koorts zorgt op huisartsenposten voor een hoge werkdruk. Wij gingen na hoe vaak koorts en infectieklachten voorkomen bij kinderen op kinderdagverblijven en hoeveel kinderen daarvoor uiteindelijk een huisarts consulteren.

Methode Ouders van 1109 kinderen op kinderdagverblijven in Zuid-Limburg is in februari/maart 2016 gevraagd een vragenlijst in te vullen over een periode van vier weken. In de vragenlijst vroegen we naar het aantal keren dat het kind koorts of andere infectieklachten had, of het hiervoor naar de (huis)arts was geweest, of het kind door ziekte afwezig was geweest van het kinderdagverblijf en of de ouders vrij hadden moeten nemen van hun werk.

Resultaten Er kwamen 515 vragenlijsten ingevuld retour (49%). Bijna alle kinderen hadden gedurende de vier onderzochte weken minstens één infectieklacht gehad; slechts 2,5% was klachtenvrij gebleven. Van alle kinderen met klachten was 73,2% niet naar een huisarts of huisartsenpost gegaan. Bijna een derde (32,6%) van de kinderen had minstens één dag verzuimd (320 dagen ziekteverzuim). Iets meer dan een kwart van de ouders (146, 28,3%) had vrij moeten nemen van het werk (mediaan twee dagen) en 82 ouders (15,9%) hadden een vervangende oppas moeten regelen (mediaan één dag).

Conclusie De ziektelast van koorts en infecties op kinderdagverblijven is hoog, maar desondanks komt driekwart van de zieke kinderen helemaal niet bij de huisarts.

INLEIDING

Een belangrijke reden dat huisartsen en triagisten op huisartsenposten relatief veel kinderen met koorts zien, is volgens henzelf dat medewerkers op kinderdagverblijven ouders aanraden 'toch even naar de dokter te gaan'.[1] Wij onderzochten hoeveel kinderen op een kinderdagverblijf daadwerkelijk naar de huisarts gaan met koorts of andere infectiegerelateerde klachten.

METHODE

In februari en maart 2016 vroegen we de ouders van 1109 kinderen op 21 kinderdagverblijven in Zuid-Limburg een vragenlijst in te vullen. We vroegen hun over een periode van vier weken aan te geven hoe vaak hun kind koorts of een andere infectieklacht had gehad, en of ze daarmee naar de (huis)arts waren gegaan. Ouders konden meerdere infectieklachten invullen als reden om naar de huisarts te gaan. Per afzonderlijke klacht brachten we in kaart hoeveel kinderen daadwerkelijk gezien werden door de huisarts. Ook vroegen we of het kind vanwege de ziekte afwezig was geweest van het kinderdagverblijf en of de ouders vrij hadden moeten nemen van hun werk. Ouders die meerdere kinderen op het kinderdagverblijf hadden, vroegen we de vragenlijst alleen voor het jongste kind in te vullen.

RESULTATEN

We kregen 515 vragenlijsten retour. Het responspercentage was 49%, variërend van 20,7 tot 71,9% per kinderdagverblijf. De grootte van de locatie of ligging in stedelijk gebied leken hierop niet van invloed. Twee derde van de respondenten was hoogopgeleid.

Slechts 13 van de 515 kinderen (2,5%) hadden gedurende de meetperiode van vier weken géén koorts of andere infectieklachten gehad [**tabel**]. Het vaakst genoemd werden bovensteluchtwegklachten: de twee meest gerapporteerde klachten waren loopneus (418 kinderen, 81,2%) en hoesten (378 kinderen, 73,4%). Ongeveer een op de vijf kinderen had gastro-intestinale klachten gehad zoals diarree; andere infectieklachten (ogen, urinewegen) kwamen sporadisch voor. Ruim de helft van de kinderen had koorts gehad (281 kinderen, 54,6%, mediaan drie

Slechts een kwart van de zieke kinderen gaat naar de huisarts.

Foto: Hollandse Hoogte

dagen, in totaal 987 koortsdagen). Vier kinderen hadden een koortsstuip gekregen.
Van de kinderen die klachten hadden, ging 73,2% niet naar de huisarts. De belangrijkste ingangsklachten waren oorpijn (de huisarts zag 37,7% van alle kinderen met oorpijn), koorts (31%), moeite met ademhalen (25%) en moeite met eten of drinken (20,4%). Van de kinderen die hoestten, ging slechts 11,1% naar de huisarts, maar omdat dit een veelvoorkomende klacht was, betrof het toch nog een flink aantal consulten.

Bijna driekwart van de kinderen met een infectieklacht gaat niet naar de huisarts

De meeste huisartsconsulten waren gewoon overdag: 153 consulten (voor 117 kinderen) vonden plaats in de huisartsenpraktijk, 32 consulten (voor 27 kinderen) vonden plaats op de huisartsenpost, 23 kinderen werden door een andere arts gezien, zoals de kinderarts.
Bijna een derde van de kinderen (168, 32,6%) was vanwege de klacht minstens één dag afwezig van het kinderdagverblijf. Bij elkaar zorgde dit tijdens de vier weken van het onderzoek voor 320 dagen ziekteverzuim. Iets meer dan een kwart van de ouders (146, 28,3%) moest vrij nemen van het werk (mediaan twee dagen) en 82 ouders (15,9%) moesten een vervangende oppas regelen (mediaan één dag).

BESCHOUWING

Gedurende de vier weken van ons onderzoek hadden bijna alle kinderen op het kinderdagverblijf ten minste één infectieklacht, slechts 13 van de 515 kinderen bleven gevrijwaard van

WAT IS BEKEND?

- Kinderen met koorts zorgen voor een hoge werkdruk op huisartsenposten.
- Huisartsen en triagisten hebben de indruk dat op kinderdagverblijven het advies nogal snel luidt 'toch even naar de dokter te gaan'.

WAT IS NIEUW?

- In een wintermaand hebben bijna alle kinderen op kinderdagverblijven infectieklachten.
- Koorts en bovensteluchtwegklachten komen het meest voor.
- Driekwart van de kinderen met een infectieklacht gaat niet naar de huisarts.
- Oorpijn en koorts zijn de meest voorkomende redenen om naar de huisarts te gaan.

Tabel

Koorts en veelvoorkomende infectieklachten bij kinderen op kinderdagverblijven

Klacht	Aantal kinderen met klachten*	Totaal aantal infectie-dagen	Mediane duur in dagen (Q1-Q3)	Huisartsbezoek†
Koorts	281 (54,6%)	987	3 (2-4)	87 (31%)
Hoesten	378 (73,4%)	2912	7 (4-10)	42 (11,1%)
Verstopte neus	349 (67,8%)	2689	7 (3-11)	5 (1,4%)
Loopneus	418 (81,2%)	3331	7 (4-10,25)	3 (0,7%)
Niezen	230 (44,7%)	1358	5 (3-10)	0
Keelpijn	103 (20,0 %)	422	4 (2-5)	10 (9,7%)
Oorpijn	77 (15,0%)	330	3 (2-5)	29 (37,7%)
Moeite met ademhalen	64 (12,4%)	348	4 (3-7)	16 (25%)
Andere luchtwegklachten	8 (1,5%)	73	8 (7-14,5)	13‡
Diarree	145 (28,2%)	443	3 (2-4)	8 (5,5%)
Overgeven	98 (19,0%)	162	1 (1-2)	8 (8,1%)
Maagpijn	84 (16,3%)	200	2 (1-3)	5 (5,9%)
Moeite met eten/drinken	142 (27,6%)	633	4 (2-6)	29 (20,4%)
Huidinfectie	87 (16,9%)	531	6 (2,5-10)	14 (16,1%)
Ooginfectie	3 (0,6%)	22	–	5†
Urineweginfectie	2 (0,4%)	12	-	8‡
Geen infectieklachten	13 (2,5%)	–	–	0

Resultaten van een vragenlijstonderzoek naar infectieklachten bij 515 kinderen van 0-4 jaar op kinderdagverblijven gedurende vier weken in februari en maart 2016. Cijfers zijn n (%), tenzij anders aangegeven.

* Ouders rapporteerden veelal meer dan één symptoom per kind; het totaal aantal klachten is daardoor groter dan het totaal aantal kinderen in het onderzoek (n = 515).

† De percentages geven per klacht het aantal kinderen dat naar de huisarts ging, gedeeld door het totaal aantal kinderen met deze klacht. Omdat kinderen meer dan één klacht konden hebben, zijn de percentages niet optelbaar.

‡ Sommige ouders noemden griep, ontstoken ogen of een urineweginfectie wel als reden om naar de huisarts te gaan, maar hadden de vraag of hun kind deze klacht had gehad niet ingevuld.

infectieklachten. De ziektelast van koorts en veelvoorkomende infecties was dus hoog, maar desondanks ging driekwart van de zieke kinderen helemaal niet naar de huisarts. Deze resultaten bevestigen die van eerder onderzoek: de meeste zieke kinderen gaan niet naar de huisarts en als ze gaan zijn luchtwegklachten en koorts de meest frequente ingangsklachten.[2-4]

De respons op ons vragenlijstonderzoek was hoog, met 49%. We hebben helaas geen zicht op verschillen tussen de ouders die de vragenlijst wel hebben ingevuld en degenen die dat niet deden. Het merendeel van de ouders die aan ons onderzoek deelnamen, was hoogopgeleid, zoals overal in de Nederlandse kinderdagverblijven het geval is. Het is daarom goed om te beseffen dat de jonge kinderen met koorts die huisartsen zien – op het spreekuur op de huisartsenpost – slechts het topje vormen van een ijsberg. ■

Lees ook het artikel 'Een boekje brengt verbetering. Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP' van De Bont EG, Dinant GJ, Elshout G, Van Well G, Francis NA, Winkens B, Cals JW. Huisarts Wet 2019;62:14-8. DOI:10.1007/s12445-019-0134-7.

LITERATUUR

1. De Bont EG, Peetoom KK, Moser A, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW. Childhood fever: a qualitative study on GPs' experiences during out-of-hours care. Fam Pract 2015;32:449-55.
2. Hay A, Heron J, Ness A. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC): a prospective cohort study. Fam Pract 2005;22:367-74.
3. Bruijnzeels M, Foets M, Van der Wouden J, Van den Heuvel W, Prins A. Everyday symptoms in childhood: occurrence and general practitioner consultation rates. Br J Gen Pract 1998;48:880-4.
4. Sarna M, Ware RS, Sloots TP, Nissen MD, Grimwood K, Lambert SB. The burden of community-managed acute respiratory infections in the first 2-years of life. Pediatr Pulmonol 2016;51:1336-46.

Peetoom KK, Crutzen RM, Dinant GJ, Cals JW. Kinderen met koorts gaan niet zo vaak naar de dokter. Huisarts Wet 2019;62:19-23. DOI:10.1007/s12445-019-0119-6.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: K.K.B. Peetoom, gezondheidszorgonderzoeker; dr. R.M.M. Crutzen, gz-psycholoog; prof. dr. GJ. Dinant, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof. dr. J.W.L. Cals, huisarts en hoogleraar Effectieve diagnostiek in de huisartsgeneeskunde

Correspondentie: kirsten.peetoom@maastrichtuniversity.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Peetoom K, Crutzen R, Dinant GJ, Cals J. *Most preschool children with fever and common infection symptoms do not consult the family physician.* Fam Pract 2018 Sep 25. Publicatie gebeurt met toestemming.

E-mailconsulten: wie, wat, hoeveel?

Martine Huygens, Ilse Swinkels

Inleiding Sinds 2006 kunnen huisartsen e-mailconsulten declareren. Toch lijken ze niet vaak e-mailconsulten te doen. Wij vergeleken het gebruik van e-mailconsulten door patiënten in Nederlandse huisartsenpraktijken met dat van andere soorten huisartsenconsulten.

Methode Voor dit onderzoek maakten we gebruik van gegevens uit Nederlandse huisartseninformatiesystemen uit 2010 en 2014 (verrichtingendeclaraties). De gegevensset bestond uit 200 huisartsenpraktijken in 2010 (734.122 geregistreerde patiënten) en 434 huisartsenpraktijken in 2014 (1.630.386 geregistreerde patiënten).

Resultaten In 2010 deed 32% van de huisartsenpraktijken minstens één e-mailconsult, in 2014 steeg dit aandeel tot 53%. Toch was het daadwerkelijke gebruik erg laag: e-mailconsulten omvatten in 2014 minder dan 1% van het totale aantal huisartsenconsulten. Het gebruik van e-mailconsulten varieerde sterk tussen praktijken: in praktijken met een grotere patiëntenpopulatie, gelegen in een stedelijk gebied en met een jongere patiëntenpopulatie vonden meer e-mailconsulten plaats. Patiënten die een e-mailconsult hadden waren over het algemeen ouder en hadden vaker vragen over psychische klachten (14,7%), het endocriene stelsel/metabolisme (10,9%) en het hart- en vaatstelsel (10,7%), vergeleken met patiënten die een telefonisch of praktijkconsult hadden.

Conclusie De helft van de Nederlandse huisartsenpraktijken gebruikte in 2014 e-mailconsulten, maar toch betrof het slechts een fractie van het totaal aantal huisartsenconsulten. Patiënten die een e-mailconsult hadden verschillen van patiënten die een telefonisch of praktijkconsult hadden.

INLEIDING

De laatste decennia is er binnen huisartsenpraktijken steeds meer aandacht voor internetdiensten voor communicatie tussen patiënten en zorgverleners.[1-3] Het gebruik hiervan verschilt tussen Europese landen; een onderzoek vond dat 19% van de patiënten uit het Verenigd Koninkrijk e-mailcontact had met hun dokter, verpleegkundige of zorgorganisatie. In Denemarken ging het om 51% van de patiënten.[1] E-mailconsulten zijn in veel landen nog niet structureel ingebed in de dagelijkse werkprocessen en het gebruik ervan wordt vaak nog niet ondersteund door nationaal beleid.[4]
Er zijn veel onderzoeken naar de voor- en nadelen van e-mailconsulten. Sommige hiervan wijzen op nadelen, zoals een toename van de werklast van artsen,[5-7] problemen rond de privacy en veiligheid[7,8] en een verhoging van de ongelijkheid in de toegang tot de gezondheidszorg.[5-7] Andere onderzoeken wijzen juist op de kostenbesparing die e-mailconsulten kunnen opleveren[9-10] en laten zien dat deze consulten de toegankelijkheid tot de zorg voor kwetsbare patiëntgroepen vergroot.[11] Over het algemeen is het nog niet duidelijk wat de effecten zijn van het gebruik van e-mailconsulten in de huisartsenpraktijk.
Tevens is er weinig bekend over de patiëntgroepen die gebruikmaken van e-mailconsulten.[1] Sommige onderzoeken laten zien dat jongere patiëntgroepen en hoogopgeleiden vaker gebruikmaken van e-mailconsulten.[1-13] terwijl uit andere onderzoeken blijkt dat leeftijd en werkstatus geen rol spelen.[3,12] Er is ook nog weinig bekend over de gezondheidsproblemen waarover patiënten en huisartsen via e-mail communiceren.
Anders dan in veel andere landen vergoeden zorgverzekeraars in Nederland de kosten van een e-mailconsult (sinds 2006). Toch lijken patiënten weinig gebruik te maken van e-mailconsultatie.[14] Willen we de voordelen van e-mailconsulten maximaliseren, dan moeten we onderzoeken welke patiënten er gebruik van maken en voor welke zorgvragen ze dat doen.[9] Wij hebben het gebruik van e-mailconsulten door patiënten in Nederlandse huisartsenpraktijken vergeleken met dat van andere huisartsenconsulten.

METHODE

Onderzoeksontwerp, deelnemers en setting

We maakten gebruik van gegevens uit huisartseninformatiesystemen (HIS'sen) uit 2010 en 2014. Deze zijn rou-

tinematig verzameld uit HIS'sen door Nivel Zorgregistraties eerste lijn[15] en zijn gebaseerd op verrichtingendeclaraties. Het betrof gegevens van het jaar 2010 uit 200 huisartsenprakijken (734.122 geregistreerde patiënten) en die van het jaar 2014 uit 434 huisartsenpraktijken (1.630.386 geregistreerde patiënten).

Metingen

Het ging om de volgende gegevens:

- kenmerken van huisartsenpraktijken: het gemiddelde aantal geregistreerde patiënten per huisartsenpraktijk en stedelijkheid;
- het type huisartsenconsulten: e-mailconsulten, praktijkconsulten, visites en telefonische consulten; van elk consult waren de ICPC-codes bekend;
- kenmerken van patiënten: leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status van de buurt waarin mensen woonden (*neighbourhood socioeconomic status*, NSES).[16,17] Een hogere NSES-score betekent een hogere status van de buurt. De scores varieerden van -6,75 tot 3,06. De gemiddelde NSES in Nederland is 0,0.

Analyse

We deden alleen beschrijvende analyses, waarbij we relevante verschillen rapporteerden. Het betrof twee gegevenssets:

1. We includeerden alle huisartsenconsulten om het aantal huisartsenconsulten in 2010 en 2014 per type consult te kunnen onderzoeken.
2. We gebruikten gegevens uit 2014 om te onderzoeken welke patiënten een e-mailconsult hebben gedaan en voor welke aandoeningen ze dat deden, vergeleken met andere huisartsenconsulten. Visites hebben we hierbij niet meegenomen. Omdat het gebruik van e-mailconsulten door patiënten afhankelijk is van de mate waarin huisartsenpraktijken ze toepassen, is de gegevensset opgesplitst in drie groepen op basis van het aantal e-mailconsulten dat in praktijken is gedaan: 1) praktijken die geen e-mailconsulten hebben geregistreerd, 2) praktijken die weinig e-mailconsulten hebben geregistreerd ($n < 100$) en 3) praktijken die veel e-mailconsulten hebben geregistreerd ($n \geq 100$).

RESULTATEN

Gegevensset 1: het gebruik van e-mailconsulten in 2010 en 2014

In 2010 hebben de 200 onderzochte huisartsenpraktijken 2.708.191 huisartsenconsulten geregistreerd (577.487 patiënten). In 2014 hebben de 434 huisartsenpraktijken 6.473.921 huisartsenconsulten geregistreerd (1.307.822 patiënten).

Het aantal huisartsenpraktijken dat e-mailconsulten registreerde steeg van 32,0% in 2010 tot 52,8% in 2014. [**Online tabel 1**] bevat het aantal huisartsenconsulten in 2010 en 2014 per 1000 registreerde patiënten. Het gebruik van e-mailconsulten steeg van 8,4 per 1000 geregistreerde patiënten in 2010 naar 17,6 in 2014. Van de consulten in praktijken die e-mailconsulten gebruikten bestond in 2010 0,6% uit e-mailconsulten; in 2014 was dit 0,7%.

WAT IS BEKEND?

- Ondanks de vergoeding voor e-mailconsulten en de toepassing hiervan in veel huisartsenpraktijken lijkt het daadwerkelijke gebruik door patiënten laag.

WAT IS NIEUW?

- Patiënten die van een e-mailconsult gebruik hebben gemaakt verschillen in leeftijd en diagnose van patiënten die een telefonisch of praktijkconsult hebben gehad.
- Het lage gebruik van e-mailconsulten geeft aan dat vergoeding niet direct tot gebruik leidt.
- De verdere implementatie van e-mailconsulten moet gericht worden op het perspectief van zowel de patiënt als zorgaanbieders. Het gebruik van e-mailconsulten door patiënten is afhankelijk van het aanbod en gebruik in de huisartsenpraktijk.

Gegevensset 2: kenmerken van praktijken die een e-mailconsult hebben gehad

Er zijn verschillen gevonden tussen praktijken die wel en praktijken die geen e-mailconsulten gebruikten (in 2014): praktijken die e-mailconsulten registreerden hadden een grotere en een jongere patiëntenpopulatie en waren vaker gelegen in een stedelijk gebied. Er is geen verschil gevonden in sociaaleconomische status van de wijk.

Gegevensset 2: kenmerken van patiënten die een e-mail-, telefonisch of praktijkconsult hebben gehad

[**Online tabel 2**] toont de kenmerken van patiënten die in 2014 ten minste één e-mail-, telefonisch of praktijkconsult hebben gehad, verdeeld naar praktijken die geen, weinig en veel e-mailconsulten gebruiken. Van de patiënten uit praktijken die weinig e-mailconsulten gebruiken had 0,6% ten minste één e-mailconsult gedaan. In praktijken die veel e-mailconsulten gebruiken ging het om 4,8%. Patiënten die een e-mailconsult hebben gehad zijn ouder dan patiënten die een telefonisch of praktijkconsult hebben gehad. Er is geen relevant verschil gevonden in geslacht en sociaaleconomische status van de wijk.

[**Online tabel 3**] toont de aandoeningen per type consult in 2014. De meeste e-mailconsulten waren gerelateerd aan de volgende categorieën aandoeningen: psyche (14,7%), het endocriene stelsel/metabolisme (10,9%) en het hart- en vaatstelsel (10,7%). Telefonische- en praktijkconsulten gingen minder vaak over deze aandoeningencategorieën. De meeste e-mailconsulten werden gedaan voor een aantal specifieke aandoeningen: 5,3% van de e-mailconsulten betrof hypertensie, 5,0% diabetes en 2,5% depressie.

BESCHOUWING

Net als telefonische consulten hebben e-mailconsulten de potentie om routinematig gebruikt te worden voor de communicatie tussen patiënten en zorgverleners in de huisartsen-

Het beperkte gebruik van e-mailconsulten wijst erop dat vergoeding niet direct tot gebruik leidt. Foto: Shutterstock

praktijk. Toch laat dit onderzoek zien dat het gebruik ervan in Nederlandse huisartsenpraktijken laag is. Het ontbreken van vergoeding zou een van de belangrijkste redenen zijn waarom huisartsen e-health niet gebruiken.[18] Het beperkte gebruik van e-mailconsulten wijst er echter op dat vergoeding niet direct tot gebruik leidt.

