

H&W

Huisarts en Wetenschap

10

oktober 2018
jaargang 61

Oordeel huisartsen over Toekomstvisie 2022

Het stille hartinfarct

Huisarts werkt in de toekomst wijkgericht

Acute suikerbuik

Kernwaarden huisarts-geneeskunde op de schop?

Continuïteit, generalistische en persoonsgerichte zorg zijn al decennialang belangrijke kernwaarden van ons vak. Deze kernwaarden zijn terug te vinden in de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde, voor het eerst vastgelegd tijdens de Woudschoten-conferentie in 1959. Sinds die tijd is de huisartsgeneeskunde echter continu in beweging, onder andere door verandering in de organisatie van zorg, verandering in de patiëntenpopulatie, maar ook door een veranderende samenstelling van onze beroepsgroep. Vanwege deze veranderingen slaan verschillende organisaties in het land (NHG, InEen, LHV, Het Roer Moet Om, LOVAH, IOH, LHOV en VPHuisartsen) de handen ineen om denksessies te organiseren over de invulling van het huisartsenvak. Hamvraag bij deze sessies is: moeten de kernwaarden en kerntaken herijkt worden?

In dit nummer vragen Teerling en collega's zich af in hoeverre huisartsen in het land de verschillende ambities uit de Toekomstvisie 2022 belangrijk en haalbaar vinden en of sekse en leeftijd van de huisarts deze mening beïnvloedt. In het onderzoek zien we dat we onze kernwaarden nog steeds vooropstellen: het patiëntencontact mag niet in het gedrang komen en een herkenbaar team is belangrijk. De kernwaarden hoeven dus niet op de schop, zij blijven de basis van ons vak. De praktische invulling en haalbaarheid in de toekomst verdienen echter wel aandacht. Met daarbij niet zozeer de focus op de onderlinge verschillen in visie tussen mannelijke en vrouwelijke, jongere en oudere huisartsen, maar op onze gezamenlijke visie, wat ons bindt.

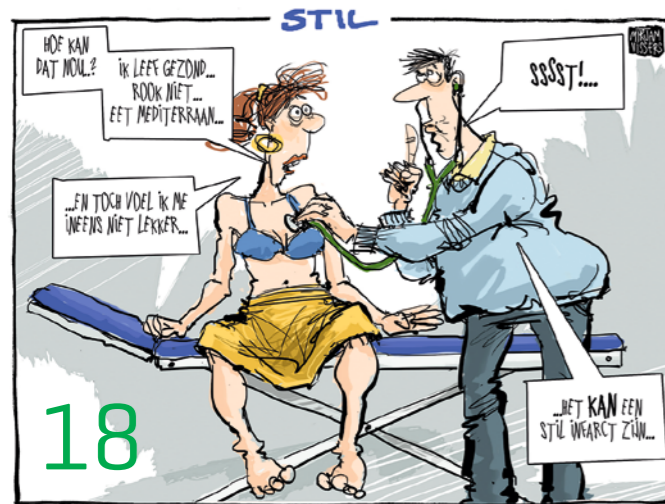
Uit de enquête van Teerling blijkt dat we meer tijd willen besteden aan samenwerken. Laten we dit nou niet alleen op wijkniveau doen, maar ook onze krachten bundelen op landelijk niveau zodat het voor overige spelers in de zorg duidelijk is waar wij als huisarts voor staan. Laat dus allen uw stem horen. Met een duidelijke taakafbakening en creatieve oplossingen kunnen we onze toekomstvisie realiseren. ■

Marian van den Brink

'Laten we onze krachten bundelen op landelijk niveau, zodat voor iedereen duidelijk is waar wij huisartsen voor staan'



Foto: Vincent Boon



Wetenschap

- 14 **Oordeel huisartsen over Toekomstvisie 2022**
Huisartsen vinden een herkenbaar team en een duurzame relatie met de patiënt belangrijk.
- 18 **De prevalentie van het stille hartinfarct en de associatie met mortaliteit**
Bij stille hartinfarcten hebben patiënten niet de klassieke cardiovasculaire risicofactoren.
- 24 **Op zoek naar het stille hartinfarct**
Stille hartinfarcten opsporen met een ecg-screening lijkt een oplossing, maar is het niet.
- 26 **MRI-knie bij elk acuut knietrauma niet kosteneffectief**
Het is lang niet altijd zo dat een MRI-knie uitkomst biedt. Bovendien leidt het tot hogere zorgkosten.
- 31 **Stop met het onkritische gebruik van nulhypotesen**
De zeggingskracht van p-waarden is vaak beperkt. Goed om te beseffen bij het interpreteren van wetenschappelijk onderzoek.
- 34 **Een alternatief voor de Glasgow Coma Scale**
De Glasgow Coma Scale is een vrij gedetailleerd instrument. Een eenvoudiger alternatief is de AVPU-score.
- 41 **Huisarts werkt in de toekomst wijkgericht**
Wijkgerichte aanpak levert winst op voor de betrokken professionals en voor de zorg.
- 44 **Eva Bolt: "Ga het gesprek aan over de laatste levensfase van de patiënt"**