Wij vonden dat patiënten die een e-mailconsult hebben gehad verschillen van mensen die een telefonisch of praktijkconsult hebben gehad. Patiënten gebruiken e-mailconsulten het meest voor zorgvragen die te maken hebben met psychische klachten, het endocriene stelsel/metabolisme, en het hart- en vaatstelsel. Omdat deze aandoeningen veelal chronisch van karakter zijn en dikwijls frequent contact met de huisarts vereisen lijken ze geschikt voor e-mailconsulten. Het is dan ook zinvol om e-mailconsulten allereerst bij deze doelgroepen toe te passen. Onderzoek naar de effectiviteit en ervaren voor- en nadelen voor deze doelgroepen kan vervolgens een bredere toepassing stimuleren.

Een kanttekening: dit onderzoek is gebaseerd op de verrichtingendeclaraties van huisartsen. Wanneer huisartsen e-mailconsulten niet als zodanig hebben gedeclareerd, is het mogelijk dat wij het aantal e-mailconsulten hebben onderschat. Wanneer praktijkondersteuners e-mailconsulten doen, vallen die onder een andere declaratiecode. Deze hebben we niet meegenomen in dit onderzoek. De gegevens in dit onderzoek zijn afkomstig uit 2010 en 2014, maar ook recente cijfers van Nivel Zorgregistratie geven aan dat e-mailconsulten nog maar weinig gebruikt worden. Zo is het aandeel e-mailconsulten ook in 2016 nog maar 0,7% van alle huisartsenconsulten.[19]

Een land als Denemarken laat zien dat e-mailconsulten wel op grote schaal kunnen worden benut. In dat land hebben alle burgers toegang tot een publiek elektronisch zorgportaal.[20] In 2013 verliepen via dit portaal meer dan 4 miljoen e-mailconsulten (terwijl er ongeveer 20 miljoen praktijkconsulten plaatsvonden).[21,22] Het grootschalige gebruik in Denemarken lijkt het resultaat van een helder nationaal e-healthbeleid dat gebaseerd is op duidelijke doelstellingen en vanuit de overheid wordt gecoördineerd. Bovendien heeft Denemarken een nationale ICT-infrastructuur die de uitwisseling van gezondheidsinformatie tussen de verschillende systemen ondersteunt, wat cruciaal lijkt voor het succes van e-health.[20] In Nederland is dit nog niet optimaal georganiseerd. Gelukkig zijn er wel nationale initiatieven die het gebruik van e-mailconsulten stimuleren, zoals de 'Actieagenda e-consult bij de huisarts' van Nictiz,[23] die als doel heeft huisartsen te informeren over, enthousiasmeren voor en ondersteunen bij het realiseren van e-mailconsulten.

Het gebruik van e-mailconsulten door patiënten is afhankelijk van het aanbod en de toepassing in de huisartsenpraktijk. Wanneer de praktijk dit middel niet inzet, bereikt het de patiënt ook niet. Daarom bevelen wij aan om de implementatie van e-mailconsulten verder te onderzoeken vanuit het perspectief van de patiënt en de zorgaanbieder. Kwalitatieve onderzoeken kunnen de voordelen en belemmeringen die patiënten en zorgaanbieders ervaren in kaart brengen. Onderzoeken die antwoord geven op de vraag waarom e-mailconsulten in sommige praktijken beter werken dan in andere kunnen inzicht geven in het proces dat succesvolle implementatie en gebruik van e-mailconsulten in de praktijk mogelijk maakt.

CONCLUSIE

De helft van de Nederlandse huisartsenpraktijken gebruikte in 2014 e-mailconsulten, maar toch betrof het slechts een fractie van het totaal aantal huisartsenconsulten. Patiënten die een e-mailconsult hebben gedaan verschillen van patiënten die een telefonisch of praktijkconsult hebben gedaan. Vervolgonderzoeken over de implementatie van e-mailconsulten kunnen zich het beste richten op het bredere perspectief, vanuit zowel patiënten als zorgaanbieders. ■

LITERATUUR

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

Huygens MWJ, Swinkels ICS. E-mailconsulten: wie, wat, hoeveel? Huisarts Wet 2019;62:24-6. DOI:10.1007/s12445-019-0128-5.
Nivel, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht: dr. ir. M.W.J. Huygens, post-doc-onderzoeker: m.huygens@nivel.nl; dr. I.C.S. Swinkels, senior onderzoeker.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een bewerkte vertaling van Huygens MWJ, Swinkels ICS, Verheij RA, Friele RD, Van Schayck OCP, De Witte LP. Understanding the use of email consultation in primary care using a retrospective observational study with data of Dutch electronic health records. BMJ Open 2018;8:e019233.

Behandeling van tromboflebitis

Geert-Jan Geersing

Tromboflebitis is een lastige aandoening. Vaak wordt de diagnose à vue gesteld en soms daarna nog echografisch bevestigd, maar dan begint de onzekerheid. Vooral de keuze om al dan niet anticoagulantia voor te schrijven is lastig, en zo ja welke en voor hoelang.

De diagnose tromboflebitis vergroot het risico op trombotische complicaties. Dat stelt de huisarts voor een lastige keuze: is het noodzakelijk om anticoagulantia voor te schrijven, en zo ja welke en voor hoelang? In deze beschouwing wordt de schaarse literatuur over deze onderschatte aandoening behandeld en een behandeladvies gegeven.

INCIDENTIE EN RISICO'S VAN TROMBOFLEBITIS

Tromboflebitis, ook wel aderontsteking of oppervlakkige veneuze trombose genoemd, is zichtbaar als een pijnlijke, warme, rode streng, vaak in het been. De incidentie in de Nederlandse huisartsenpraktijk is 1,31 (95%-BI 1,25 tot 1,37) per 1000 patiënten per jaar en loopt op met de leeftijd.[1] In een normpraktijk zullen jaarlijks dus twee tot vier patiënten de diagnose krijgen, afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de praktijk. De incidentie van tromboflebitis is ongeveer even hoog als die van diepe veneuze trombose (DVT) of longembolie.

Tromboflebitis is zonder twijfel geassocieerd met een verhoogd risico op vooral DVT. Een mooie illustratie hiervan levert een groot Deens cohortonderzoek waarin 10.973 personen met de diagnose tromboflebitis werden vergeleken met een controlegroep van 515.067 personen uit de algemene bevolking. Het risico op DVT bleek in de eerste drie maanden na de diagnose verhoogd (hazardratio 71,4; 95%-BI 60,2 tot 84,7).[2] Een kleiner onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk rapporteerde in de eerste zes maanden na de diagnose tromboflebitis een oddsratio van 10,2 (95%-BI 2,0 tot 51,6) voor de kans op DVT.[3] Beide zijn dit relatieve risico's, het absolute risico is laag. In een recent onderzoek in huisartsenpraktijken in de regio Utrecht bleek de aandoening bij 83 van de 2008 patiënten met tromboflebitis (4,1%; 95%-BI 3,3% tot 5,1%) gedurende de drie maanden follow-up te zijn uitgebreid naar een DVT of longembolie.[1] Bij de meesten ontstond de DVT al in de eerste weken. In de NHG-Standaard wordt, terecht, aangegeven dat dit risico op doorgroei van het trombus het grootste is bij lokalisatie in de hoofdstam van de vena saphena magna, of als deze in de buurt komt van de cross naar het diepere systeem (lies of knieholte).

Bij elke behandeling met anticoagulantia past een afweging tussen het risico op trombose en het risico op een bloeding. Foto: Shutterstock

ONDERZOEK NAAR BEHANDELINGEN TROMBOFLEBITIS

In een Cochrane-review is recentelijk gezocht naar gerandomiseerd onderzoek naar behandelingen voor tromboflebitis.[4] De reviewers vonden wereldwijd, sinds de jaren zeventig, 33 gerandomiseerde onderzoeken met in totaal 7296 patiënten (ter vergelijking: alleen al in Nederland krijgen jaarlijks meer dan 15.000 patiënten de diagnose). De meeste onderzoeken waren klein en van matige kwaliteit, en waren niet uitgevoerd in de huisartsenpraktijk. Bovendien hadden ze als inclusiecriterium een echografisch bevestigde tromboflebitis van minimaal 5 cm, wat de generaliseerbaarheid naar de huisartsenpraktijk belemmert.

Fondaparinux

Fondaparinux is een subcutaan toegediende pentasacharide die gebruikt kan worden ter preventie van veneuze tromboembolie bij volwassenen. De eerdergenoemde Cochrane-review werd gedomineerd door één groot onderzoek waarin 3002 patiënten gerandomiseerd werden naar fondaparinux 2,5 mg 1 dd (n = 1502) of placebo (n = 1500) gedurende 45 dagen.[5] Het gecombineerde eindpunt (sterfte, symptomatische DVT of longembolie, doorgroei van de trombus of terugkerende tromboflebitis) trad op bij 13 deelnemers (0,9%) in de fondaparinuxarm versus 88 deelnemers (5,9%) in de placeboarm (relatief risico 0,15; 95%-BI 0,08 tot 0,26).

Tabel

Risicofactoren die kunnen meewegen om patiënten met een geïsoleerde tromboflebitis te verwijzen dan wel te behandelen met anticoagulantia

Laag risico*	Geen laag risico†	Risico‡
Tromboflebitis in varix Uitgelokte tromboflebitis na infuusbehandeling	Mannelijk geslacht Verleden van DVT of longembolie Eerder tromboflebitis gehad Trombofilie bij patiënt of familie Locatie dicht bij lies of knieholte (cross naar diepere systeem)	Maligniteit Zwangerschap of puerperium

* Op basis van observationeel onderzoek is het risico op doorgroei van de trombus bij deze patiënten zeer gering.[10-12] Afwachtend beleid lijkt gerechtvaardigd.
† Het relatieve risico op doorgroei van de trombus lijkt sterker verhoogd bij deze patiëntkenmerken, maar blijft in absolute zin gering. In overleg met de patiënt kan gekozen worden voor anticoagulantia.
‡ Bij een maligniteit is het risico op (snelle) doorgroei van een trombus mogelijk verhoogd en kunnen anticoagulantia interfereren met de oncologische behandeling. Zwangerschap of puerperium zijn van invloed op de behandelindicatie en het risico op complicaties. Overleg met een deskundige is aan te bevelen.

Een kleiner, maar recenter open-labelonderzoek met een vergelijkbaar gecombineerd eindpunt vergeleek fondaparinux 2,5 mg 1 dd met het direct werkende orale anticoagulans rivaroxaban (10 mg 1 dd) gedurende 45 dagen. In de rivaroxabanarm trad het eindpunt op bij 7 van de 211 patiënten (3,3%), in de fondaparinuxarm bij 4 van de 224 patiënten (1,8%) (hazardratio 1,9; 95%-BI 0,6 tot 6,4).[6] De onderzoekers concludeerden dat rivaroxaban niet inferieur is aan fondaparinux, maar de groepsgrootte was eigenlijk te klein voor een robuuste uitspraak en er was een trend zichtbaar dat rivaroxaban juist minder effectief was dan fondaparinux.

Als tot behandeling besloten wordt, heeft fondaparinux subcutaan momenteel de voorkeur

Laagmoleculairgewichtheparine
In de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie is rivaroxaban nog niet beoordeeld bij de behandeling van tromboflebitis en is het advies laagmoleculairgewichtheparine (LMWH) te overwegen. Het beschikbare bewijs voor de effectiviteit van LMWH is echter zwakker dan dat voor fondaparinux (dat wel een heparine is, maar een ander aangrijpingspunt heeft dan een LMWH).[2]
Eén van de belangrijkste onderzoeken naar het effect van LMWH is de STENOX-trial.[8] Dit gerandomiseerde onderzoek uit 2003 vergeleek bij in totaal 427 patiënten vier verschillende behandelstrategieën: de LMWH enoxaparine subcutaan in profylactische dosering (4000 IE 1 dd) of in therapeutische dosering (150 IE/kg 1 dd), de NSAID tenoxicam en placebo. Alle patiënten werden acht tot twaalf dagen behandeld, waarna bij iedereen een echo van het been gemaakt werd. Het primaire eindpunt was (al dan niet symptomatische) DVT tussen dag 8 en dag 12 op deze echo, secundair werd gekeken naar de combinatie van DVT en/of doorgroei van de tromboflebitis. Omdat het onderzoek vroegtijdig gestaakt moest worden vanwege te trage inclusie, was een uitspraak over het primaire eindpunt niet mogelijk, maar het secundaire eindpunt trad minder vaak op in beide enoxaparinegroepen én in de NSAID-groep dan in de placebogroep: respectievelijk 8,3, 6,9, 14,9 en 30,6%. Dit kwam vooral doordat tromboflebitis minder vaak optrad en niet door minder DVT.
Het Farmacotherapeutisch Kompas beschouwt behandeling van tromboflebitis met enoxaparine als off-labelgebruik. De NHG-Standaard stelt enoxaparine op theoretische gronden gelijk aan fondaparinux, maar geeft de voorkeur aan enoxaparine omdat huisartsen meer ervaring met dit middel zouden hebben.

OPTIMALE BEHANDELING TROMBOFLEBITIS

Er is geen sluitend bewijs voor de optimale behandeling van tromboflebitis. Het bewijs dat er is, wordt gedomineerd door één, door de farmaceut gesponsord maar overigens goed uitgevoerd onderzoek.[5] Het geldt niet voor de niet-geselecteerde patiëntenpopulatie in de huisartsenpraktijk bij wie de diagno-

DE KERN

- De diagnose 'tromboflebitis' wordt in een normpraktijk jaarlijks bij twee tot vier patiënten gesteld.
- Tromboflebitis verhoogt het risico op diepe veneuze trombose (absolute risico in de huisartsenpraktijk circa 5% in de eerste weken na de diagnose).
- Het weinige onderzoek naar behandelingen die dit risico kunnen verkleinen, heeft nauwelijks betrekking op de huisartsenpraktijk.
- Er zijn aanwijzingen uit onderzoek dat fondaparinux het risico op diepe veneuze trombose verkleint bij een echografisch bevestigde tromboflebitis ≥ 5 cm.

se niet echografisch bevestigd is. Bovendien moet de huisarts bij elke behandeling met anticoagulantia een afweging maken tussen het risico op trombose en het risico op een bloeding.

Risicofactoren

Het is niet bekend welke patiëntkenmerken het risico op een trombose voorspellen, en al helemaal niet voor de niet-geselecteerde patiëntenpopulatie in de huisartsenpraktijk. Het NHG geeft in de standaard op pragmatische gronden advies behandeling te starten bij fors grotere tromboflebitiden. Arbitrair wordt daarbij de grens van 5 cm aangehouden, bij voorkeur dan echografisch bevestigd. Deze grens is 'enkel' gebaseerd op het feit dat deze lengte een inclusiecriterium was bij het beperkte aantal gerandomiseerde onderzoeken naar de effectiviteit van antistolling, niet omdat uit onderzoek blijkt dat de lengte op zichzelf een risicofactor is voor progressie van de tromboflebitis. Bij de behandeling van tromboflebitis moeten we dus vooral afgaan op *expert opinion*. In de [**tabel**] geef ik aan welke aspecten volgens mij belangrijk zijn.

Zin en onzin van aanvullend onderzoek

De eerste stap bij een patiënt met een tromboflebitis is (uiteraard) het beoordelen of gelijktijdig een DVT of longembolie aanwezig is. De kans op een gelijktijdige longembolie is verwaarloosbaar klein: in het reeds genoemde onderzoek in de huisartsenpraktijk werd bij slechts één van de 2008 patiënten (0,05%) een longembolie aangetoond. Ook het risico op een gelijktijdige DVT is klein; in het onderzoek was dat bij 50 patiënten (2,5%) het geval.

Het is dus weinig efficiënt om routinematig een echo te maken en dat wordt ook niet aanbevolen in de NHG-Standaard. Een D-dimeertest om DVT uit te sluiten is evenmin aan te raden, omdat het D-dimeer vaak al verhoogd is bij patiënten met tromboflebitis.[9]

Het onderscheid tussen een geïsoleerde tromboflebitis of een mogelijk gelijktijdige DVT zal dus vooral gemaakt moeten worden in de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Men kan bijvoorbeeld letten op een ongebruikelijk forse zwelling of verkleuring van het aangedane been ten opzichte van het niet aangedane been (dan ook verdenking DVT?), of lokalisatie van de tromboflebitis in de knieholte of in de lies gezien de grotere kans op DVT omdat op die locaties een cross bestaat naar het diepere systeem. De noodzaak om 'standaard' de lengte te schatten met echo – zoals de NHG-Standaard nog aanraadt bij grotere tromboflebitiden – vind ik minder rationeel, omdat feitelijk onbekend is of de lengte zelf een prognostisch ongunstige factor is. Een echo heeft in mijn beleving alleen meerwaarde als men twijfelt over een mogelijk gelijktijdige DVT of over de diagnose zelf.

Tromboflebitis zal bij veruit de meeste patiënten geïsoleerd optreden. Deze patiënten lopen echter wel risico op doorgroei van de trombus naar het diepere systeem. Meestal is dit risico klein en is afwachtend beleid gerechtvaardigd, zoals de NHG-Standaard terecht aangeeft. De [**tabel**] geeft enig houvast hoe deze afweging gemaakt kan worden. Langdurig bestaande klachten kunnen eventueel een reden zijn om toch anticoagulantia te starten.

Als tot behandeling besloten wordt, heeft fondaparinux subcutaan 2,5 mg 1 dd gedurende 45 dagen momenteel de voorkeur. Bij patiënten die dagelijks subcutaan injecteren problematisch vinden, kan rivaroxaban oraal overwogen worden als alternatief (10 mg 1 dd, eveneens gedurende 45 dagen). ■

LITERATUUR

1. Geersing G-J, Cazemier S, Rutten F, Fitzmaurice DA, Hoes AW. Incidence of superficial venous thrombosis in primary care and risk of subsequent venous thromboembolic sequelae: a retrospective cohort study performed with routine healthcare data from the Netherlands. BMJ Open. 2018;8:e019967.
2. Cannegieter SC, Horváth-Puhó E, Schmidt M, Dekkers OM, Pedersen L, Vandenbroucke JP, et al. Risk of venous and arterial thrombotic events in patients diagnosed with superficial vein thrombosis: a nationwide cohort study. Blood 2015;125:229-35.
3. Van Weert H, Dolan G, Wichers I, De Vries C, Ter Riet G, Büller H. Spontaneous superficial venous thrombophlebitis: does it increase risk for thromboembolism? A historic follow-up study in primary care. J Fam Pract 2006;55:52-7.
4. Di Nisio M, Wichers I, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev 2018;2:CD004982.
5. Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, Bauersachs RM, Boda Z, Brenner B, et al. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. N Engl J Med 2010;363:1222-32.
6. Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Rabe E, Weitz JI, Jersemann K, et al. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. Lancet Haematol 2017;4:e105-13.
7. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie (Tweede partiële herziening). Utrecht: NHG, 2017.
8. Superficial Thrombophlebitis Treated By Enoxaparin Study Group. A pilot randomized double-blind comparison of a low-molecular-weight heparin, a nonsteroidal anti-inflammatory agent, and placebo in the treatment of superficial vein thrombosis. Arch Intern Med 2003;163:1657-63.
9. Aguilar C, Del Villar V. D-dimer is not useful for the diagnosis of isolated superficial venous thrombosis. Am J Med 2005;118:1417.
10. Decousus H, Quéré I, Presles E, Becker F, Barrellier MT, Chanut M, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism. Ann Intern Med 2010;152:218.
11. Di Minno MND, Ambrosino P, Ambrosini F, Tremoli E, Di Minno G, Dentali F. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with superficial vein thrombosis : a systematic review and meta-analysis. J Thromb Haemost 2016;14:964-72.
12. Quenet S, Laporte S, Décousus H, et al. Factors predictive of venous thrombotic complications in patients with isolated superficial vein thrombosis. J Vasc Surg 2003;38:944-9.

Geersing GJ. Behandeling van tromboflebitis. Huisarts Wet 2019;62:27-9. DOI:10.1007/s12445-019-0137-4.

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Utrecht: dr. G.J. Geersing, huisarts, g.j.geersing@umcutrecht.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: het Julius Centrum ontvangt *unrestricted grants* voor onderzoek, van onder andere Bayer Healthcare. Bayer Healthcare is de producent van rivaroxaban.

Yrrah Stol studeerde in 2006 af in zowel psychologie als filosofie. Ze deed onderzoek naar het informeren van familieleden van zogenaamde 'index'-patiënten met erfelijke borst- en darmkanker. Via het Instituut voor Interdisciplinaire Studies kreeg ze een promotieplaats voor gezondheidstests en dit resulteerde in haar proefschrift *A good health check isn't good enough*.

Foto: Margot Scheerder

Yrrah Stol: “Sommige gezondheidschecks bieden niet meer zekerheid dan een muntje opgooien”

Frank van Wijck

Gezondheidschecks kunnen mensen het idee geven dat ze verantwoordelijker zijn voor hun gezondheid dan reëel is, waarschuwt Yrrah Stol. Voor haar proefschrift *A good health check isn’t good enough* (medische filosofie Erasmus MC) onderzocht zij testen voor risicofactoren op ziekten bij mensen zonder specifieke klachten vanuit ethisch perspectief. Haar advies: over het algemeen is het beter om in plaats van een *health check* aan te bieden andere maatregelen te treffen die wél bewezen effectief zijn wanneer het om gezondheidswinst gaat.