Praktijk

- 47 **Nieuwe zoekfilters voor het vinden van relevante publicaties**
Zoekfilters kunnen uitkomst bieden om antwoorden te vinden in online databases op vragen van huisartsen. Dat kan met een sensitief en met een specifiek filter.
- 50 **Acute suikerbuik**
Bij acute buikpijn is het belangrijk om de differentiaal diagnose breed te houden, vooral bij kinderen. De oorzaak kan namelijk heel goed extra-abdominaal zijn, zoals diabetische ketoacidose.
- 51 **Uw diagnose**
Proximale loslating van de nagelplaat
- 52 **Blauwrode verkleuring van het onderbeen: lymeborreliose?**
Acrodermatitis chronica atrophicans, een chronische huidziekte veroorzaakt door de *Borrelia burgdorferi*-spirocheet, is een minder bekende manifestatie van late Lymeziekte.
- 57 **Kennistoets**
Glasgow Coma Scale

Nieuws

- 6 **Huisarts sleutelfiguur multidisciplinaire ouderenzorg?**
- 6 **Evaluatie PaTz-groepen voorzichtig positief**
- 7 **Dosering acetylsalicylzuur bij CVRM hangt af van gewicht**
- 8 **Mobieltje verbetert therapietrouw niet**
- 8 **Te weinig psychische behandeling van SOLK**
- 9 **Meer zorgverleners, meer gebruik huisartsenzorg**
- 10 **Goed gebruik van ecg's bij atriumfibrilleren**
- 10 **Ook Nederlandse huisartsen schrijven vaker opioïden voor**
- 12 **Is er een probleem met IT in de eerste lijn?**
- 60 **Geen pijnvermindering door ondansetron bij PDS**
- 61 **Opkomst oncologisch bevolkingsonderzoek kan beter**
- 62 **Naar betere diabeteszorg tijdens de ramadan**
- 64 **Ingezonden**
Mycoplasma genitalium, injectie in bil bij knieartrose en veiligheidsnaalden
- 70 **Apptip**

NHG

- 58 **Herziening NHG-Behandelrichtlijn Fenomeen van Raynaud**
- 71 **Herijking huisartsenzorg**
- 71 **Zeldzame aandoeningen**
- 72 **Denksessies toekomst huisartsenzorg**
- 74 **Interview met Niels Heins, huisarts en koploper wijkgericht werken**



In januari 2018 introduceerden wij een geheel vernieuwd H&W op papier, gevolgd door een nieuwe website in april. In juni maakten we onze vernieuwingslag af met de introductie van een wekelijkse digitale nieuwsbrief. Wij zijn uiteraard heel benieuwd naar uw ervaringen! Doet u daarom mee aan ons lezersonderzoek? U vindt de vragenlijst bijgesloten bij deze H&W, of vul de vragenlijst digitaal in op [<https://www.henw.org/artikelen/lezersonderzoek-hw>].



- Bias ligt op de loer bij hergebruik HIS-gegevens
- One-stop-shop poli's snel en populair
- Tai chi vermindert klachten fibromyalgie

Huisarts sleutelfiguur in multidisciplinaire ouderenzorg?

Sophie van Blijswijk

De zorg voor thuiswonende ouderen is doorgaans georganiseerd in multidisciplinaire teams. De rol van de huisarts binnen deze teams wisselt. De teamleden wijzen de huisarts vaak aan als sleutelfiguur, maar huisartsen denken hier verschillend over. Zij kunnen deze ondersteuning bieden, maar het is de vraag of dat een kerntaak van de huisarts is. De beroepsgroep zou hierover een uitspraak moeten doen. Dat blijkt uit een recent focusgroeponderzoek.