Aan gezondheidschecks geen gebrek. We kennen de bevolkingsonderzoeken voor darm- en borstkanker, maar ook de health checks die je bij de apotheek of voor de deur van de supermarkt tegenkomt, plus totale lichaamsscans en talloze apps. Wilson en Jungner hebben in 1968 ethische criteria opgesteld voor bevolkingsonderzoek. Stol wilde weten of deze criteria ook bruikbaar waren voor andere gezondheidschecks. Vandaar haar besluit om al deze checks vanuit het perspectief van de ethiek tegen het licht te houden. Ze was ondertussen gestopt met de studie geneeskunde, omdat die haar niet bracht wat ze ervan verwachtte (“Ik werd teleurgesteld in hoe weinig ruimte er was voor de mens achter de gezondheidsklacht”), en was geswitcht naar psychologie en filosofie. Daar kwam dat onderwerp ethiek om de hoek kijken. “Checks kunnen nuttig zijn, voor het individu meer voordelen dan nadelen hebben en de mogelijkheid van gezondheidswinst bieden”, zegt ze. “Maar er is een verschil tussen ‘mogelijke’ en ‘aangetoonde’ gezondheidswinst, en zelfs van de borstkankerscreening, waarvoor toch bevolkingsonderzoek bestaat, staat onvoldoende vast wat de waarde is. Hoeveel valspositieve uitkomsten levert screening op? Hoe vaak wordt geopereerd terwijl een afwachtend beleid een verantwoorde keuze is?”

Verlies de context niet uit het oog

Als de gezondheidswinst van gezondheidschecks onduidelijk is, is het waardevoller om breder te kijken dan alleen daarnaar, stelt Stol. “Het is mogelijk om andere, betere dingen te doen dan gezondheidschecks aanbieden. Als je alleen maar kijkt naar de vraag of een check ethisch verdedigbaar is, verlies je de grotere context uit het oog van andere interventies. Andere maatregelen hebben wellicht een positiever netto-effect op gezondheid, én leveren minder ‘schade’ op wanneer het om andere waarden gaat. Het recht op privacy bijvoorbeeld, waarvan je je kunt afvragen of dat gewaarborgd is bij gezondheidschecks die je via internet doet. Gemoedsrust en daaraan gekoppeld het recht om dingen niet te weten ook. Je kunt wel via een gezondheidscheck te weten komen dat je een verhoogd risico hebt op hart- en vaatziekten, maar heb je daarmee automatisch ook de middelen in handen om dat risico te verkleinen door je leefstijl aan te passen? Het effect van mensen wijzen op gezondheidsrisico’s is niet aangetoond. Het effect van een gezonde leefomgeving wel. Een gezonde leefomgeving creëren is zeer waarschijnlijk effectiever dan gezondheidschecks aanbieden zonder mensen handvatten te geven om iets concreets te doen met de uitkomsten.” Hier komt nog bij dat gezondheidschecks voor grote onzekerheid kunnen zorgen, resulterend in vervolgonderzoek en – zoals Stol al aanhaalde – mogelijke overbehandeling. “En checks zelf kunnen ook schadelijk zijn”, zegt ze. “Invasief onderzoek houdt altijd een risico in, zoals we bij de darmkankerscreening inmiddels hebben gezien.”

> “Er is een verschil tussen ‘mogelijke’ en ‘aangetoonde’ gezondheidswinst”

Goede intenties

Kun je dan stellen dat het aanbieden van gezondheidschecks onethisch is? Daarover wil Stol geen algemene uitspraken doen. "Wanneer is iets echt onethisch?", werpt ze tegen. "Bij die vraag telt ook de intentie van de aanbieder van de gezondheidscheck. Voor mijn onderzoek heb ik veel van die aanbieders gesproken. Zij waren allemaal van mening dat hun check nut had voor mensen. Het argument dat ik hierbij hoorde was dan bijvoorbeeld: als je er vroeg bij bent, kun je snel handelen en verergering van het probleem voorkomen. Dat is zeker niet altijd waar natuurlijk, maar ze hadden wel die overtuiging. Ook waren aanbieders van mening dat mensen het recht moeten hebben om te laten onderzoeken hoe het met hun gezondheid gesteld is. Nu mag dat alleen als de huisarts als poortwachter van mening is dat daarvoor een goede reden bestaat. Voor die poortwachtersfunctie bestaan ook heel goede redenen natuurlijk, maar anderzijds: waarom zou je dat niet mogen laten uitzoeken als je daar zelf voor betaalt?"

"Waarom zou je niet mogen laten uitzoeken hoe het met je gezondheid is, als je er zelf voor betaalt?"

Een veelgehoord argument is: omdat een ongewisse uitkomst kan leiden tot vervolgonderzoek waarvan de kosten door de samenleving worden gedragen in plaats van het individu. "Een herkenbaar argument inderdaad", zegt Stol. "De vervolgvraag hierbij is: wat doe je daarmee als die follow-upkosten overbodig blijken te zijn omdat geen medische behandeling nodig is? Er schijnt onderzoek te lopen naar de vraag hoe vaak vervolgonderzoek overbodig is en hoe vaak mensen überhaupt kiezen voor vervolgonderzoek, maar uitkomsten daarvan hebben we nog niet gezien."

Er wordt wel geopperd om mensen te wijzen op de mogelijke vervolgkosten na een gezondheidscheck. Maar het is een forse volgende stap verder om ze zelf voor die kosten te laten opdraaien. Dat zou volgens Stol te veel vragen van het individu, dat sowieso al ontzettend overvraagd wordt in dit hele verhaal. "Neem de keus om wel of niet deel te nemen aan een test, en de keus om wel of niet behandeld te willen worden voor aandoeningen waarvan niet duidelijk is of ze bij leven voor problemen zullen zorgen", zegt ze. "Iedereen is bang om dood te gaan, de overlevingsdrang is enorm. Kijk bijvoorbeeld maar naar het aantal mannen met prostaatkanker dat het risico op incontinentie en impotentie voor lief neemt door te kiezen voor medische behandeling, hoewel dit op dat moment niet de enige verantwoorde keuze is. Je kunt niet van mensen verwachten dat ze in staat zijn zichzelf adequaat te beschermen in zulke situaties. Ook niet als ze afdoende geïnformeerd zijn. Daarom is het ook zo belangrijk om gezondheidschecks af te zetten tegen andere mogelijke interventies. Veel ethiekonderzoek richt zich nu op één specifieke techniek, maatregel of interventie, zoals gezondheidschecks. Maar om de vraag te beantwoorden wat goed handelen is zouden de effecten van meerdere interventies – niet alleen op gezondheidsuitkomsten maar ook op andere waarden – met elkaar moeten worden vergeleken."

Disclaimer gewenst

Hoe moet ondertussen de huisarts omgaan met een patiënt die zegt een preventieve gezondheidscheck te overwegen? Stol: "Uit ons onderzoek blijkt dat mensen verwachten gezonder te worden van deelname aan een health check, zekerheid te krijgen over de aan- of afwezigheid van risicofactoren voor ziekte en zich geen zorgen te hoeven maken over hun privacy. Ik denk daarom dat het begin niet ligt bij de huisarts, maar bij aanpassing van de reclame-uitingen over gezondheidschecks. Een soort disclaimer, net als bij leningen: 'Pas op, geld lenen kost geld'. De huisarts zit immers in een lastige situatie, want de patiënt die het onderwerp bij hem aankaart heeft al het idee dat er iets aan de hand is en wie is de huisarts dan om te zeggen dat hij zo'n check niet moet doen? Wel zou het goed zijn als de huisarts het gesprek aangaat met die patiënt over de mate van zekerheid die checks bieden en de gevolgen die eruit kunnen komen. Niet alleen financieel maar ook inhoudelijk, een medisch traject leidt altijd tot een periode van onzekerheid."

In de gesprekken van Stol met aanbieders van gezondheidschecks heeft ze ook gevraagd wat naar hun idee beter zou kunnen. Een antwoord dat daar vaak uitkwam was: betere informatievoorziening. "Ook zouden ze graag tests aanbieden die meer zekerheid bieden", zegt ze, "maar die bestaan vooralsnog nu eenmaal niet. En als het gaat om de vraag of ze mensen meer ondersteuning zouden kunnen bieden in het eventuele vervolgtraject, komt al snel het aspect kosten om de hoek kijken." Zou ze zelf een check ondergaan? "Niet zo snel nee, gelet op de onbetrouwbaarheid van de uitkomst, en de te verwachten gezondheidswinst", zegt ze. "Misschien wel als sprake zou zijn van een familiair bepaald ziektebeeld. Maar dan is er een concrete aanleiding en kun je je dus afvragen of nog sprake is van een gezondheidscheck." ■

Lees ook het nieuwsbericht 'Gezondheidschecks verlagen morbiditeit en mortaliteit niet' van Nadine Rasenberg op pagina 7 van dit nummer en op www.henw.org.

Ascitespunctie in de thuissituatie

Kees in 't Veld, Lex Goudswaard

Huisartsen hebben soms in een thuissituatie de zorg voor een patiënt met ascites. Dit kunnen patiënten zijn met kanker, waarbij er uitzaaiingen zijn in het peritoneum van een maligniteit. De oorzaak kan ook niet-maligne zijn, zoals levercirrose of hartfalen. De patiënt heeft een gespannen, glanzende buik met een verstreken navel. Soms kan dit worden behandeld met chemotherapie, of met een combinatie van diuretica met een inwendige drainage met shunt (al dan niet continu), of met ontlastende puncties.

CASUS

U bent op weg naar mevrouw Van der Veen, 42 jaar. Zij heeft een ovariumcarcinoom. In eerste instantie reageerde zij goed op een operatie om tumorweefsel te verwijderen, gevolgd door chemotherapie. Maar de verbetering blijkt tijdelijk. Er is nu sprake van ascites op basis van een peritonitis carcinomatosa. De klachten nemen toe en u gaat proberen om met een punctie ascitesvocht te verwijderen. U heeft alle spullen bij zich, maar u voelt zich gespannen, omdat u de ingreep voor het eerst doet in de thuissituatie. U heeft collega De Vries bereid gevonden om over de schouder mee te kijken. Dat blijkt maar goed ook, want bij palpatie blijkt er een vaste massa te zitten daar waar normaal gesproken wordt gepuncteerd. De Vries raadt aan om ditmaal de naald te introduceren op het punt van McBurney. De ingreep verloopt voorspoedig, er loopt 4-5 liter ascitesvocht af. Mevrouw Van der Veen voelt zich moe, maar is ook opgelucht: u spreekt af om volgende week de situatie opnieuw te beoordelen.

Met enige regelmaat heeft de huisarts in de thuissituatie de zorg voor een patiënt met ascites, meestal als gevolg van metastasering in het peritoneum van een maligniteit (peritonitis carcinomatosa).[1] Niet-maligne oorzaken zijn bijvoorbeeld levercirrose, hartfalen of pericarditis constrictiva. Ascites als gevolg van een maligniteit kan soms worden behandeld met chemotherapie; symptomatische behandeling bestaat uit diuretica en kan worden aangevuld met inwendige drainage met een peritoneoveneuze shunt of ontlastende puncties en/of continue drainage.[2]

Het is voor een huisarts goed mogelijk om ontlastende ascitespuncties (paracentese) op verantwoorde wijze uit te voeren met als doel klachten van patiënten te verlichten.[3,4] Huisartsen zonder ervaring met deze handeling kunnen een ervaren collega, bijvoorbeeld een kaderhuisarts palliatieve zorg, vragen de eerste keer over de schouder mee te kijken.

Bij ascites is sprake van een gespannen, glanzende buik met verstreken navel. De flanken bollen op en de percussie van de flanken is gedempt of mat. Bij draaien van de patiënt op de zij is er een verplaatsing van de scheidslijn tussen mat en tympanie (shifting dullness).

De kleur van ascitesvocht is meestal strogeel. Bij maligne oorzaken kan het vocht ook troebel (wijzend op een hoog eiwitgehalte) en/of bloederig zijn, en – in zeldzame gevallen – chyleus (wit tot groen).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen een exsudaat (ascites met een hoog eiwitgehalte) en een transsudaat (ascites met een laag eiwitgehalte). Dit onderscheid is van belang voor de oorzaak, zoals maligne tumoren, een nefrotisch syndroom of levercirrose, en de behandeling van ascites: wat is de verwachting, hoe vaak moet een ascitespunctie worden verricht? Chyleuze ascites wijst op een verhoogd gehalte van triglyceriden en/of cholesterol en is het gevolg van beschadiging of obstructie van de ductus thoracicus en/of retroperitoneale lymfevaten. De gemiddelde overleving van patiënten met maligne ascites is twintig weken vanaf het moment waarop ascites wordt vastgesteld. Na een jaar is nog 10% in leven. De prognose is echter sterk afhankelijk van de aard van de onderliggende maligniteit en de mogelijkheden tot behandeling daarvan. Indien sprake is van ascites bedraagt de mediane overleving negen weken bij patiënten met een pancreascarcinoom en 58-78 weken bij patiënten met maligne lymfomen.

Indicaties en contra-indicaties

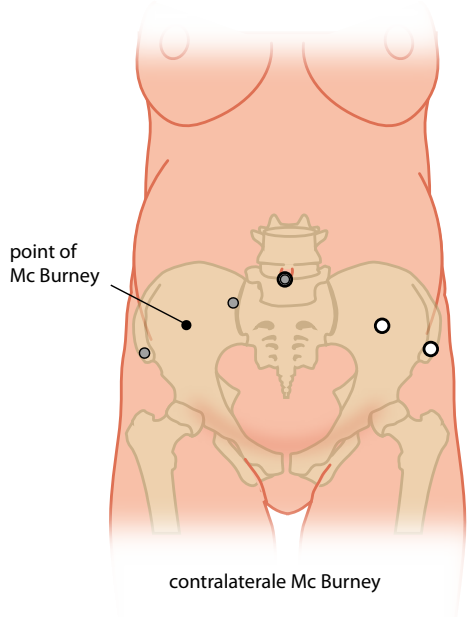
Klachten bij aanwezigheid van ascites kunnen zijn:

- pijn;
- opgezette, strakke buik;
- verminderde mobiliteit;
- eet- of slikproblemen, vol gevoel;
- zuurbranden, misselijkheid en/of braken;
- kortademigheid/benauwdheid als reactie op hoogstand van het diafragma.

Bij een maligniteit kan ascites meestal zonder problemen worden gedraineerd, ook in de thuissituatie en in grotere hoeveelheden. Dit in tegenstelling tot ascites als reactie op leveraandoeningen, waarbij het laten aflopen van hoeveelheden van > 5 liter (ineens) ernstige hypotensie kan veroorzaken. De onderliggende oorzaak kan een rol spelen bij de beslissing om wel of niet te starten met ascitespuncties in de thuissituatie. Bij maligne ascites is het aantal malen dat een punctie moet worden verricht veelal beperkt en wordt de patiënt een belastende rit naar het ziekenhuis bespaard.

Langer dan vier uur draineren uur is niet zinvol; na het eerste uur is de opbrengst meestal minimaal. Bovendien kan helemaal leegpuncteren pijnklachten veroorzaken, terwijl het interval tussen puncties niet wordt verlengd. Na draineren van ascites kan tijdelijk sprake zijn van orthostatische hypotensie. Ook kan

Figuur 1



vermoeidheid optreden. Er is relatief vaak sprake van pijn en/of darmkrampen. Eiwitverlies is klinisch minder relevant. Indien er twijfel bestaat of er tumormassa aanwezig is op de te puncteren plaats, moet de punctie onder echogeleide plaatsvinden. Bij een patiënt die een of meerdere keren is geopereerd, kunnen door verklevingen pockets ontstaan. Er moet worden afgewogen of een punctie thuis, zonder echo-onderzoek voorafaf, voldoende effect zal sorteren.

Risico's

Risico's van de ingreep vormen lekkage uit de insteekopening en (zeldzaam) bacteriële peritonitis als gevolg van een darmperforatie. Nalekken is niet altijd eenvoudig te bestrijden, peritonitis is bij de al ernstig zieke patiënt levensbedreigend. Optreden van longembolieën is beschreven.

Voorbereidingen

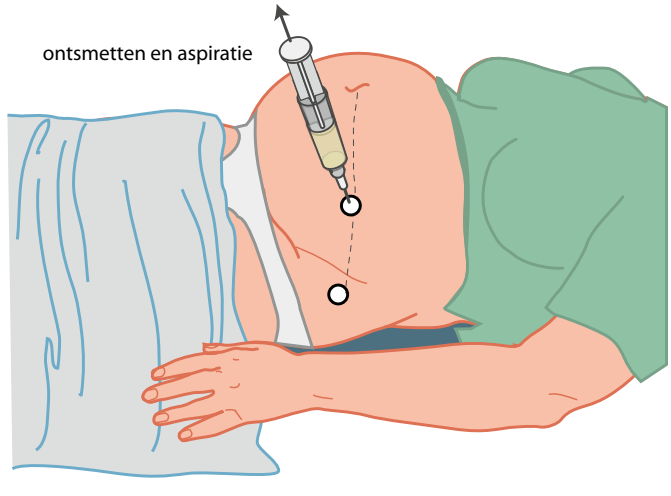
Geef uitleg aan de patiënt over de ingreep. Zorg voor schone handen en een schoon werkvlak, bijvoorbeeld de binnenzijde van de verpakking van de gazen of steriele handschoenen, of een paar uitgevouwen steriele gazen. Leg op dit werkveld – in geopende verpakking – een aantal steriele gaasjes en de injectiespuit met lidocaïne, voorzien van injectienaald, infuusnaald en infuussysteem. Hang twee stroken pleisters klaar (20 cm) om de canule te fixeren.

Zorg ervoor dat de patiënt een lege blaas heeft; bij verdenking op een blaasretentie is katheteriseren geïndiceerd. Vraag de patiënt op de rug te gaan liggen en breng het bed zo mogelijk op een hoogte afgestemd op een zittende werkhouding. Vraag de patiënt de onderbuik te ontbloten en leg het celstofmatje half onder de billen aan de zijde van de punctieplaats (links). Doorgaans wordt als punctieplaats het gebied rond het contralaterale punt van McBurney aangehouden: dit punt ligt op tweederde vanaf de navel op de lijn navel – spina iliaca anterior superior. Markeer de punctieplaats met een geschikte viltstift [**figuur 1**]. Percuteer om te bepalen of er zich op dat punt ascites bevindt. Palpeer om vast te stellen dat lokaal geen tumorgroei aanwezig is. Let goed op de lever als er door lokale tumorgroei, een stoma of andere belemmerende factoren wordt gekozen voor een punctieplaats rechts. Gebruik bij herhaalde puncties niet exact hetzelfde punt.

Stapsgewijze beschrijving van de verrichting

- Desinfecteer ruim rondom de punctieplaats met een desinfectans. Breng het desinfectans 'van binnen naar buiten' met behulp van een gaas aan.
- Verdoof huid en subcutis rondom de punctieplaats en voer de naald dan, gedoseerd per 2-3 mm, al infiltrerend, loodrecht door buikwand en peritoneum tot in de buikholte [**figuur 2**].
  Als geen weerstand meer wordt gevoeld en ascitesvocht kan worden opgezogen, dan zit u goed; ascites is meestal strogeel, soms bloederig. Als bij deze proefpunctie lucht wordt opgezogen, is de darm aangeprikt. Dit is geen probleem; perionitis treedt maar zelden op. Verwijder de naald en neem een schone naaldspuitcombinatie. Laat de patiënt iets meer op de rechterzij draaien en puncteer opnieuw.
- Trek de naald terug, leg spuit met naald veilig en zichtbaar weg en desinfecteer nogmaals.
- Dek af met (zelfklevend) disposable gatdoek.
- Neem het infuussysteem, knip de spike en druppelkamer eraf en laat het uiteinde in een schone emmer hangen.
- Fixeer de slang aan de rand van de emmer. Leg het andere eind van het systeem klaar, met de Luer-Lockaansluiting bij de hand.
- Trek handschoenen aan.
- Bij het gebruik van onsteriele handschoenen moet worden gewerkt volgens de no touch-techniek; raak de steriele canule en naalden niet aan.
- Neem de ascitespunctienaald (bijvoorbeeld Intraflon® of Pleuracath® [**figuur 3**]) en houd hierbij de duim stevig op de witte dop aan de achterzijde. Doel hiervan is dat de naald niet door de stugge huid of weerstand van de buikwand wordt teruggedrukt in de canule en de canule

Figuur 2



Figuur 3

Ascitespunctienaald

opstroopt, omdat deze geen voernaald meer in zich heeft. Eventueel kan voorafgaand aan de punctie de huid met de lancet worden geperforeerd.

- Breng de naald parallel aan het insteekkanaal van de anesthesie in.
- Als de naald bijna helemaal is ingebracht, vult de ruimte voor de witte dop zich met ascitesvocht. Gebeurt dat niet, trek dan de naald iets terug en vraag de patiënt iets meer op de zij te draaien; houd de duim weer goed tegen de achterzijde van de voernaald en voer nu de naald weer op naar de buikholte tot er vocht herkenbaar is. Duw de naald nog iets verder door, zodat ook de tip van de kunststof canule door het buikvlies heen zit. Vervolgens kan de kunststof canule over de mandrijn (naald) heen helemaal worden opgevoerd. Als de canule niet gaat produceren, kan het zijn dat deze te kort is (bij adipeuze patiënten) of dat er geen ascites, maar tumormassa aanwezig is. De procedure moet dan met een langere naald of op een andere plaats worden uitgevoerd.
- Fixeer de canule met een pleister en draai de Luer-Lock-aansluiting van het infuussysteem op de canule.
- Gebruik een rolletje verband (afrollen tot juiste dikte) of enkele opgerolde/opgevouwen steriele gaasjes om de canule aan de zijkant te ondersteunen, zodat deze rechtop blijft staan en niet afknikt; plak vervolgens nog een of twee stroken pleister om het geheel goed te fixeren.
- Leg de slang van de infusie horizontaal onder de deken in het bed en fixeer deze aan de bedrand; ruim de materialen op.
- Verwijder de canule na maximaal vier uur, masseer de huid rondom de insteekopening en dek de insteekopening af met steriele gazen.

Complicaties

Als de patiënt zich naar en duizelig gaat voelen, kan met de rollerklem van het infuussysteem de afvoerslang tijdelijk worden dichtgezet. Ook als de patiënt pijn krijgt tijdens de drainage, er al veel vocht is afgelopen en de drain weinig meer loopt, kan de drain worden afgesloten. De pijn wordt dan waarschijnlijk veroorzaakt doordat de smerende werking van het vocht tussen de vliezen wegvalt. Als er bloed zichtbaar is in het vocht, dan is dit meestal niet erg; ascites kan bloederig zijn. Als de drain stopt met lopen en er zit toch nog vocht in de buik, dan kan het zijn dat de canule of lijn is afgeknikt. Ook kan er een vlokje of stolseltje voor de kathetertip zitten: klem de slang even dicht en knijp een paar keer in het bovenste deel om de verstopping op te heffen of spuit de katheter door met fysiologisch zout. Het kan behulpzaam zijn om de patiënt iets naar de zij te laten draaien daar waar de canule zich bevindt; leg ter ondersteuning een kussentje onder de rug en/of zij.
Als de insteekopening blijft nalekken, dan kan deze met een zwaluwstaartje worden dichtgetrokken. Leg de patiënt tijdelijk op de andere zijde, zodat de punctieplaats nu het hoogste punt vormt. De kans op lekkage is dan het kleinst.
Ook kan een drukverband worden aangelegd. Bij een eventuele volgende punctie kan met verschillende technieken het risico op nalekken worden verminderd. U kunt een dunnere naald gebruiken, de buikwand schuin aanprikken, een 'geblokt' punctiekanaal maken door voor het puncteren de huid iets ten opzichte van de buikwand te verschuiven, de canule er een kortere tijd inlaten of na afloop een hechting over of rondom (tabakszakknoop) de insteekopening leggen.

Nazorg

Bespreek hoe de patiënt de punctie heeft ervaren. Adviseer om in eerste instantie rustig te gaan zitten en staan in verband met het risico op orthostatische hypotensie. Maak vervolgafspraken. ■

INSTRUMENTARIUM EN MATERIALEN

Instrumentarium

- Spuiten en naalden
- 1 punctienaald (bijv. Intraflon® 2 of Pleuracath®)
- 1 infusie- of transfusiesysteem (bijv. Codan®)
- Minilancet
- Schaar

Materialen

- Desinfectans (alcohol 70%, chloorhexidine 1%, jodiumtinctuur (1% in 70% alcohol) of povidonjodium)
- Lokaal anestheticum (lidocaïne 1%, eventueel in combinatie met adrenaline of epinefrine 1:100.000)
- Handschoenen
- Afdekmateriaal
- Celstof onderlegger
- Opvangemmer
- Verbandmateriaal (steriel gaas, pleister of tape)

LITERATUUR

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

In 't Veld CJ, Goudswaard AN. Ascitespunctie in de thuissituatie. Huisarts Wet 2019;62(6):37-9. DOI:10.1007/s12445-019-0135-6.
Deze bijdrage is eerder in vrijwel dezelfde vorm gepubliceerd als: Kees in 't Veld, Lex Goudswaard. Ascitespunctie. In: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM (redactie). Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum, 2018: p.105-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Het is rood en het schilfert

Silvia Koelman en Bram Sprij

Huisartsen beoordelen dagelijks allerlei plekjes en vlekjes. Vele daarvan zijn rood en/of schilferen, en soms is meteen al duidelijk wat er aan de hand is. De lijst met rode en schilferende huidaandoeningen, ofwel de erythematosquameuze dermatosen, is echter lang. Vaak gaat het om eczeem of psoriasis, maar soms zitten er witte raven tussen. Patroonherkenning speelt bij het herkennen van ziektebeelden en zeker bij de witte raven een belangrijke rol.

CASUS

Een 22-jarige patiënte, onlangs verhuisd en nieuw in de praktijk ingeschreven, komt op het spreekuur. Ze heeft sinds haar kindertijd klachten van een jeukende, ruw aanvoelende, rode huidafwijking op de linkerhand, die lijnvormig verloopt naar de linker onderarm. De jeuk en irritatie variëren in de loop van de tijd in ernst. Ze werkt als thuiszorgmedewerkster en moet daarom vaak haar handen wassen. De irritatie is de laatste tijd toegenomen. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts een lineaire erythematopapulosquameuze laesie, die op de linkerarm vanaf de hand naar de onderarm loopt [**figuur 1** en **2**].

Figuur 1

Een lineaire erythematopapulosquameuze laesie

Figuur 2

De laesie loopt op de linkerarm vanaf de hand naar de onderarm over een blaschkolijn

BESCHOUWING

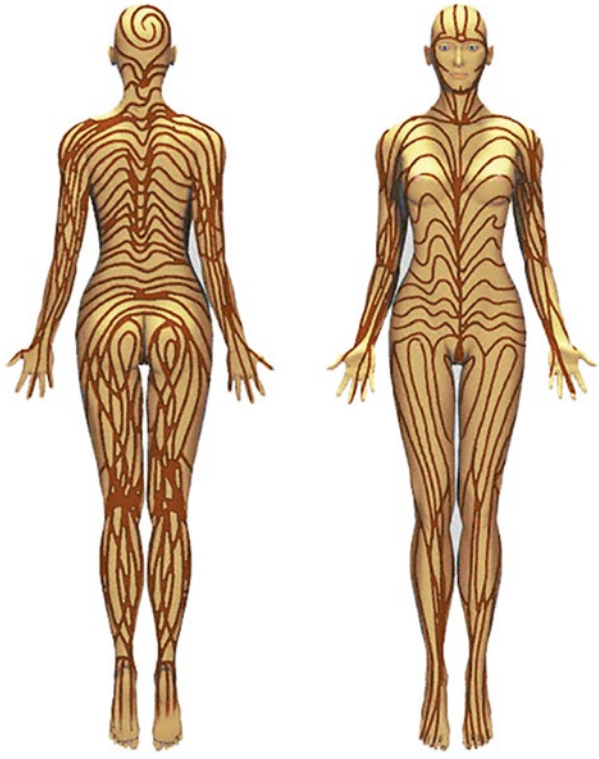
Het meest opvallend is het lineaire aspect waarin de roodheid en schilfering verloopt. Dit is kenmerkend voor een bepaalde huidafwijking die de zogenaamde blaschkolijnen volgt [**figuur 3**]. Dit zijn de lijnen waarlangs de embryonale ontwikkeling van de opperhuidcellen verloopt. Het zijn typische V- en S-vormige lijnen die van de wervelkolom en de middellijn van de buik uitwaaieren. Gewoonlijk zijn ze niet zichtbaar, maar ze zijn wel te zien wanneer een huidafwijking over de blaschkolijnen loopt.[1,2] Het patroon ontstaat door mosaïcisme, wat betekent dat er in één individu twee of meer genetische celpopulaties aanwezig zijn.[1,2] Dit ontstaat in de vroege embryonale fase, als de cellen vanuit de neurale buis migreren. Het kan leiden tot een grote variëteit aan huidafwijkingen. De lokalisatie en het lineaire aspect doen aanvankelijk ook denken aan een huidafwijking die volgens de dermatomen verloopt, zoals herpes zoster.

Differentieel diagnostisch kunnen we bij huidafwijkingen die via de blaschkolijnen verlopen ook aan lineaire psoriasis denken. Behalve de lijnen zien we dan ook roodheid en schilfering. Verder kunnen we denken aan incontinentia pigmenti, een zeldzame neurocutane aandoening die zich al manifesteert bij pasgeborenen en vaak gepaard gaat met andere afwijkingen van bijvoorbeeld de tanden en ogen. Verder valt te denken aan een lineair verlopende lichen planus, dan wel striatus. Deze twee verdwijnen binnen twee jaar, met eventueel enige post-hypo- of -hyperpigmentatie. Ook kan sprake zijn van epidermale naevi; een zeldzame goedaardige aandoening (precieze prevalentiecijfers zijn niet bekend), die op zichzelf staand kan voorkomen of soms in het kader van een syndroom. Deze huidafwijking ontstaat vaak in de kinderjaren en blijft chronisch aanwezig. De naevi kunnen in kleur en efflorescentie variëren, waarbij een meer wratachtig beeld of een schilferend erythemateus beeld kan ontstaan. De huidafwijkingen groeien mee met het lichaam en kunnen bij het ouder worden wat dikker en donkerder worden.

Uit de gegevens van de vorige huisarts van de patiënte bleek

Figuur 3

Blaschkolijnen (Bron: www.med-ars.it)



dat ze eerder bij een dermatoloog is geweest, die na onder andere een biopt de diagnose ILVEN (inflammatoire lineaire verruceuze epidermale naevus) had gesteld. ILVEN valt onder de epidermale naevi. Het klinische en histologische beeld kan erg veel lijken op dat van psoriasis. Op basis van een biopt met histologisch onderzoek zijn ze echter wel van elkaar te onderscheiden.[4,5] De huisarts heeft de behandelopties met de patiënte besproken en uiteindelijk is ze op proef begonnen met een combinatiepreparaat van betamethason en calcipotriol. Na drie weken smeren meldde ze op het spreekuur dat de jeuk- en irritatieklachten waren afgenomen. De huisarts constateerde dat de inflammatie was verminderd.

Literatuuronderzoek bevestigt dat het gaat om een zeldzame huidafwijking. Er zijn meerdere casusbeschrijvingen beschikbaar, maar geen reviews of gerandomiseerde, gecontroleerde trials. Volgens de casusbeschrijvingen is therapie bij afwezigheid van klachten niet nodig. Eventueel is bij veel klachten een invasieve behandeling te overwegen, zoals excisie, cryotherapie, lasertherapie of systemische therapie.[3-5] Verder zijn er casussen waarin de behandeling bestond uit corticosteroïden en/of calcipotriol lokaal en acitretine systemisch, en die een goed effect had.[3-5] Het is niet te verwachten dat de huidafwijking sterk in grootte zal toenemen. Wel kan de ernst van de klachten fluctueren.

Huidafwijkingen die via blaschkolijnen verlopen zijn zeldzaam, maar goed te herkennen

CONCLUSIE

Hoewel huidafwijkingen die via blaschkolijnen verlopen, zoals ILVEN, zeldzaam zijn, is het typische klinische beeld van een lineaire erythemateuze huidafwijking goed te herkennen. Bij het beoordelen van huidafwijkingen speelt patroonherkenning een belangrijke rol en de huisarts kan ter bevestiging een biopt afnemen. Het betreft meestal een onschuldige, zeldzame, maar cosmetisch verstorende huidafwijking, een zogenaamde witte raaf, waarbij adequate behandeling lastig kan zijn. Wanneer de patiënt geen tot weinig klachten heeft, is de eerste optie geruststelling en uitleg. Als tweede, pragmatische optie kunnen de huisarts en patiënt kiezen voor een lokale behandeling met corticosteroïden en/of calcipotriol. Wanneer de klachten heftiger van aard zijn en niet op lokale therapie reageren, is een invasief beleid mogelijk in de vorm van bijvoorbeeld excisie of cryotherapie. ■

LITERATUUR

1. Huidziekten.nl. I.L.V.E.N. (inflammatoire lineaire verruceuze epidermale naevus), geraadpleegd januari 2019.
2. Primary Care Dermatology Society. Blaschko's lines, geraadpleegd januari 2019.
3. Gianfaldoni S, Tchernev G, Gianfaldoni R, Wollina U, Lotti T. A case of 'inflammatory linear verrucous epidermal nevus' (ILVEN) treated with CO_2 laser ablation. Open Access Maced J Med Sci 2017;5:454-7.
4. Sengupta S, Das JK, Gangopadhyay A. Naevoid psoriasis and ILVEN: same coin, two faces? Indian J Dermatol 2012;57:489-91.
5. Renner R, Colsman A, Sticherling M. ILVEN: is it psoriasis? Debate based on successful treatment with etanercept. Acta Derm Venereol 2008;88:631-2.

Koelman S, Sprij B. Het is rood en het schilfert. Huisarts Wet 2019;62:40-1. DOI:10.1007/s12445-019-0114-y.

Huisartspraktijk de Kade, Maassluis: S. Koelman, aios huisartsgeneeskunde, silviakoelman@gmail.com; B. Sprij, huisarts en opleider.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dementie bij oudere migranten

Rosa Vissenberg, Özgül Uysal-Bozkir, Miriam Goudsmit, Bianca Buurman-Van Es, Jos van Campen

Taal, cultuur en opleidingsniveau maken het vaak lastig dementie vast te stellen bij patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond. De veelgebruikte MMSE is niet geschikt voor laagopgeleide patiënten en de NHG-Standaard Dementie adviseert anderstalige patiënten sowieso te verwijzen voor nadere diagnostiek. Er zijn echter instrumenten die de huisarts kunnen helpen een vermoeden van dementie te onderbouwen. De Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) is speciaal ontwikkeld voor laagopgeleide patiënten met een diverse culturele achtergrond. De Nederlandse versie kan in een klein half uur worden afgenomen door een huisarts of praktijkondersteuner, met behulp van een familielid als tolk. In negen huisartsenpraktijken is de RUDAS onderzocht en geschikt gebleken als screeningstest. Met een sensitiviteit en specificiteit voor dementie van 74% doet de lijst niet onder voor de MMSE en zowel de testafnemers als de patiënten waren tevreden. De RUDAS kan het best worden gebruikt in combinatie met de IQCODE, een informantenvragenlijst voor de familie.

EEN 64-JARIGE TURKSE VROUW DIE VERGEETACHTIG WORDT

Een 64-jarige Turkse vrouw komt met haar dochter op uw spreekuur. Ze is bekend met hypertensie en diabetes mellitus. De dochter geeft aan dat ze de situatie thuis niet meer onder controle heeft. Met moeder kunt u niet praten door een taalbarrière. Al jaren blijkt moeder last te hebben van vergeetachtigheid en haar gedrag is veranderd. Ze kan ineens agressief reageren, lijkt de interesse in haar man en kinderen te zijn verloren en komt regelmatig thuis met de verkeerde boodschappen. Het lukt haar niet meer iets anders te koken dan linzensoep en ze verdwaalt soms. Haar dochters zijn bezorgd en slapen om beurten in het ouderlijk huis.

U vraagt zich af of er sprake is van een depressie, van delier of van dementie, en welke zorg nu georganiseerd moet worden. Laboratorium- en urineonderzoek laten geen afwijkingen zien. Een delier lijkt uitgesloten. U adviseert een verwijzing naar een geheugenkliniek. De oudste zoon geeft echter aan dat zijn vader en hij dit niet zien zitten. Zij zijn bang voor de reactie van de omgeving en vrezen dat het onderzoek hun moeder alleen maar meer in de war brengt. Om toch een indruk te krijgen of er sprake is van dementie, neemt u de RUDAS af met de dochter als informele tolk. De lage score zou kunnen wijzen op dementie. De familie geeft aan dat zij geen behoefte heeft aan thuiszorg, maar wel graag regelmatig contact wil via de praktijkondersteuner Ouderenzorg. De familieleden zijn blij dat hun moeder lichamelijk goed is onderzocht en dat zij op de hoogte zijn wat er speelt. Dat is voor nu voldoende.

De kans dat u een oudere migrant met dementie op uw spreekuur tegenkomt wordt steeds groter, zeker als u in een van de grote steden werkt. Dementie lijkt namelijk vaker voor te komen onder ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond dan bij ouderen met een van oorsprong Nederlandse achtergrond.[1] Dit kan verwondering wekken, omdat huisartsen in de dagelijkse praktijk niet vaak vragen krijgen van migranten over dementie. Maar hoe bewust bent u zich eigenlijk van de vroege signalen van dementie in deze doelgroep? En bent u in staat de diagnose 'dementie' betrouwbaar te stellen? De NHG-Standaard Dementie adviseert patiënten die geen Nederlands spreken te verwijzen naar de tweede lijn,[2] maar niet iedere patiënt wil dat en er zijn ook niet overal geheugenklinieken die gespecialiseerd zijn in dementie bij migranten. Dit artikel beschrijft nieuwe diagnostische mogelijkheden voor de huisarts bij een vermoeden van dementie bij oudere niet-westerse migranten.

EPIDEMIOLOGIE

In de grote steden zal in 2030 één op de drie ouderen een niet-westerse achtergrond hebben [**figuur 1**].[3,4] In het Verenigd Koninkrijk en Denemarken is al eerder geconstateerd dat de prevalentie van lichte cognitieve achteruitgang of *mild cognitive impairment* (MCI) en dementie bij patiënten met een migratieachtergrond hoger was dan bij autochtone patiënten.[5,6] In 2014 is in het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Medisch Centrum Slotervaart in Amsterdam een groot onderzoek afgerond naar de prevalentie van MCI en dementie bij de grootste groepen niet-westerse migranten.[1] De onderzoekers brachten bij ruim tweeduizend thuiswonende Turkse, Marokkaanse en Surinaamse patiënten het cognitief functioneren in kaart met de Cross-Culturele Dementiescreening (CCD), een cognitief screeningsinstrument voor dementie bij niet-westerse migranten.[7,8] De prevalentie van dementie en MCI, geoperationaliseerd als een afwijkende score op de CCD, bleek significant hoger te zijn dan bij autochtone Nederlanders. Het onderzoek had beperkingen – de diagnose werd gesteld op basis van een cognitieve screeningstest, een klinische diagnose ontbrak en de resultaten zijn nog niet gereproduceerd in vervolgonderzoek –, maar toch benadrukken de bevindingen het belang van extra aandacht voor deze groep patiënten. De hogere prevalentie van dementie in de bevolking met een niet-westerse migratieachtergrond kan te verklaren zijn uit het vaker voorkomen van cardiovasculaire ziekten en het gemiddeld lagere opleidingsniveau.[9,10]

KNELPUNTEN IN DE DIAGNOSTIEK

De diagnostiek van dementie bij niet-westerse migranten is een uitdaging. De arts moet rekening houden met barrières in taal, cultuur en opleidingsniveau, maar ook onbekendheid met dementie, schaamte en andere zorgverwachtingen spelen een rol.[11,12] Uit onderzoek in Australië en de Verenigde Staten blijkt dat mensen uit etnische minderheidsgroepen zich later in het ziekteproces aanmelden bij geheugenpoliklinieken dan mensen van Europese herkomst.[13] Dat kan allerlei redenen hebben: ze herkennen dementie niet als ziektebeeld, schaamte, taalbarrière, angst voor discriminatie of onbekendheid met zorgvoorzieningen.[1]

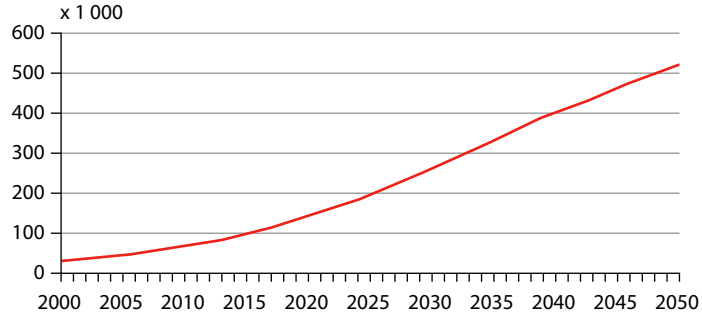
Recentelijk is onderzocht welke knelpunten huisartsen in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht ervaren in de dementiezorg bij de oudere migrant.[15] Ruim 90% van de respondenten rapporteerde knelpunten, een van de belangrijkste was het ontbreken van een gevalideerd diagnostisch instrument voor de eerste lijn.

MMSE en CCD

De veelgebruikte Mini-Mental State Examination (MMSE) geeft bij laagopgeleide patiënten te veel foutpositieve uitslagen.[16-18] De NHG-Standaard Dementie, die op dit moment wordt herzien, adviseert daarom patiënten die geen Nederlands spreken te verwijzen naar de tweede lijn voor verdere diagnostiek. Geheugenklinieken gebruiken de Cross-Culturele Dementiescreeningstest (CCD), maar de afname van deze test duurt ongeveer dertig minuten en voor de interpretatie is een psycholoog nodig. Dat maakt de CCD minder geschikt voor de eerste lijn.

Figuur 1

Aantal Nederlanders van 65 jaar of ouder met een niet-westerse migratieachtergrond



Bron: CBS, 2017.[4]

RUDAS

De Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)

Een tijdige diagnose 'dementie' leidt tot betere zorg, zowel voor de patiënt als voor de mantelzorger. Foto: Shutterstock

TIPS VOOR DE SPREEKKAMER

- De RUDAS en de IQCODE zijn goed toepasbaar bij een vermoeden van dementie wanneer de patiënt weinig opleiding heeft en het Nederlands onvoldoende machtig is.
- Nederlandse versies van de RUDAS en de IQCODE zijn online beschikbaar (zie https://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=37 en https://www.nhg.org/themas/artikelen/meetinstrumenten-bij-de-nhg-standaard-dementie).
- Voordat men de RUDAS afneemt is enige voorbereiding aan te raden, bijvoorbeeld via een instructiefilm (zie https://www.swslhd.health.nsw.gov.au/acrs/RUDAS-video.html).
- Gebruik bij voorkeur een formele tolk, maar als dit niet haalbaar is, is een informele tolk ook goed. Houd wel rekening met de belasting voor het betreffende familielid en met het risico van geringere objectiviteit.
- Plan voor de eerste afname ruim de tijd in en leg de (informele) tolk goed uit wat de bedoeling is.
- Een score onder het afkappunt (RUDAS) of daarboven (IQCODE) is een reden om aanvullend onderzoek te doen. Verwijs daarvoor naar een gespecialiseerde geheugenpolikliniek voor migranten.

is een korte cognitieve test voor dementie die speciaal ontwikkeld is voor een laagopgeleide patiëntenpopulatie met verschillende culturele achtergronden [**kader**]. De RUDAS meet verschillende cognitieve functies en is vertaald en gevalideerd in diverse landen.[19-24] In een meta-analyse bleek de voorspellende waarde van de RUDAS voor dementie vergelijkbaar met die van de MMSE.[25]

De prevalentie van dementie in groepen met een migratieachtergrond is hoger dan bij autochtone Nederlanders

In een onderzoek naar de diagnostische nauwkeurigheid van de Nederlandse versie van de RUDAS en de MMSE in een Nederlandse migrantenpopulatie bleek de diagnostische nauwkeurigheid van de RUDAS minimaal even goed als die van de MMSE. De RUDAS bleek een valide test voor dementie en MCI, met een sensitiviteit en specificiteit van beide 74% voor het onderscheid tussen patiënten zonder cognitieve stoornissen en patiënten met MCI of dementie.[26] Omdat het opleidingsniveau de score niet beïnvloedt, is de RUDAS voor laagopgeleide patiënten geschikter dan de MMSE. De RUDAS kan dus, net als de MMSE, bijdragen aan een diagnose 'dementie' en de aanzet geven tot aanvullend (neuropsychologisch) onderzoek op bijvoorbeeld een geheugenpolikliniek.

Van september 2017 tot september 2018 hebben wij de toepasbaarheid en bruikbaarheid van de RUDAS onderzocht in negen huisartsenpraktijken in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht (trialnummer NL6280). De deelnemende artsen volgden vooraf een geaccrediteerde nascholing over dementie bij migranten en afname van de RUDAS. Bij in totaal dertig patiënten van voornamelijk Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst werd de RUDAS afgenomen, in zeven praktijken door de praktijkondersteuner en in twee praktijken door de huisarts. Bij 24 deelnemers werd een (informele) tolk gebruikt. De afnametijd was gemiddeld 25 minuten (uitersten 10-45 minuten). De testafnemers moesten wel wennen, maar de afname verliep over het algemeen goed en na afloop waren zij enthousiast. Ook de patiënten en hun familie oordeelden positief over de test. Bij twee patiënten verliep de afname moeilijk, eenmaal door hemiplegie en eenmaal door vermoedelijk gevorderde dementie. De interpretatie was voor de meeste testafnemers geen probleem. Knelpunten waren dat het soms lang duurde voordat de patiënt begreep wat de bedoeling was en dat de patiënt soms geholpen werd door de tolk.

IQCODE

Naast de RUDAS is het raadzaam om familieleden te vragen hoe zij het cognitief functioneren van de patiënt beoordelen. Een gestandaardiseerd instrument daarvoor is de Informant Questionnaire for Dementia Screening in the Elderly (IQCODE) [**kader**].[27] De informant beoordeelt de cognitieve achteruitgang van de patiënt in de afgelopen tien jaar, bijvoorbeeld op het gebied van geheugen en planning. De IQCODE is geschikt voor patiënten met een migratieachtergrond, ook als zij laaggeletterd zijn.[28] Op dit moment onderzoeken wij de optimale afkapwaarde van de IQCODE bij migranten.

BESCHOUWING

Een tijdige diagnose 'dementie' leidt tot betere zorg, zowel

DE KERN

- De incidentie van dementie bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond neemt snel toe.
- Het meest gebruikte screeningsinstrument, de MMSE, is niet geschikt om dementie vast te stellen bij patiënten die laagopgeleid zijn en het Nederlands onvoldoende beheersen.
- Bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond worden vroege signalen van dementie niet altijd als zodanig herkend en de drempel om naar de huisarts te gaan is hoog.
- De Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) is speciaal ontwikkeld voor laagopgeleide patiënten met een diverse culturele achtergrond.
- De Nederlandse versie van de RUDAS is een goed en simpel alternatief voor de MMSE.

voor de patiënt als voor de mantelzorger.[29] Een belangrijk knelpunt in de huidige dementiezorg voor patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond is echter dat de MMSE niet zonder meer toepasbaar is. De RUDAS is voor deze groep een goed en gevalideerd alternatief.
Met RUDAS en IQCODE beschikt de huisarts over twee goede en gemakkelijke screeningsinstrumenten voor dementie bij patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond. Bij een positieve uitslag kan met de patiënt worden overlegd over verwijzing naar de tweede lijn voor aanvullende diagnostiek. Maar goede diagnostiek alleen is niet genoeg. Om het groeiende aantal dementen met een migratieachtergrond goed op te vangen is meer nodig, bijvoorbeeld voldoende geschoolde zorgverleners en voldoende cultuursensitieve zorgvoorzieningen. En die zijn er nog niet. ■

LITERATUUR

1. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir, Goudsmit M, Van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, et al. Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31:1040-9.
2. Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen M, Boswijk D, Stoffels J, Achthoven L, et al. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). Huisarts Wet. 2012;55:306-17.
3. Alzheimer Nederland. Factsheet cijfers en feiten over dementie. Amsersfoort: Alzheimer Nederland, 2015.

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

Vissenberg R, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, Buurman-Van Es BM, Van Campen JP. Dementie bij oudere migranten. Huisarts Wet 2019;62(6):42-5. DOI:10.1007/s12445-019-0115-x.
Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Interne geneeskunde, geriatrie, Amsterdam: dr. R. Vissenberg, huisarts en postdoc onderzoeker, r.vissenberg@lumc.nl.; dr. Ö. Uysal-Bozkir, neuropsycholoog en postdoc onderzoeker; prof. dr. B.M. Buurman-Van Es, hoogleraar Acute ouderenzorg. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, afdeling Psychiatrie & Medische psychologie, Amsterdam: M. Goudsmit, klinisch psycholoog. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, afdeling Geriatrie: dr. J.P.C.M. van Campen, klinisch geriater.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Voor hun onderzoek naar RUDAS (NTR 6454) ontvingen de auteurs subsidie van ZonMw (nr. 733050704).

Uw diagnose

Een 78-jarige man, bekend met de ziekte van Alzheimer, epilepsie en idiopathische polyneuropathie, wordt opgenomen met algehele malaise, koorts en flankpijn rechts. De patiënt wordt geopereerd met op de foto zichtbaar resultaat. Wat was de oorzaak?

1. Niersteen
2. Galsteen
3. Ingekapselde trichobezoar
4. Gecalcificeerde appendix

Foto: Michiel van Pagee, huisarts

Foto's gezocht

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

Kinderen met koorts

1. Uit het onderzoek van Peetoom et al. blijkt dat 73,2% van de kinderen op kinderdagverblijven met koorts of infectieklachten niet naar de huisarts gaat. Welke klacht is de belangrijkste ingangsklacht van de kinderen die wél een huisarts bezoeken?
a. Diarree
b. Hoesten
c. Oorpijn
d. Problemen met eten en drinken

2. Welk percentage van de kinderen had gedurende de observatieperiode geen koorts of andere infectieklachten?
a. 2,5%
b. 12,5%
c. 25%

3. Welke beperking van hun onderzoek noemen Peetoom et al.?
a. De observatieperiode was kort (vier weken).
b. De respons op het vragenlijst-onderzoek was laag (49%).
c. Er is geen zicht op de verschillen tussen ouders die de vragenlijst wel en niet hebben ingevuld.
d. Het opleidingsniveau van de deelnemende ouders bleek niet vergelijkbaar met het gemiddelde opleidingsniveau van ouders op andere kinderdagverblijven.

4. Hoeveel procent van de ouders in de controlegroep gaf aan dat zij schriftelijke informatie hadden ontvangen of naar een website waren verwezen voor informatie?
a. Ongeveer 3%
b. Ongeveer 33%
c. Ongeveer 73%

5. In het artikel van De Bont et al. worden belangrijke bevindingen uit eerder onderzoek naar kinderen met koorts op de HAP genoemd. Welk deel van de ouders weet niet dat antibiotica zinloos zijn bij virusinfecties?
a. Een tiende van de ouders
b. Een derde van de ouders
c. De helft van de ouders
d. Driekwart van de ouders

6. De vader van Eefje belt om 8.30 uur naar de huisartsenpraktijk. Eefje, 8 weken oud, heeft sinds vanochtend koorts (39,1 °C). Ze heeft sinds het wakker worden drie keer diarree gehad. De assistente maakt voor Eefje een afspraak voor vanmiddag op het spreekuur. Wat is de belangrijkste reden dat Eefje vandaag gezien dient te worden?
a. De leeftijd van Eefje
b. De hoogte van de koorts
c. De diarree

7. Hamoud is 18 maanden en heeft sinds gisteren koorts. Hij huilt veel, vooral als hij wordt neergelegd. Bij onderzoek ziet de huisarts een hangerig kind met rode wangen. De temperatuur is 39,4 °C en Hamoud heeft een rood, bomberend trommelvlies rechts. Verder zijn er geen afwijkingen. Wat is het aangewezen beleid?
a. Alleen pijnstilling
b. Pijnstilling en antibiotica-oordruppels
c. Pijnstilling en orale antibiotica

8. De moeder van Julie belt naar de huisartsenpost. Julie is 6 maanden oud en had begin van de week koorts, maar de laatste twee dagen was ze weer de oude. Nu heeft ze opnieuw

Foto: Hollandse Hoogte

een temperatuur van 39,8 °C. Moeder maakt zich ernstig zorgen. Julie heeft wel de helft van normaal gedronken, maar huilt jengelig en is niet goed te troosten. Van welke urgentie is hier sprake?
a. U2
b. U3
c. U4
d. U5

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

LITERATUUR

De Bont EG, Dinant GJ, Elshout G, Van Well GT, Francis NA, Winkens B, Cals JW. Een boekje brengt verbetering. Minder antibiotica bij kinderen met koorts op de HAP. Huisarts Wet 2019;62(6):14-8. DOI:10.1007/s12445-019-0134-7.
Peetoom KK, Crutzen RM, Dinant GJ, Cals JW. Kinderen met koorts gaan niet zo vaak naar de dokter. Huisarts Wet 2019;62(6):19-23. DOI:10.1007/s12445-019-0119-6.

ANTWOORDEN

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

Lokale behandeling van neuropathische pijn bij diabetes

Suzanne Bakker, Bram Mertens en Just Eekhof

Het afgelopen jaar zagen wij in onze praktijk twee diabetespatiënten met ernstige neuropathische pijnklachten. Bij de ene patiënt gaf orale medicatie onvoldoende pijnvermindering. Bij de tweede beperkte de comorbiditeit het gebruik van orale medicatie. Lokale toepassing van amitriptyline en ketamine leidde tot twee tevreden patiënten.

CASUS A

De heer A (50 jaar) heeft sinds dertien jaar diabetes mellitus type 2. Ondanks pijnmedicatie geeft hij zijn neuropathische pijnklachten aan handen en voeten een pijnscore van 6-7 op de NRS (gescoord met de Numeric pain Rating Scale). Zijn pijnmedicatie bestaat uit tweemaal daags pregabaline 300 mg, eenmaal daags venlafaxine 187,5 mg, tweemaal daags naproxen 500 mg, driemaal daags paracetamol 1000 mg en een fentanylpleister 75 µg om de twee dagen. Ophogen van de medicatie geeft bijwerkingen of helpt niet. Amitryptilinetabletten hebben een sterk sederend effect. Bij wijze van experiment start de patiënt met amitriptylinecrème 10% eenmaal daags. De pijnklachten verminderen hiermee naar NRS-score 3-4.

CASUS B

Mevrouw B (58 jaar) heeft 25 jaar diabetes mellitus type 2. Ze heeft neuropathische pijnklachten aan de onderkant van haar beenstomp. De al langere tijd bestaande pijnlijke diabetische polyneuropathie (PDNP) wordt daar verergerd door een subcutaan neuroom. Vanwege haar hart- en nierfalen is de keuze in orale pijnmedicatie beperkt. Een TENS-behandeling had geen effect. Een medepatiënt in het revalidatiecentrum wees haar op ketaminecrème 10%. Eenmaal daags smeren verminderde de pijn, maar nadat ze was gestopt kwam de pijn sterker terug. Na twee jaar nam de pijn door de groei van het neuroom weer toe.

Diabetische neuropathie

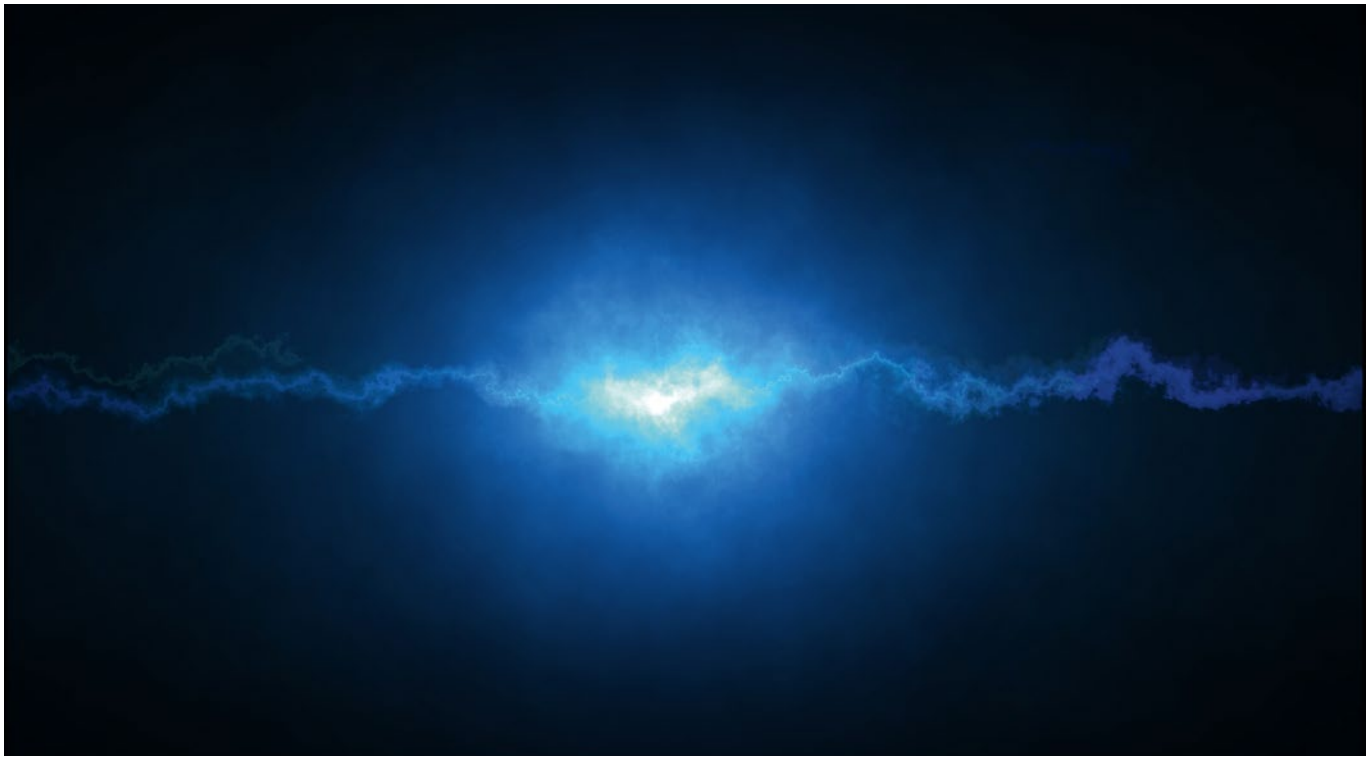
Bij perifere neuropathie werken de perifere zenuwuiteinden niet goed meer. Dat kan leiden tot krachtsverlies, verminderd gevoel, maar ook tot verkeerde sensore waarneming met klachten als tintelingen, prikkelingen, een koud of branderig gevoel en pijn bij aanraking.[1-3] Volgens een recent Nederlands onderzoek is de incidentie van polyneuropathie bij personen boven de 18 jaar 77 per 100.000 persoonsjaren (95%-BI 71,1 tot 82,8) en boven de 40 jaar 31,6 (95%-BI 27,0 tot 36,3).[4] In Nederland komt polyneuropathie het meest voor als complicatie bij diabetes (32%). Andere aandoeningen waarbij polyneuropathie voorkomt zijn cryptogene axonale polyneuropathie (26%), toxische polyneuropathie (14%) en immuungemedieerde polyneuropathie (9%).[5] In de literatuur over polyneuropathie varieert de prevalentie bij diabetespatiënten van 1 tot 20%.[6] Polyneuropathie is een van de meest voorkomende complicaties van diabetes.[7] Een kwart van de diabetespatiënten met PDNP heeft ernstige pijn die gepaard gaat met depressie, angst, minder slapen, beperkingen in mobiliteit en sociale isolatie.[8] De risicofactoren voor het krijgen van PDNP kennen we niet. De duur van de diabetes, een slechte glucoseregulatie, albuminurie en obesitas hangen samen met het krijgen van diabetische neuropathie.[4]

Van amitriptyline- en ketaminecrème zijn geen geregistreerde handelsproducten beschikbaar

Behandeling van pijnlijke neuropathie

De richtlijn Neuropathie (2005) en de NHG-Standaard Pijn (2018) adviseren voor de behandeling van algemene neuropathische pijn antidepressiva, anti-epileptica en opioïden (inclusief tramadol) als orale middelen, en capsaïcinecrème en lidocaïne 5% als lokale middelen.[1,5] De werkzaamheid en het optreden van bijwerkingen van deze middelen verschillen sterk per individu. De keuze van de behandeling hangt af van mogelijke bijwerkingen en bestaande contra-indicaties. Beide richtlijnen adviseren het tricyclische antidepressivum amitriptyline als eerste keus. Bij oudere patiënten is dat nortriptyline. Als de keuze op een anti-epilepticum valt gaat de voorkeur uit naar gabapentine.[5] Voor PDNP is er een aparte richtlijn (2017).[6] Op basis van de onderzochte literatuur geeft deze richtlijn de voorkeur aan de SNRI's duloxetine en venlafaxine. De tweede keus is een TCA (amitriptyline of nortriptyline) of anti-epilepticum (gabapentine of pregabaline). Bij onvoldoende effect van de eerste twee stappen adviseert de richtlijn carbamazepine of capsaïcine (pleister 8% of crème 0,075%).[6] Een niet-medicamenteuze optie is TENS of een neurostimulator. Een goede glucoseregulatie kan bijdragen aan verbetering van de klachten.[6]

In de beide casussen worden twee verschillende lokale mid-



Polyneuropathie is een van de meest voorkomende complicaties van diabetes. Foto: iStock

delen gebruikt. In casus A heeft de patiënt ondanks orale en niet-medicamenteuze behandeling nog steeds veel klachten. Vanwege bijwerkingen en intoleranties zijn er geen andere orale mogelijkheden. Een lidocaïnepleister op de vingers vindt de patiënt ongemakkelijk. Capsaïcinecrème op de vingers is onpraktisch omdat de patiënt het viermaal daags moet gebruiken en daarbij de kans bestaat dat de crème in zijn ogen of neus terechtkomt. Bij wijze van experiment is de patiënt gestart met amitriptylinecrème 10%. In casus B is de patiënte op eigen verzoek met ketaminecrème 10% begonnen. Haar uitgebreide comorbiditeit beperkte de mogelijkheden van orale medicatie.

Amitriptyline en ketamine hebben alleen een plek als reguliere behandelopties geen soelaas bieden

Werkingsmechanisme van ketamine en amitriptyline

Ketamine en amitriptyline worden al toegepast bij de behandeling van (neuropathische) pijn. Het werkingsmechanisme van de orale vorm is bekend, terwijl we over het werkingsmechanisme bij lokale toepassing veel minder weten. Amitriptyline werkt waarschijnlijk via verschillende mechanismen. Het remt de heropname van noradrenaline en serotonine, wat leidt tot een verminderde zenuwactiviteit. Daarnaast blokkeert amitriptyline de instroom van Na^+ en Ca^{2+} in de ionkanalen, waardoor de zenuwactiviteit vermindert. Amitriptyline werkt ook via methyl-D-aspartaat (NMDA)-antagonisme, maar dat effect lijkt klein.[9,10] Ketamine antagoneert ook de NMDA-receptor.[11] Onder invloed van glutamaat zorgen NMDA-receptoren voor ectopische activiteit van de zenuwvezels, wat zich uit in hyperalgesie en allodynie.[10,11] Remming van de NMDA-receptor onderbreekt dit effect.

Effectiviteit

Een systematische review uit 2015 over de lokale toepassing van amitriptyline includeerde vijf gerandomiseerde geblindeerde onderzoeken, twee open-labelonderzoeken en vijf casusbeschrijvingen.[12] Het aantal geïncludeerde patiënten varieerde van 20 tot 462. De doseringen van amitriptylinecrème lagen tussen de 1 en 5%, al dan niet gecombineerd met ketamine (1 tot 3%). In één onderzoek werd tevens baclofen toegevoegd aan de combinatie amitriptyline/ketamine. Bij geen enkel onderzoek was sprake van een significante vermindering van pijnscores ten opzichte van placebo. Eén onderzoek liet een niet-significante verbetering zien op de sensorische pijnklachten ($p = 0{,}053$).[13] Uit de casusbeschrijvingen bleek dat lokale toepassing van hogere doseringen amitriptyline (5% tot 10%) een gunstig effect had. In de onderzoeken hadden de middelen niet meer bijwerkingen dan de placebo's. De meest gemelde bijwerking is huidirritatie. Twee casusbeschrijvingen meldden aanwijzingen voor systemische opname van de crème, die mogelijk tot systemische bijwerkingen leidden.
We vonden twee kleine onderzoeken naar de lokale toepassing van monotherapie met ketamine. Het ene betrof een dubbelblind cross-overonderzoek uit 2009 onder 20 patiënten met het complex regionaal pijnsyndroom.[14] Behandeling bestond

uit een ketamine 10% of een placebocrème. De behandeling leidde tot een significante vermindering van de allodynie en hyperalgesie. Het tweede was een klein gecontroleerd gerandomiseerd onderzoek onder 17 patiënten met diabetische neuropathie dat geen effect van een behandeling met 5% ketamine vond.[15] In een open-labelonderzoek onder vijf patiënten met neuropathische pijn zorgde behandeling met ketamine 10% voor een afname van de pijn met 15 tot 63%.[16]

Beschikbaarheid en vergoeding

Van amitriptyline- en ketaminecrème zijn geen geregistreerde handelsproducten beschikbaar, en deze moeten dus magistraal bereid worden. Geen van beide crèmes worden vergoed. Voor een langer durende behandeling kan de patiënt een machtiging voor vergoeding aanvragen bij de zorgverzekeraar. Niet alle verzekeraars vergoeden lokale toepassing van dergelijke middelen.

TEVREDEN PATIËNTEN

We hebben twee complexe diabetespatiënten besproken, die alle twee langzaam progressieve neuropathische pijnklachten hebben, op basis van pijnlijke diabetische polyneuropathie. Bij patiënt B wordt dat gecompliceerd door een subcutaan neuroom. Bij beiden neemt de neuropathische pijn met orale medicatie onvoldoende af. In casus A geeft lokale behandeling met amitriptyline al maanden voldoende pijnvermindering. In casus B was de pijn gedurende twee jaar met lokale ketamine onder controle.

Lokale toepassing van amitriptyline en ketamine leidde in onze praktijk tot twee tevreden patiënten. In de gevonden onderzoeken is de effectiviteit van zowel amitriptyline als ketamine onvoldoende aangetoond in wetenschappelijk onderzoek van voldoende kwaliteit. De twee kleine onderzoeken met ketamine 10% tonen wel een positief resultaat, maar zijn zeer klein van opzet. Wij denken dat deze middelen alleen een plek hebben als noodgreep wanneer alle reguliere orale behandelopties onvoldoende soelaas bieden. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Vereniging voor Neurologie, Nederlandse Vereniging voor Klinische Neurofysiologie. Richtlijn Polyneuropathie. Utrecht: NVN/NVKNF, 2005.
2. Galer BS, Gianas A, Jensen MP. Painful diabetic polyneuropathy: epidemiology, pain description, and quality of life. Diabetes Res Clin Pract 2000;47:123-8.
3. Abbott CA, Malik RA, Van Ross ER, Kulkarni J, Boulton AJ. Prevalence and characteristics of painful diabetic neuropathy in a large community-based diabetic population in the U.K. Diabetes Care 2011;34:2220-4.
4. Visser NA, Notermans NC, Linssen RS, Van den Berg LH, Vrancken AF. Incidence of polyneuropathy in Utrecht, the Netherlands. Neurology 2015;84:259-64.
5. De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, Van Bommel M, et al. NHG-Standaard Pijn. Utrecht: NHG, 2018.
6. Federatie Medisch Specialisten. Pijnlijke diabetische neuropathie (PDNP). Richtlijnendatabase. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2018.
7. NHG-werkgroep Diabetes mellitus type 2. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Utrecht: NHG, 2018.
8. Hanewinckel R, Van Oijen M, Ikram MA, Van Doorn PA. The epidemiology and risk factors of chronic polyneuropathy. Eur J Epidemiol 2016;31:5-20.
9. Sindrup SH, Otto M, Finnerup NB, Jensen TS. Antidepressants in the treatment of neuropathic pain. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2005;96:399-409.
10. Vranken JH, Van der Vegt MH. De farmacologische behandeling van neuropathische pijn. Huisarts Wet 2006;12:622-8.
11. Fisher K, Coderre TJ, Hagen NA. Targeting the N-methyl-D-aspartate receptor for chronic pain management. Preclinical animal studies, recent clinical experience and future research directions. J Pain Symptom Manage 2000;20:358-73.
12. Thompson DF, Brooks KG. Systematic review of topical amitriptyline for the treatment of neuropathic pain. J Clin Pharm Ther 2015;40:496-503.
13. Barton DL, Wos EJ, Qin R, Mattar BI, Green NB, Lanier KS, et al. A double-blind, placebo-controlled trial of a topical treatment for chemotherapy-induced peripheral neuropathy: NCCTG trial N06CA. Support Care Cancer 2011;19:833-41.
14. Finch PM, Knudsen L, Drummond PD. Reduction of allodynia in patients with complex regional pain syndrome: a double-blind placebo-controlled trial of topical ketamine. Pain 2009;146:18-25.
15. Mahoney JM, Vardaxis V, Moore JL, Hall AM, Haffner KE, Peterson MC. Topical ketamine cream in the treatment of painful diabetic neuropathy: a randomized, placebo-controlled, double-blind initial study. J Am Podiatr Med Assoc 2012;102:178-83.
16. Rabi J, Minori J, Abad H, Lee R, Gittler M. Topical ketamine 10% for neuropathic pain in spinal cord injury patients: an open-label trial. Int J Pharm Compd 2016;20:517-20.

Bakker SM, Mertens BJ, Eekhof JAH. Lokale behandeling van neuropathische pijn bij diabetes. Huisarts Wet 2019;62:49-51. DOI: 10.1007/s12445-019-0113-z.

Gezondheidscentrum Stevenshof, Leiden: S.M. Bakker, huisarts en kaderarts diabetes, bakker@gcstevenshof.nl; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts. Academische Apotheek Stevenshof, Leiden: B.J. Mertens, MSc, openbaar apotheker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Worminfecties: meestal onschuldig, soms een kwade pier

Egbert de Jongh, Tjerk Wiersma

De herziene NHG-Behandelrichtlijn Worminfecties (voorheen: Farmacotherapeutische richtlijn) geeft aanbevelingen voor de diagnostiek en het beleid bij veelvoorkomende worminfecties: enterobiasis ('wormpjes'), spoelwormen, zweepwormen en runderlintworm. Enterobiasis komt verreweg het meest frequent voor. Ook honden- en kattenspoelwormen en geïmporteerde worminfecties komen in de richtlijn aan bod.

ENTEROBIASIS

De in Nederland meest voorkomende worminfectie, enterobiasis, wordt vaak een infectie met aarsmaden genoemd. Deze naam klopt echter om twee redenen niet. Een made is een larve van een vlieg of mug. Bovendien zijn deze wormpjes vooral in het coecum aanwezig. De gangbare term 'wormpjes' is dan ook correcter. Na bevruchting verplaatsen de wormpjes zich naar de anus en het perineum, waar de kleverige eitjes worden gelegd. Dit kan heftige (vaak nachtelijke) anale of vulvaire jeuk of afscheiding veroorzaken.

GASTHEREN EN WORMCYCLUS

Bij enterobiasis en de zweepworm is de mens de enige gastheer. Larven en wormen van beide soorten zitten alleen in de darm.

De spoelworm komt ook bij het varken voor. Ingeslikte eitjes ontwikkelen zich tot larven die door de darmwand dringen en naar de longen migreren. De larven worden opgehoest en weer ingeslikt, waarna zij in het maag-darmkanaal uitgroeien tot een volwassen worm die eitjes produceert. Deze longpassage geeft echter zelden klachten.

Eitjes van de runderlintworm uit menselijke feces worden opgegeten door het rund, dringen door de darm en ontwikkelen zich in het rundvlees tot cysten, gevuld met een lintwormkop. De mens wordt alleen besmet door het eten van onvoldoende verhit rundvlees met cysten. Bij de mens bevindt de runderlintworm zich alleen in de darm.

DIAGNOSTIEK ENTEROBIASIS

Lichamelijk onderzoek kan helpen om enterobiasis te differentiëren van andere oorzaken van perianale of perivulvaire jeuk. Visuele identificatie van het wormpje leidt tot de diagnose enterobiasis. Vaak heeft de patiënt dat zelf al gedaan; dan is er geen diagnostische twijfel. Als die twijfel er wel is, wordt de plakbandproef geadviseerd om de wormeitjes te vinden. De plakbandproef is namelijk veel betrouwbaarder dan fecesonderzoek.

Spoelwormen uit menselijke feces. Foto: Shutterstock

DIAGNOSTIEK SPOEL- EN ZWEEPWORMEN

Spoel- en zweepwormen geven in Nederland vaak geen klachten. Als de patiënt de gevonden worm(del)en heeft meegebracht, kan visuele identificatie leiden tot de diagnose. Soms blijken naar het laboratorium ingestuurde worm(del)en iets anders te zijn; het blijkt dan te gaan om bijvoorbeeld een aardworm (regenworm) die via het riool in de wc-pot terecht is gekomen, een stukje elastiek of een vezelig voedselbestanddeel. Nauwkeurige inspectie en eventueel onderzoek met een pincet is daarom van belang.

Een aardworm heeft over de gehele lengte een opeenvolgende ringenstructuur in de huid, terwijl spoel- en zweepwormen een gladde huid hebben. Daarnaast kan een aardworm over een klein deel van zijn lengte een verdikking rondom hebben die spoel- en zweepwormen altijd missen. Een voedingsvezel is met een pincet vaak makkelijk te pletten of uit elkaar te trekken.

Bij twijfel is het advies om de worm(del)en op te sturen naar het laboratorium. Als er geen worm(deel) is, kan ongefixeerde feces worden opgestuurd voor onderzoek op wormeitjes. Hoewel spoel- en zweepwormen veel eitjes produceren, sluit eenmalig negatief fecesonderzoek een infectie niet uit. Bij tweemaal negatief fecesonderzoek is een zware infectie met deze wormen onwaarschijnlijk.

DIAGNOSTIEK LINTWORM

De lintworm geeft meestal als enige klacht dat er een of meerdere segmenten (proglottiden) worden gezien. Visuele

identificatie leidt tot de diagnose. Een lintworm(deel) moet altijd worden opgestuurd naar het laboratorium om onderscheid te maken tussen de goedaardige runderlintworm en de uitheemse, zeldzame maar gevaarlijke varkenslintworm. Dan is een verwijzing naar de internist geïndiceerd.

BESMETTING VOORKOMEN

Alleen enterobiasis is direct van mens tot mens overdraagbaar en daarom is het alleen bij deze worminfectie zinvol om in huis hygiënische maatregelen te nemen om (her)besmetting te voorkomen. Denk aan: niet rond de anus krabben, nagels kort knippen, vaak handen wassen (na toiletbezoek, voor het eten), kleding, handdoeken en beddengoed vaak verschonen (wassen op 60°), elke dag stofzuigen en elke dag voorwerpen waarmee handcontact is schoonmaken (deurknoppen, speelgoed, toiletrand, -bril en -waterspoelknop en -kraan).
Een spoel- of zweepwormbesmetting treedt op door het inslikken van eitjes door het eten van ongewassen, besmette groente, via handcontact met besmette grond of na het eten van aarde (kinderen). Alleen eitjes die minstens drie weken in de grond zijn gerijpt, zijn besmettelijk. Door deze lange rijpingstijd zijn spoel- en lintwormen niet direct van mens tot mens besmettelijk. Gesloten afvoer van menselijke feces (riolering) voorkomt dat zweep- en spoelwormeitjes uit menselijke feces op het land komen. Spoelwormeitjes uit varkensmest kunnen echter wel vrijelijk in de natuur komen. Denk daarom bij een spoelworminfectie aan varkenshouderijen of hobbyvarkensboeren als bron. Besmetting kan worden voorkomen door groenten te wassen, handen voor het eten te wassen en het eten van aarde te voorkomen.
Runderlintwormbesmetting wordt voorkomen door (besmet) rundvlees voldoende te verhitten.

MEESTAL GEEN MEDICATIE

Bij enterobiasis is medicatie niet automatisch nodig. De infectie is onschuldig en complicaties komen in Nederland eigenlijk niet voor. De worm wordt maximaal zes weken oud en de infectie verdwijnt daarom vanzelf als er geen herbesmetting optreedt. Vooral bij patiënten met weinig klachten kan het natuurlijk herstel worden afgewacht. Hygiënische maatregelen om herbesmetting te voorkomen zijn dan wel belangrijk.

Een aardworm kenmerkt zich door een opeenvolgende ringenstructuur in de huid. Foto: Shutterstock

De besmettelijkheid is helaas groot en ruimhartig gebruik van mebendazol komt voor. Het voorkomen van onnodig medicijngebruik is echter ook bij een relatief onschuldig middel als mebendazol voor de patiënt zinvol en voorkomt milieubelasting.
Medicatie kan geïndiceerd zijn als de infectie gepaard gaat met klachten. In dat geval hoeft niet het hele gezin preventief te worden behandeld. Volwassenen hebben waarschijnlijk meer weerstand tegen de infectie en zijn beter te instrueren over de hygiënische maatregelen. De indicatie voor medicamenteuze behandeling van het hele gezin wordt sterker als meerdere gezinsleden besmet zijn of als de infectie na behandeling recidiveert. ■

De Jongh E, Wiersma T. Worminfecties: meestal onschuldig, soms een kwade pier. Huisarts Wet 2019;62:52-3. DOI:10.1007/s12445-019-0136-5.
Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap, Utrecht: E. de Jongh, wetenschappelijk medewerker, egbert.dejongh@nhg.org; Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker.
De volledige versie van de NHG-Behandelrichtlijn Worminfecties is te raadplegen op de website van het NHG, www.nhg.org (zie richtlijnen en praktijk, NHG-Behandelrichtlijnen).

Geen rol meervoudig onverzadigde vetten bij cardiovasculaire preventie

Sanne Dijkhuizen

Meervoudig onverzadigde vetten zoals omega 3- en omega 6-vetzuren zouden positieve effecten op hart- en vaatziekten hebben. In drie Cochrane-reviews van dezelfde onderzoeksgroep vatten de auteurs de effecten samen van omega 3, omega 6 en een combinatie van beide op cardiovasculaire eindpunten. Het risicoprofiel van de deelnemers varieerde en er was sprake van zowel primaire als secundaire preventie. Deze reviews bevatten resultaten van vele duizenden deelnemers en laten geen of hooguit een zeer gering effect zien op cardiovasculaire eindpunten.

Meervoudig onverzadigde vetzuren staan niet alleen bekend om hun gunstige effect op het cholesterolgehalte en coronaire hartziekten, maar ook op mentale gezondheid, kanker en inflammatie. Het Voedingscentrum stelt dat omega 3- en omega 6-vetzuren het risico op hart- en vaatziekten verlagen en dat onverzadigd vet in een gezond eetpatroon hoort. De belangrijkste meervoudig onverzadigde vetzuren zijn omega 3-, omega 6- en omega 9-vetzuren. Omega 3- en 6-vetzuren komen het meest voor en zijn beide essentiële vetzuren omdat het menselijk lichaam deze, in tegenstelling tot omega 9-vetzuren, niet zelf kan aanmaken uit voeding. Het beschermende effect berust mogelijk op anti-inflammatoire werking, verlagen van ontstekingseiwitten, het verbeteren van endotheelfunctie en het verhogen van insulinegevoeligheid.
De meest voorkomende omega 3-vetzuren zijn eicosapentaeenzuur (EPA) en docosahexaeenzuur (DHA) uit vette vis, samen LCn3 genoemd, en alfa-linolzuur (ALA) uit planten.
De meest voorkomende omega 6-vetzuren zijn linolzuur (LA) en gamma-linoleenzuur (GLA) uit planten.
De gunstige eigenschappen van meervoudig onverzadigde vetzuren zijn bekend uit observationeel onderzoek uit de jaren ’90. In 2006 verscheen een meta-analyse waarin geen effect werd gezien van omega 3-vetten op mortaliteit, cardiovasculaire gebeurtenissen of kanker. De huidige NHG-Standaard CVRM raadt het gebruik van onder andere omega 3-vetzuren dan ook niet aan.

DRIE COCHRANE-REVIEWS

De auteurs van deze drie Cochrane-reviews zochten naar een causaal verband tussen cardiovasculaire eindpunten en verhoogde inname van omega 3-, omega 6- en een combinatie van omega 3- en omega 6-vetzuren bij deelnemers met en zonder hart- en vaatziekten.[1-3]. De reviews bevatten resultaten

Het toevoegen van meervoudig onverzadigde vetzuren aan de voeding, bijvoorbeeld in de vorm van visoliecapsules, is niet zinvol en moet daarom niet worden geadviseerd. Foto: Shutterstock

van respectievelijk 79, 19 en 49 gerandomiseerde, (placebo-) gecontroleerde trials (RCT's), alle met meer dan 100 deelnemers per RCT.
De eerste review beschrijft het gemiddelde effect van omega 3-vetzuren uit 79 RCT's waarin 112.059 deelnemers 1 tot 6 jaar werden gevolgd.[1] In alle geïncludeerde onderzoeken werden deelnemers gerandomiseerd tussen enerzijds LCn3-supplementen, LCn3- of ALA-rijk voedsel en anderzijds placebo of een normaal dieet. De auteurs zagen geen effect van omega 3-vetzuren op sterfte, ongeacht de oorzaak (door cardiovasculaire oorzaak of coronaire hartziekten). Ook was er geen effect op cardiovasculaire gebeurtenissen, coronaire hartziekten, overgewicht en CVA's. Er was evenmin verschil in bloedingen of embolieën. De auteurs beschrijven een mogelijk effect van ALA op aritmieën, maar deze resultaten zijn niet statistisch significant (relatief risico 0,79; 95%-BI 0,57 tot 1,10). De dosis omega 3-vetzuren en de duur van de follow-up hadden geen effect op de cardiovasculaire eindpunten.
De auteurs van de review over omega 6-vetzuren vatten de resultaten samen van in totaal 6461 deelnemers uit 19 RCT's.[2] Deelnemers werden 1 tot 8 jaar gevolgd. In de geïncludeerde onderzoeken kregen deelnemers aanvullende omega 6-vetzuren in de vorm van een dieet, adviezen of supplementen. In de meeste gevallen vervingen de omega 6-vetzuren de verzadigde of enkelvoudig onverzadigde vetten in de voeding. Deelnemers in de controlegroep gebruikten hun normale dieet, kregen geen supplementen, of placebosupplementen.
Ook hier zagen de auteurs geen effect op de eindpunten (zoals sterfte, cardiovasculaire gebeurtenissen, CVA's, overgewicht). Mogelijk kan verhogen van inname van omega 6-vetzuren de kans op een myocardinfarct wel verkleinen, maar het verschil is klein en statistisch niet-significant.
In de derde review keken de auteurs naar de combinatie van omega 3 en omega 6.[1] De 49 geïncludeerde onderzoeken bevatten 24.272 deelnemers die 1 tot 8 jaar werden gevolgd. In de meeste geïncludeerde RCT's gebruikten deelnemers voedingssupplementen (n = 30), andere onderzoeken gaven dieetadvies (n = 8), voeding rijk aan meervoudig onverzadigde vetten (n = 8) of een combinatie van dieet, supplementen en voedingsproducten (n = 3). Opnieuw zagen de auteurs geen effect op sterfte en andere cardiovasculaire eindpunten. Wel zagen ze een kleine afname van triglyceriden in het bloed (-0,12 mmol/L; 95%-BI -0,20 tot -0,04), maar geen effect op totaal cholesterol, HDL of LDL.

GEEN EFFECT

De auteurs concluderen dat omega 3 geen, of hooguit een klein effect heeft op mortaliteit en cardiovasculaire gezondheid. Er is geen bewijs dat omega 6 een positief effect heeft op cardiovasculaire eindpunten. Een combinatie van beide zou mogelijk een klein effect kunnen hebben op het verkleinen van coronaire hartziekten, cardiovasculaire ziekte en CVA's, maar deze resultaten zijn statistisch niet-significant.
De heterogeniteit van de geïncludeerde onderzoeken is groot. Zo is er variatie in type interventie (supplementen versus voeding), deelnemers (met en zonder cardiovasculaire ziekte) en follow-up (1 tot 8 jaar). De auteurs beoordelen de kans op bias slechts voor een klein deel van de geïncludeerde onderzoeken als laag. Mogelijk negatieve effecten van omega 3- of 6-vetzuren, zoals bloedings- of stollingsrisico's en kanker, werden niet systematisch beschreven. Visoliesupplementen bevatten naast vetzuren ook toxische stoffen zoals kwik en dioxine, die ook bekendstaan om hun kankerverwekkende eigenschap.
De auteurs adviseren een groot gerandomiseerd onderzoek waarbij het effect van omega 3 en 6 in de voeding, en dus niet via supplementen, over een lange tijd wordt onderzocht. Daarbij moeten de onderzoekers niet alleen kijken naar cardiovasculaire eindpunten, maar ook naar kanker, diabetes, depressie en dementie.
Het is voor het eerst dat het effect van meervoudig onverzadigde vetten op cardiovasculaire gezondheid op deze schaal is onderzocht. Het toevoegen van meervoudig onverzadigde vetzuren aan de voeding, bijvoorbeeld in de vorm van visoliecapsules, is niet zinvol en moet daarom niet worden geadviseerd. Vis bevat naast vetzuren ook andere belangrijke voedingsstoffen zoals vitamine D en calcium. Groente bevat naast omega 3-vetzuren uiteraard ook vele andere vitamines, mineralen en vezels. Het eten van vis en groente is daarom zinvol, ook al hebben ze geen aantoonbaar effect op cardiovasculaire ziekten. ■

LITERATUUR

1. Abdelhamid AS, Brown TJ, Brainard JS, Biswas P, Thorpe GC, Moore HJ, et al. Omega-3 fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2018;11:CD003177.
2. Hooper L, Al-Khudairy L, Abdelhamid AS, Rees K, Brainard JS, Brown TJ, et al. Omega-6 fats for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2018;11:CD011094.
3. Abdelhamid AS, Martin N, Bridges C, Brainard JS, Wang X, Brown TJ, et al. Polyunsaturated fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2018;11:CD012345.

Lees ook het artikel 'Omega-3-vetzuren en voorkomen van vroeggeboorte' van Damen J op www.henw.org.

Dijkhuizen SJ. Geen rol voor meervoudig onverzadigde vetten bij cardiovasculaire preventie. Huisarts Wet 2019;62:54-5. DOI:10.1007/s12445-019-0127-6.

Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. S.J Dijkhuizen, huisarts-in-opleiding, eerder stagiaire bij H&W, sannejofl@hotmail.com.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews

Migraine en botulinetoxine

Frans Dekker

Er is geen plaats voor botulinetoxine bij normale aanvalsgewijze migraine. Foto: iStock

Behandeling van hoofdpijn met botulinetoxine spreekt tot de verbeelding. Patiënten denken ten onrechte dat het tevens rimpels aanpakt en dat wanneer het niet baat het ook niet schaadt. Toedieners en leveranciers hebben commerciële belangen en het effect is beperkt. Er is mogelijk een indicatie bij (hoog-) frequente migraineaanvallen en bij chronische migraine (onder andere minimaal vijftien dagen per maand hoofdpijn).

De auteurs vergeleken in een Cochrane-review de effecten van botulinetoxine met placebo en/of andere behandeling voor de preventie van episodische of chronische migraine bij volwassenen. De auteurs includeerden 28 trials (4190 deelnemers). De onderzoeken waren veelal klein en van beperkte duur, waarvan de meeste met placebo (25). Bij episodische migraine (gewone aanvalsgewijze migraine) was er geen winst ten opzichte van placebo. Bij chronische migraine werd een vermindering van 3,1 hoofdpijndagen ten opzichte van placebo gevonden. Wanneer de kleine trials vanwege beperkingen buiten beschouwing werden gelaten, bleef een verschil van 1,9 dag per maand over bij chronische migraine.

BEPERKINGEN

Bij slechts drie trials werd vergeleken met andere preventieve interventies; te weinig voor een meta-analyse. De trials lieten geen verschil zien tussen botulinetoxine bij chronische migraine en de andere interventies, mogelijk wel ietsje verbetering op de impact van migraine. Opvallend vaak werd de botulinetoxinebehandeling beëindigd vanwege bijwerkingen. De kwaliteit van de trials was over het algemeen erg laag en dosiscontrole was onmogelijk gezien de variabiliteit in injecties. Botulinetoxine-injecties worden toegediend op gedefinieerde locaties op en rond het hoofd, waarbij her en der een beetje toxine wordt achtergelaten. In twee trials, waarbij werd vergeleken met andere preventieve medicatie (natriumvalproaat en topiramaat), bleken botulinetoxinegebruikers vaker te stoppen met de behandeling vanwege bijwerkingen, terwijl die middelen veel bijwerkingen geven.

COMMENTAAR

Er is geen meerwaarde van botulinetoxine in vergelijking met andere preventieve behandelingen, het geeft veel bijwerkingen en het is een tijdrovende en dure behandeling.
Slechts bij het zeldzame chronische migraine is er een niet-relevant effect. Hoewel de definitie voor chronische migraine aangeeft dat er op minimaal vijftien dagen per maand hoofdpijn is, heeft die groep in de praktijk bijna altijd hoofdpijn, op gemiddeld 95% van de dagen met wisselende intensiteit. De relevantie van de behandeling wordt dan bepaald door hoofdpijnwinst van 1,9 dag per maand, overeenkomend met 6-7% winst in hoofdpijndagen ten opzichte van placebo.
Dat er nagenoeg alleen vergeleken werd met placebo en de vergelijking met andere preventieve behandelingen alleen met minder gangbare preventieve medicatie is uitgevoerd en geen meerwaarde toonde, maakt de zeggingskracht van het aangetoonde effect gering. De fabrikant betaalde 85% van de geïncludeerde onderzoeken.
De NHG-Standaard Hoofdpijn noemt de botulinetoxinebehandeling niet en de conclusies van deze review ondersteunen dat. De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) noemt botulinetoxinebehandeling gering effectief. Zij vinden dat er bij de zeldzame chronische migraine meerwaarde kan zijn voor geprotocolleerde behandeling met botulinetoxine-A. Maar zij vinden ook dat de algehele kwaliteit van bewijs zeer laag is. Mede op basis van deze NVN-richtlijn wordt botulinetoxine frequent toegepast bij chronische migraine (en ook bij frequente episodische migraine en bij medicatieovergebruikshoofdpijn). Dit gebruik past niet bij de bevindingen van deze Cochrane-review.
Zowel de Cochrane-review als de NVN gaan uit van geprotocolleerde toediening van botulinetoxine. Toepassing daarbuiten, zoals frequente toediening van botulinetoxine door cosmetisch artsen met als nevenindicatie migraine, is zinloos als het om migraine gaat.
Er is geen plaats voor botulinetoxinebehandeling bij de normale aanvalsgewijze migraine, ook niet bij hoge frequentie. Er is ook geen effect van botulinetoxine bij chronische spanningshoofdpijn. In de huisartsenpraktijk is chronische migraine zeldzaam; veruit de meest voorkomende oorzaak van chronische hoofdpijn bij migraine is medicatieovergebruik, waarbij botulinetoxine niet werkt.
Er zijn weinig argumenten te bedenken die de toepassing van botulinetoxine bij migraine ondersteunen. ■

LITERATUUR

1. Herd CP, et al. Botulinum toxins for the prevention of migraine in adults. Cochrane Database Systematic Rev 2018;6:CD011616.

Dekker F. Migraine en botulinetoxine. Huisarts Wet 2019;62(6):56. DOI:10.1007/s12445-019-0099-6.
Ilpendam: dr. Frans Dekker, huisarts, f.dekker@quicknet.nl. Belangenverstrengeling: niet gemeld.

Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Nieuw onderzoek euthanasieverklaringen bij vergevorderde dementie

Djura Coers

Artsen worstelen met het dilemma hoe zij moeten omgaan met schriftelijke euthanasieverklaringen van ernstig demente mensen. Foto: Shutterstock

Al sinds de invoering van de euthanasiewet in 2002 worstelen artsen met het dilemma hoe zij moeten omgaan met schriftelijke euthanasieverklaringen van mensen met ernstige dementie. Tegelijkertijd neemt de druk op artsen toe om te voldoen aan de euthanasiewensen van hun patiënten. Een nieuw onderzoeksproject heeft als doel het bieden van meer ondersteuning bij deze problematiek.

De meeste artsen zijn huiverig om het leven te beëindigen van iemand met wie zij daarover niet meer kunnen communiceren.[2,3] Onder artsen bestaat de behoefte aan meer begeleiding bij het zorgvuldig uitvoeren van euthanasie bij deze specifieke patiëntengroep.[1] Dit onderzoeksproject belicht juridische, ethische en praktische oogpunten om zo inzicht te krijgen in deze thematiek. De belangrijkste onderzoeksvraag van het project is: in hoeverre kan worden voldaan aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie in geval van een wilsonbekwame patiënt met dementie en een schriftelijke wilsverklaring?
Dit onderzoek richt zich voornamelijk op concrete ervaringen van professionals en naasten die zijn geconfronteerd met de vraag om te voldoen aan een euthanasieverzoek op basis van een schriftelijke wilsverklaring van een wilsonbekwame patiënt met dementie. De onderzoekers maken gebruik van verschillende onderzoeksmethoden, zoals een vragenlijstonderzoek, interviews met artsen en naasten, een review van de juridische literatuur en interviews met ethische en juridische experts. Een Delphistudie met een panel van experts wordt gebruikt om tot consensus te komen over de toepasselijkheid van de zorgvuldigheidscriteria voor euthanasie bij deze patiëntengroep.
Doel van dit onderzoek is een handreiking te ontwikkelen waaraan artsen houvast kunnen hebben in het zorgvuldig omgaan met euthanasieverklaringen van mensen met vergevorderde dementie. Het onderzoek is inmiddels gestart en loopt tot 2024. Een concepthandreiking wordt verwacht in het najaar van 2020. ■

LITERATUUR

1. Rurup M, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. Euthanasieverklaringen bij dementie. Ned Tijdschr Geneeskd 2010;154:A1273.
2. De Boer ME, Droes RM, Jonker C, Eefsting JA, Hertogh CM. Advance directives for euthanasia in dementia: how do they affect resident care in Dutch nursing homes? Experiences of physicians and relatives. J Am Geriatr Soc 2011;59(6):989-96.
3. Verenso. Euthanasie bij gevorderde dementie. Arnhem: Verenso, 2018.

Coers D. Nieuw onderzoek euthanasieverklaringen bij vergevorderde dementie. Huisarts Wet 2019;62:59. DOI;10.1007/s12445-019-0103-1.
UMC, locatie VUMC, Afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Amsterdam: D.O. Coers, MSc MD, aioto, d.coers@vumc.nl.
www.unovumc.nl/onderzoeken/daltproject/
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Geen koorts bij sepsis door slechtere conditie?

Behandeling van sepsis op de HAP

Rob van Kimmenaede

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

Nederlandse onderzoekers keken retrospectief naar de diagnostiek en behandeling in de ANW-uren bij patiënten met sepsis die werden opgenomen op de IC van een algemeen ziekenhuis. Zij definieerden sepsis aan de hand van de SIRS-criteria (ademhalingsfrequentie > 20/min, pols > 90/min en temperatuur > 38 of < 36 graden Celsius), met een infectie als meest waarschijnlijke oorzaak. Van de 263 opgenomen patiënten had bijna de helft vooraf contact gehad met de HAP. Hiervan was 78,7% een face-to-face contact. De mortaliteit bleek aanzienlijk hoger te zijn bij patiënten bij wie de huisarts geen sepsis vermoedde dan bij patiënten bij wie dat vermoeden er wel direct was (41,9 versus 15,8%). De eerste groep was gemiddeld vijf jaar ouder, en dat verklaarde de hogere mortaliteit grotendeels, maar na correctie voor leeftijd was er nog steeds een significant verschil (OR 1,11; 95%-BI 1,04 tot 1,18).
Opvallend in dit onderzoek was dat patiënten zonder duidelijke, klinische tekenen van infectie (geen koorts) een hogere mortaliteit hadden dan patiënten met koorts. Mogelijk werd de behandeling negatief beïnvloed door het niet onderkennen van de infectie als de patiënt geen koorts had.
Wat zijn nu de consequenties van dit retrospectieve onderzoek voor de dagelijkse praktijk? Een ANW-visite of -consult is te beschouwen als een setting met een hoog risico op de aanwezigheid van sepsis. Een verhoogde ademhalingsfrequentie (> 20/min) is een relatief vroeg symptoom dat u op het spoor van sepsis kan zetten. En laat u niet op het verkeerde been zetten door afwezigheid van koorts. ■

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

Huisartsenpost

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

de patiënt niet uit voor het aantal antibioticarecepten in het algemeen. Als er een indicatie voor antibiotica was, schreven ook mannelijke huisartsen deze minder vaak voor aan vrouwelijke patiënten, maar dit verschil was niet significant (72,3% versus 76,9%). Het is niet duidelijk of de verwachtingen van vrouwelijke en mannelijke patiënten verschilden of dat het idee van de huisarts over de verwachtingen van de patiënt verschilde tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten. Het onderzoek zegt daar niets over, maar het is wel een goede herinnering dat er blijkbaar (onbewust) factoren meespelen bij onze beslissingen over beleid die moeilijk te vatten zijn. ■

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

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

MAART 2019 HUISARTS EN WETENSCHAP 9

Reactie bij ‘Behandeling van sepsis op de HAP’ van Rob van Kimmenaede (Huisarts Wet 2019;62(3):9).

Zou het kunnen dat bij patiënten die niet met koorts reageren op sepsis er sprake is van een (immunologisch) slechtere uitgangsconditie? Dat zou, naast de moeilijkere en daardoor latere diagnose, mede een verklaring kunnen zijn voor de slechtere prognose. ■

Piet Mout

REACTIE AUTEUR

De vraag is wat een immunologisch slechtere uitgangsconditie precies is. Zijn dit patiënten met diabetes mellitus, hiv, of de ziekte van Kahler, patiënten die DMARD’s, biologicals of prednisolon gebruiken, of patiënten die chemotherapie krijgen? In het besproken onderzoek werden patiënten met chemotherapie en leukopenie uitgesloten van deelname.
Over de patiëntkenmerken op individueel niveau heb ik geen informatie.
In het onderzoek waren de patiënten met niet-gedetecteerde sepsis gemiddeld vijf jaar ouder. Sepsisgerelateerde mortaliteit neemt toe met het stijgen van de leeftijd. In een groot retrospectief onderzoek bij patiënten met community-acquired sepsis in Zweden bleek een omgekeerde relatie te bestaan tussen lichaamstemperatuur en mortaliteit. In gewoon Nederlands: hoe lager de temperatuur bij presentatie, des te hoger de mortaliteit. Dit is onder andere de reden dat een temperatuur < 36,5 °C wordt genoemd in de SIRS-criteria. Sommige patiënten reageren gewoonweg niet met koorts op sepsis (met een infectie als meest waarschijnlijke oorzaak). Mogelijk is de leeftijd hierbij een belangrijke factor. Met het stijgen van de leeftijd neemt de gevoeligheid van het temperatuurcentrum in de hypothalamus af, waardoor het lichaam in sommige gevallen niet reageert met een stijging van de temperatuur als reactie op een infectie. Een geraadpleegde internist-intensivist moest het antwoord ook schuldig blijven. Disbalans in immuniteit werd genoemd als mogelijke verklaring. Het precieze pathofysiologische mechanisme is niet geheel opgehelderd, interleukines schijnen een rol te spelen.

Rob van Kimmenaede

Heeft poh-ggz tijd voor hypnotherapie bij PDS?

Reactie bij ‘Hypnotherapie bij prikkelbaredarmsyndroom’ van Carla Flik (Huisarts Wet 2019;62(4):21-3).

Fijn dat hypnotherapie bij het prikkelbaredarmsyndroom effectief kan zijn. De laatste zinnen stuiten echter wat tegen de borst, namelijk dat de poh-ggz weer de goedkope optie kan zijn en zo de tekorten aan personeel en gelden elders kan oplossen. Denkt de schrijver dat de poh-ggz hier de tijd nog voor heeft? Of dat die formatie binnen een huisartsenpraktijk eindeloos uit te breiden is? Naar mijn idee heeft deze poh, mogelijk nog meer dan de huisarts, te lijden onder het eigen succes. ■

Jeroen Vos

REACTIE AUTEUR

De belangrijkste boodschap van het artikel is om de behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom, waar mogelijk, in de eerste lijn te laten plaatsvinden. In de eerste plaats om te voorkomen dat patiënten jarenlang met deze klachten (met veel psychologische en sociale gevolgen) rondlopen zonder effectieve verlichting. Het is een veelvoorkomende aandoening, waarvan 14 tot 24% van de vrouwen en 5 tot 19% van de mannen last heeft. Aangezien hypnotherapie in principe een kortdurende behandeling is, zou deze het best passen bij de poh-ggz of bij psychologen met een eigen praktijk in de basiszorg.
Ik denk niet dat de poh-ggz nu oningevulde uren heeft. Zoals bij vrijwel iedere werknemer in de (geestelijke) gezondheidszorg is er een hoge werklast. Het gaat dus om keuzes maken in de praktijken. Willen wij deze behandeling gaan aanbieden aan onze patiënten en wie gaat dit dan doen? Ik kan me ook voorstellen dat er in grotere woongebieden afspraken worden gemaakt tussen huisartsenpraktijken om in een van de praktijken een groepsbehandeling aan te bieden. Er zijn momenteel al poh’s-ggz die een basisopleiding hypnose volgen bij de Nederlandse Vereniging voor Hypnose, temeer daar de basisprincipes daarvan ook voor andere klachten bruikbaar zijn. Het leren van nieuwe, wetenschappelijk bewezen, effectieve behandelingen kan ook nieuwe energie geven.

Carla Flik

Discussie over de duur van antibioticakuren

Reactie bij 'Antibioticakuren duren vaak te lang' van Rick van Uum (www.henw.org, 1 april 2019).

Van mijn opleiding en nascholingen heb ik altijd onthouden: geef antibiotica in een adequate dosering (hoog genoeg) en behandel lang genoeg. In het nieuwsbericht van Van Uum en in meerdere artikelen wereldwijd, is er discussie over de duur van kuren. Je kunt niet alle antibioticavoorschriften en bijbehorende tijdsduren over een kam scheren. Daarom moet er per indicatiegebied veel meer evidence komen, waaraan de richtlijnen voor de eerste lijn zijn aangepast. De richtlijnen en nieuwsberichten van het NHG vind ik hierin vaak tekortschieten en van onvoldoende wetenschappelijk niveau. Daarnaast kan ik empirisch vaststellen dat simpeler antibioticakeuzen en daaraan gekoppelde kortere behandelduren in de praktijk niet zelden tot onvoldoende klinische respons leiden. Twee voorbeelden: azitromycine 1 x 500 mg gedurende 3 dagen is bij luchtweginfecties vaak te kort en nitrofurantoïne is bij een urineweginfectie bij mannen geen goede keuze vanwege geringe penetratie in het prostaatweefsel. Ook is een 5- tot 7-daagse kuur hierbij überhaupt te kort. In het laatste voorbeeld zijn de traditionele cotrimoxazol 2 x 960 mg of chinolonantibiotica voor minstens 10 en maximaal 14 dagen nog immer de beste keuzes. ■

Marcel van Philips

REACTIE AUTEUR

In het bronartikel is de duur van de antibioticakuren specifiek per indicatiegebied bekeken, en de duur baseert op de recentste richtlijnen. De beschikbare wetenschappelijke literatuur varieert uiteraard per indicatie, maar desalniettemin zijn veel NHG-Standaarden – zoals Acuut hoesten en Otitis media acuta bij kinderen – onderbouwd met state-of-the-art RCT's, niet zelden specifiek in de eerste lijn verricht. Wellicht ten overvloede: empirisch (n = 1) onderzoek is zeer gevoelig voor allerlei vormen van bias, en richtlijnen worden daarom bij voorkeur gebaseerd op RCT's en meta-analyses (waar voorhanden). Onvoldoende klinische respons bij de individuele patiënt kan vele redenen hebben (zoals virale oorzaak van LWI of ongevoeligheid van een pathogeen voor bepaalde types antibiotica), en onnodig gebruik van breedspectrumantibiotica kan leiden tot bijwerkingen en resistentieontwikkeling. Enige voorzichtigheid bij de keuze van een antibioticum en de duur van een kuur, kan daarom volgens mij geen kwaad.

Rick van Uum

Leukocyten of bacteriën bij urineweginfecties?

Reactie bij 'Kosteneffectiviteit van diagnose van urineweginfecties bij vrouwen' van Judith Bosmans, et al. (Huisarts Wet 2019;62(2):24-7).

In het artikel van Bosmans staat dat een sediment positief is bij meer dan twintig leukocyten per gezichtsveld. In de NHG-Standaard Urineweginfecties staat echter dat het sediment bij meer dan twintig bacteriën per gezichtsveld positief is. Het aantal leukocyten zou niet betrouwbaar genoeg zijn (zie ook 'Richtlijnen voor diagnostiek van urineweginfecties: voor- en nadelen van verschillende strategieën', NTvG). De CBO Richtlijn werkt weer wél met leukocyten in het sediment. Wat kan ik het best aanhouden? Leukocyten of bacteriën? En als het sediment ook vol epitheel zit, hoe betrouwbaar is dan nog een leukocytentelling? ■

Ingrid Stade-Bakker

REACTIE AUTEURS

Ons criterium van twintig leukocyten per gezichtsveld is gebaseerd op een promotieonderzoek van een van de coauteurs naar (onder andere) de diagnostiek van urineweginfecties in de huisartsenpraktijk.[1-3] Het betrof een multivariabel onderzoek, wat wil zeggen dat testuitslagen in de context van andere testuitslagen werden geïnterpreteerd en werd bekeken of een test iets toevoegde aan informatie die reeds uit andere (eenvoudigere) tests bekend was, precies zoals huisartsen dat in de praktijk doen. Dit in tegenstelling tot veel ander wetenschappelijk onderzoek, waarin een test wordt vergeleken met een referentietest zonder dat men rekening houdt met andere testuitslagen (en waarop onder andere het sedimentcriterium van twintig bacteriën per gezichtsveld is gebaseerd).
In het genoemde onderzoek bleek het sediment uitsluitend bij een afkappunt van twintig leukocyten per gezichtsveld iets toe te voegen aan informatie die reeds uit anamnese en stick kon worden verkregen. Dit was onafhankelijk van het al dan niet aanwezigheid zijn van epitheelcellen. Overigens was de toegevoegde waarde van het sediment beperkt en alleen van toepassing als het onder optimale omstandigheden werd verricht. In de herziene versie van de NHG-Standaard Urineweginfecties zullen aanbevelingen voor sedimentonderzoek worden gedaan.

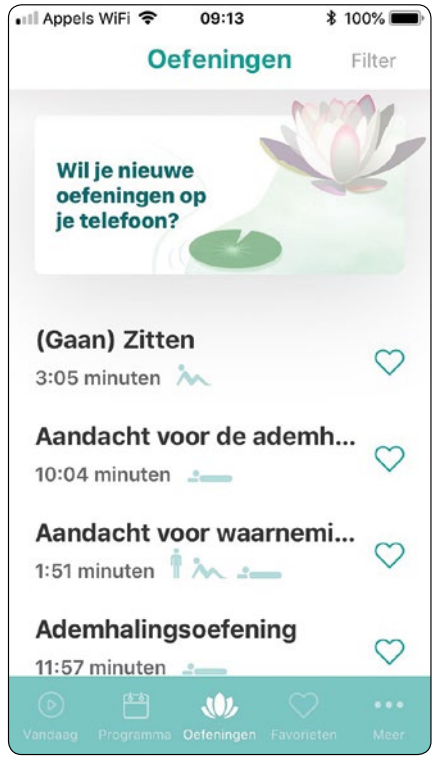
Bart Knottnerus, Judith Bosmans

LITERATUUR

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

Apptip VGZ Mindfulness coach

Annet Sollie, Bart Timmers, Marian van den Brink



Deze app biedt mindfulnessoefeningen in hapklare brokken. Het doel is 'meer "mindful" zijn' en dus 'meer in het hier en nu leven,' aldus de makers. Je kunt een programma van vijf weken volgen (vijf oefeningen per week) of zelf je oefeningen uitkiezen. Het is ook mogelijk de oefeningen automatisch in je agenda te zetten, de app stuurt dan een reminder. VGZ biedt de app gratis aan, maar behalve de vermelding van de naam is er verder geen enkele zichtbare of herleidbare link naar VGZ.

Dit was de meest intensieve apptest die we hebben uitgevoerd, want om zo'n app goed te kunnen beoordelen, moet je je er wel aan overgeven. Dit betekende twee maanden lang vrijwel dagelijks de oefeningen doen.
De app bevat een fraaie en duidelijke introductievideo. Over het algemeen vertelt de stem helder en duidelijk wat je moet doen. Er zijn echter enkele oefeningen waar de instructie tekortschiet of te snel gaat. De oefeningen (zittend, liggend of lopend) variëren van enkele minuten tot ruim een half uur, maar blijven meestal beperkt tot zo'n tien minuten. Wij vonden de app geschikt voor 'beginnende' gebruikers, dus ook voor mensen die nog nooit aan mindfulness hebben gedaan. Het is vrij gemakkelijk om met hulp van de oefeningen een staat van mindfulness te bereiken en een zekere kalmte te verkrijgen. Mindfulness is inmiddels een bewezen effectieve manier voor bijvoorbeeld de behandeling van depressie of stressreductie. Of dat ook voor deze app met oefeningen geldt, is niet te controleren maar deze voelde wel prettig en effectief. Wat echter stoorde was het feit dat sommige oefeningen vrij 'zweverig' werden, waar het ging om chakra's of 'ontmoetingen met de Boeddha'. Dat past niet bij de verder redelijk neutrale benadering van deze app.

De Mindfulness coach is een efficiënte manier om voor jezelf een hanteerbaar schema met mindfulnessoefeningen te volgen. Ondanks enkele verbeterpunten hebben we het gebruik over het algemeen als prettig ervaren. Een nuttige app voor zowel onze collega's als onze patiënten. ■

Naam	VGZ Mindfulness coach
Maker	VGZ
Doel	Mindfulnessoefeningen in een te volgen schema presenteren
Platform	iOS, Android
Prijs	Gratis, ook voor niet-VGZ-klanten
Oordeel	●●●●

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

Verandering blijft

Wij huisartsen kunnen heel veel aan en daar zit meteen de valkuil. Door maatschappelijke en technische ontwikkelingen wordt er steeds meer van ons gevraagd. Dit is mijn 76e en laatste column als voorzitter van het NHG. In de afgelopen 6 jaar heb ik heel wat veranderingen gezien, maar de huisarts staat nog steeds voor hetzelfde: goede medische zorg leveren met oog voor de patiënt en zijn omgeving. Naast dit stabiele aanbod vragen deze ontwikkelingen van ons dat we nog meer aansluiten op de lijn die de patiënt voor zichzelf uitstippelt. En toegenomen wetenschappelijke kennis over steeds kleinere patiëntengroepen en big data schreeuwen om verwerking tot betere onderbouwing van de persoonlijke adviezen aan de patiënt. Alle kennis in ons hoofd hebben is onmogelijk. Het gaat steeds meer om het selecteren en beschikbaar hebben van de juiste kennis op het klinische beslismoment.

Het groeiende aantal ICT- en e-healthtoepassingen kan zorgen voor efficiënter communiceren en om wetenschappelijke informatie beter op het netvlies te krijgen. Maar welke toepassingen dragen werkelijk bij aan zinvolle zorg? Door samenwerking met innovatieve initiatieven van de afdelingen Huisartsgeneeskunde, zoals het National eHealth Living Lab (NeLL), en goede afstemming met patiëntenorganisaties, komen we vooruit. Innovatie verandert de manier waarop huisarts en patiënt zich tot elkaar verhouden. Dat verdient aandacht van huisartsen de komende jaren.

Verandering blijft. Ik neem afscheid als NHG-voorzitter, maar in de afgelopen jaren is het NHG in mijn DNA gaan zitten en dat gaat er nooit meer uit. Ik dank u en wens de NHG-leden en het NHG als organisatie blijvend verantwoordelijkheidsgevoel toe en blijvende trots op de goede kwaliteit van de huisartsenzorg.

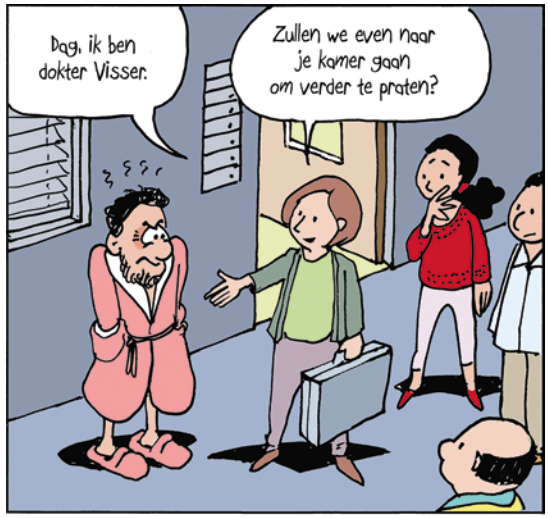
Rob Dijkstra

KORT NIEUWS

Nieuwe e-learning Acute psychiatrie

Raffy Can, een student van 21 jaar, gedraagt zich sinds gisteren erg vreemd. In de familie-app stuurt hij aanhoudend vreemde berichten. Ook heeft hij midden in de nacht zijn zus gebeld. Hij is dwingend en wil antwoorden. Volgens zijn broer, die gebeld heeft met de huisartsenpost, heeft Raffy de afgelopen dagen weinig geslapen. Hij gebruikt geen drugs en is niet agressief. U treft hem aan het einde van de avond in zijn studentenflat. Hoe benadert u hem? Hoe pakt u de diagnose aan en welke rol ziet u voor het systeem?

Deze vragen behandelt de nieuwe e-learning (PIN) Acute psychiatrie. Ook een vermoeden van intoxicatie bij verwardheid van ouderen en andere casuïstiek komen aan bod. Alle casussen in de PIN zijn aangereikt door NHG-leden. U vindt de e-learning in de NHG-Webwinkel of in uw NHG-Leeromgeving.



Cartoon uit de PIN, door Marcel Jurriëns.

Symposium e-health en ALV

Kom op maandag 24 juni naar het minisymposium over e-health en de algemene ledenvergadering. In de ALV staan we samen stil bij de activiteiten van de afgelopen periode en nemen we u mee in de activiteiten voor 2019. In het symposium gaan wij dieper in op het begrip e-health en geven we inzicht in het woud aan toepassingen.

Gastspreker hoogleraar Huisartsgeneeskunde Niels Chavannes van LUMC (zie interview op de volgende pagina) presenteert zijn onderzoek naar e-health en de evidence daarvoor. Daarna neemt dr. Freke Zuure van NHG-Programma E-health u mee in e-healthontwikkelingen die u als huisarts raken of gaan raken, en in de ambitieuze plannen voor Thuisarts.nl. Professor Jako Burgers, huisarts en strategisch medisch adviseur NHG, leidt het minisymposium. Meld u aan via directie@nhg.org.

Niels Chavannes, LUMC-hoogleraar Huisartsgeneeskunde in het bijzonder e-healthtoepassingen in diseasemanagement, initiatiefnemer van National eHealth Living Lab (NeLL). NeLL en NHG hebben een intentieovereenkomst voor samenwerking op het gebied van e-health

Foto: Dirk Verwoerd

'THUISARTS.NL PORTAAL VOOR GOEDE APPS'

Niels Chavannes, hoogleraar e-healthtoepassingen: 'E-health is alleen zinvol als je er een probleem mee oplost, en als het onafhankelijk wetenschappelijk onderbouwd is.'

Niels Chavannes: 'Thuisarts.nl is een van de beste e-healthtoepassingen: veel gebruikt en betrouwbaar. Ik wil van Thuisarts.nl een nog groter succes helpen maken door andere e-healthtoepassingen in Thuisarts.nl te integreren. Er zijn idioot veel gezondheidsapps, wel 326.000. Wij onderzoeken wat de zinvolle e-healthtoepassingen zijn. Voor ziektelastmeters en Stoppen met roken-interventies bijvoorbeeld is er evidence.

'Smartphone wordt personal coach'

E-health is alleen zinvol als je er een probleem mee oplost, niet om een marktaandeel te verwerven, zoals met slaapapps. NeLL, National eHealth Living Lab, is ons platform voor alle partijen die serieus met e-health bezig zijn. Alle 120 NeLL-projecten komen voort uit een door patiënten en hulpverleners klinisch gevoeld probleem. E-health moet voordeel opleveren, geen last. Vaak stokt e-health doordat huisartsen dubbel moeten inkloppen, door aparte websites, inloggen. Simpele toepassingen werken het beste; de huisarts kan die gemakkelijk uitleggen aan de patiënt. Voor patiënten kan Thuisarts.nl een portaal zijn voor betrouwbare en zinvolle apps.'

Smartphone als medium

Chavannes: 'Essentieel is dat mensen de e-healthtoepassing blijven gebruiken, ook als de nieuwigheid ervan af is. De smartphone gebruikt iedereen; dat wordt de nieuwe personal coach: "Wordt het geen tijd voor je astma-inhaler?" of: "Zou je niet de trap nemen, haal je je stappen wel vandaag?" Voor huisarts en specialist wordt de smartphone het medium voor informatie-uitwisseling. De huisarts krijgt een aan het HIS gekoppeld smartphone-bericht van de cardioloog: "Ik geef meneer Jansen dit advies; kun jij hem over een week in de ogen kijken?"

WGBO

Chavannes: 'Je mag die informatie volgens de WGBO wel degelijk uitwisselen met de specialist. Bij het LUMC geven we de verwijzer direct toegang tot onze gegevens van de patiënt, technisch en juridisch afgedekt. Die software delen we alleen met betrouwbare partijen zodat hackers er niet bij komen. Dat kan doordat we onafhankelijke onderzoekers zijn zonder winstoogmerk. Diabetes, psychiatrie, hartfalen, astma, wearables: iedereen binnen het LUMC moet langs mijn bureau als het over e-health gaat. Alleen huisartsgeneeskunde kan de hele breedte aan. Maar je blijft alleen expert als je blijft innoveren. Ook Thuisarts.nl is nooit af. Denk niet dat je voor de komende tien jaar klaar bent.'

Minisymposium

Niels Chavannes bespreekt evidence en de mogelijkheden van e-health op het minisymposium op maandagavond 24 juni, na de algemene ledenvergadering . Zie ook de vorige pagina en het Trouw-interview met Chavannes van 24 januari 2019.

E-health

Beleidsmakers, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties willen met e-health de overdracht, de regierol voor patiënten, en big-data-onderzoek verbeteren. Maar hoe loodsen we patiënten door alle gezondheidsapps en toekomstige ontwikkelingen?

Maandagavond 24 juni

Praat mee over e-healthtoepassingen op het minisymposium, bij het NHG in Domus Medica in Utrecht, op maandag 24 juni 19.45-21.00 uur, na de algemene ledenvergadering (18.00 uur). Meld u aan via directie@nhg.org.

‘HOE EERDER, HOE BETER’

Brenda Ott, kaderhuisarts ouderengeneeskunde in Zeist en bestuurslid Landelijke Adviesgroep Eerstelijnsgeneeskunde voor Ouderen (Laego), adviseert regionaal en landelijk over advance-careplanning

Foto: Judith Jockel

‘De niet-reanimeren-wilsverklaring bleek de triage te beïnvloeden’

Deze serie portretteert huisartsen die iets bijzonders doen. Brenda Ott maakte een niet-reanimerenwilsverklaring die landelijk gebruikt wordt en is een veelgevraagd spreker over positieve gezondheid en advance-careplanning.

Waarom heb jij de niet-reanimeren-wilsverklaring ontwikkeld?

‘In 2010 was ik toe aan verdieping van mijn carrière. Bij het opruimen merkte ik dat ik veel artikelen bewaard had over ouderen en verouderring en ik besloot de kaderopleiding Ouderengeneeskunde te volgen. Als afstudeerproject koos ik om bij vier verzorgingshuizen in Zeist de niet-reanimerenwensen van cliënten in kaart te brengen en deze vervolgens kenbaar te maken aan de betrokken huisartsen en de huisartsenpost. Voor het project maakte ik een niet-reanimerenwilsverklaring die de cliënt kon ondertekenen. Met mijn eigen thuiswonende oudere patiënten besprak ik ook hun reanimeerwensen en ik regelde dat de huisartsenpost een pop-up kreeg die verscheen als een patiënt een niet-reanimerenwilsverklaring had ondertekend. De verklaring beïnvloedde de triage positief. Triagisten waren er blij mee, belden minder snel een ambulance en stuurden vaker eerst een huisarts. Dit moet landelijk uitgerold worden, vond ik. Door mijn inmiddels opgebouwde netwerk kwam mijn niet-reanimerenwilsverklaring op de Thuisarts.nl-pagina Levenseinde. Veel huisartsen en patiënten gebruiken inmiddels deze wilsverklaring.

Als ik met kwetsbare ouderen het gesprek aanga, merk ik steeds weer hoe blij ze zijn dat ik erover begin. Het gesprek over reanimatie is onderdeel van advance-careplanning (ACP), proactieve zorgplanning. Het is zinvol om juist als huisarts deze gesprekken te voeren. In de afgelopen jaren heb ik daarover gepubliceerd en ik ben medeauteur van de Toolkit ACP, een product van Laego. Via Laego, het landelijke netwerk voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, dus alle kaderartsen eerstelijnsouderengeneeskunde, wisselen we onderling informatie en kennis uit. Landelijk hebben we een ouderengeneeskundige adviesfunctie in de eerste lijn, zoals bij de ontwikkeling van het *Plan van Aanpak Kwetsbare ouderen* en het stappenplan van de *Handreiking Kwetsbare ouderen in de eerste lijn*.’

Hoe zet je advance-careplanning op?

‘Met de collega’s uit mijn HOED starten we een pilot om – hoe eerder, hoe beter – met mensen met beginnende dementie te praten over hun behandelwensen. Wij huisartsen hebben de regie, maar het is een multidisciplinair project met casemanagers dementie, praktijkondersteuners, het Sociaal Team en wijkverpleegkundigen. Collega-zorgverleners wil ik graag inspireren voor ouderengeneeskunde, met win-winsituaties en een SMART verbeterplan, liefst op één A’4tje. Voor de opzet en de ontwikkeling van het project is mijn duopraktijk momenteel een proeftuin. Ik selecteer alle patiënten met de ICPC-codes P20 (geheugenstoornissen) en P70 (dementie). Klopt de codering? In welk stadium van de dementie bevindt de patiënt zich? Je kunt namelijk bij beginnende en milde dementie het gesprek meestal nog goed voeren. We gebruiken het patiëntenboek *Spreken over vergeten* en de *Gesprekswijzer Proactieve Zorgplanning bij dementie en vergeetachtigheid* van Saxion en Windesheim. Dit project wil ik na de pilot in mijn HOED verder uitrollen in de regio.’

Werk je samen met een Specialist Ouderengeneeskunde?

‘Ja, de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) is een waardevolle aanwinst voor de complexe ouderenzorg in de eerste lijn. De eerste keer dat ik een SO inschakelde, was bij een mevrouw die maar bleef afvallen. Ik wilde haar insturen naar de geriater, maar dat wilde ze niet. De SO die ik vervolgens in consult vroeg, ontdekte dat de patiënte niet at omdat haar kunstgebit niet meer paste. Daar had ik nooit aan gedacht. Mijn advies: werk samen met één of twee vaste SO’s. Patiënten vinden het vaak prettig als je kunt aanbieden dat een SO voor consultatie bij hen thuis kan komen.’

Zie NHG-Dossier Ouderenzorg.

Huisarts Rob Dijkstra, vanaf 2013 bestuursvoorzitter van het NHG, kartrekker van e-healthtoepassingen als Thuisarts.nl, MedMij, Zelfzorg Ondersteund, NHG Alert en NHG Lab, en actief in internationale huisartsenorganisatie WONCA

'VAN RICHTLIJNEN VOLGEN NAAR SAMEN BESLISSEN'

Rob Dijkstra, scheidend NHG-bestuursvoorzitter: 'De stap is gezet naar persoonsgerichte zorg.'

Wat is er gebeurd tijdens je voorzitterschap?

Rob Dijkstra: 'In mijn bestuursperiode heeft de beroepsgroep de stap gezet richting persoonsgerichte zorg. Met het NHG als richtlijneninstituut hebben huisartsen de beweging gemaakt van "Richtlijnen zijn er om te volgen" naar "Een richtlijn is een goede informatiebron over een ziektebeeld, die ik kan toepassen bij mijn patiënt." De volgende stap is informatie tot je beschikking hebben als je het nodig hebt. Er is zo veel kennis, je kunt niet alles paraat hebben. Daarom maakt het NHG voor huisartsen beslissingsondersteunend materiaal, multimediale materialen, zoals instructiefilms en praktische tools voor de spreekkamer, en voor de patiënt keuzehulpen. Thuisarts.nl verminderde het aantal consulten over een aantal kleine kwalen met 12%. Zowel patiënten als huisartsen gebruiken het intensief en het gebruik groeit nog elke dag. Zo'n groot succes hadden we niet verwacht. Patiënten hebben behoefte aan onafhankelijke informatie en daarin voorzien wij blijkbaar.

We hebben als beroepsorganisatie stevige discussies gevoerd met kritische collega's van Het Roer Moet Om, die ons hielpen om de discussie over de koers van de huisartsenzorg met overheid en zorgverzekeraars die nog gevoerd moest worden, richting te geven. Met partners als InEen en LHV hebben we recentelijk de kaders gevormd voor kwaliteitszorg: samen leren en verbeteren. Dat is meer dan een vinklijstje afleveren van verrichte handelingen: je definieert verbeterpunten ook samen met de patiënt. Mijn rol was meehelpen om de partijen te verbinden, taboetermen als "indicatoren" een goede positie te geven door ze in te zetten voor inzicht in eigen handelen ter verbetering, in plaats van alleen aanleveren aan overheid en zorgverzekeraars. In mijn begintijd legde je vooral verantwoording af. Ik ben niet voor terugkeer naar alleen de professionele autonomie; dat is niet meer van deze tijd. We hebben als beroepsgroep de ontwikkeling doorgemaakt van verantwoording afleggen naar professionele verantwoordelijkheid nemen. Met de partijen om je heen leer en verbeter je samen, ook in discussie met de beroepsgroep, die het intern niet altijd eens was.'

Wat heb je bereikt?

'Ik wilde weten wat leden verder helpt. Het NHG ontwikkelt zich van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte organisatie. Dat is niet hetzelfde als vraaggestuurd, "U vraagt, wij draaien." We houden rekening met behoeften van leden, maar nemen het initiatief in het bepalen van de huisartsgeneeskundige koers. Zo stimuleer ik de persoonsgebonden omgeving. Ik wilde anticiperen, ben met partners gaan praten over wat in de toekomst nodig is. Ook Thuisarts.nl heb ik ontwikkelruimte gegeven, voor nu en de toekomst.'

Wat ging minder gemakkelijk?

'Een actueel medicatiedossier, dat patiënt en zorgverlener inzicht geeft in wat de patiënt nu gebruikt: ik vind het beschamend dat we dat nog niet voor elkaar hebben met alle partijen. Landen zoals Portugal en Tsjechië zijn al veel verder! Het is ook de poldercultuur, eindeloos overleggen zonder een stap te zetten. Dat valt me erg tegen, terwijl we er met het NHG keihard aan werken. Dat we in Nederland zo veel moeite hebben om al die lagen te overwinnen, vind ik ernstig.'

Wat verwachtte je toen je begon?

'Het leek me goed om tijdens mijn voorzitterschap als huisarts in de praktijk te blijven werken. Dat bleek inderdaad nuttig: bij presentaties en casuïstiek heb ik altijd uit mijn eigen ervaringen kunnen putten. Het is goed voor huisartsen en NHG-medewerkers, met wie ik met veel plezier heb samengewerkt.'

'Onze beroepsgroep heeft de ontwikkeling doorgemaakt van verantwoording afleggen naar verantwoordelijkheid nemen'

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.