De rol van de huisarts in de multidisciplinaire teams is afhankelijk van de omstandigheden en van de huisarts zelf. Om huisartsen hierover zo goed mogelijk te kunnen adviseren, gingen onderzoekers na hoe teams functioneren. Zij spraken met vier succesvolle teams die van elkaar verschilden in praktijkgrootte, patiëntkarakteristieken en ervaring van de huisarts met ouderenzorg. In de eerste ronde werd de rol van de huisarts besproken en de samenwerking tussen de teamleden (huisarts, praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker; soms ook specialist ouderengeneeskunde, fysio- en ergotherapeut). In de tweede ronde kwamen aan bod: multidisciplinaire overleggen, het tussentijds uitgevoerde kwaliteitsverbeterplan en nogmaals de rol van de huisarts. De teamleden vonden dat de huisarts een kernpositie heeft, omdat hij het medisch domein coördineert en het volledige veld kan overzien. De huisartsen waren hierover echter verdeeld. De onderzoekers concluderen dat er enkele belangrijke thema's zijn voor succesvolle multidisciplinaire teams: netwerken, facilitering, teambuilding, geïntegreerde zorg en leiderschap. De huisarts is bij alle thema's belangrijk. Bij de ervaren teams behoudt de huisarts zijn sleutelpositie, maar worden taken en verantwoordelijkheden meer verdeeld over de teamleden. In alle multidisciplinaire teams is er behoefte aan een coördinator. De beroeps-



De rol van de huisarts in multidisciplinaire teams is afhankelijk van de omstandigheden en van de huisarts zelf.

Foto: Shutterstock

groep moet bepalen of die centrale rol bij het takenpakket van de huisarts hoort of niet. Pas daarna valt iets te zeggen over de manier waarop de coördinator de regie voert en de mogelijkheden voor ondersteuning. ■

Grol SM, et al. *The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care. BMC Fam Pract* 2018;19:40.

Evaluatie PaTz-groepen voorzichtig positief

Victor van der Meer

Om de palliatieve zorg thuis te bevorderen, zijn zogenaemde PaTz-groepen opgericht. Hierin zitten huisartsen, wijkverpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen. Van patiënten die in het PaTz-register zijn opgenomen, is vaker bekend waar zij willen sterven dan van patiënten die niet in dit register zijn opgenomen. Bovendien kunnen huisartsen van patiënten uit het PaTz-register eerder op een overlijden anticiperen en vinden vaker gesprekken plaats over levensverwachting, fysieke klachten en existentiële vraagstukken. Dat blijkt uit een vragenlijstonderzoek onder huis-

artsen in 37 PaTz-groepen.

De huisartsen vulden vragenlijsten in over 460 palliatieve patiënten voor deelname aan een PaTz-groep en over 305 palliatieve patiënten een jaar na deelname aan een PaTz-groep. Na een jaar gaven meer huisartsen aan dat alle palliatieve patiënten in beeld waren (54,3% versus 17,6%). In het PaTz-jaar werden 188 van de 305 patiënten (64,8%) opgenomen in het PaTz-register. Van deze patiënten was vaker dan bij patiënten buiten het register bekend waar zij wilden overlijden (97,3% versus 88,1%), schatte hun huisarts eerder een

Dosering acetylsalicylzuur bij CVRM hangt af van gewicht

Daan Backes

Het effect van acetylsalicylzuur ter preventie van cardiovasculaire ziekten is sterk afhankelijk van het lichaamsgewicht. Dat blijkt uit een nieuwe analyse van de gegevens van 9 primaire (102.621 patiënten) en 4 secundaire (12.964 patiënten) preventietrials. Een lage dosis (75 tot 100 mg) acetylsalicylzuur bleek alleen effectief bij patiënten lichter dan 70 kg en een hoge dosis acetylsalicylzuur (≥ 300 mg) alleen bij patiënten zwaarder dan 70 kg.

In de analyse van alle primaire preventietrials met een lage dosis (75 tot 100 mg) acetylsalicylzuur verminderde acetylsalicylzuur het risico op cardiovasculaire ziekten (beroerte, myocardinfarct en overlijden) met 23% bij patiënten lichter dan 70 kg (hazardratio 0,77; 95%-BI 0,68 tot 0,87). In deze onderzoekspopulatie was echter 80% van de mannen en bijna 50% van de vrouwen zwaarder dan 70 kg. Bij de groep patiënten zwaarder dan 70 kg was een lage dosis acetylsalicylzuur niet effectief in het verminderen van cardiovas-

culaire ziekten (HR 0,95; 95%-BI 0,86 tot 1,04). Een hoge dosis acetylsalicylzuur (325 mg) gaf daartegen een afname van cardiovasculaire ziekten bij patiënten zwaarder dan 70 kg (HR 0,83; 95%-BI 0,70 tot 0,98), maar niet bij patiënten lichter dan 70 kg. Een gecombineerde analyse van primaire en secundaire preventietrials (na beroerte) met hoge doseringen acetylsalicylzuur (≥ 300 mg) liet een vergelijkbaar verband zien tussen lichaamsgewicht en cardiovasculaire ziekten.

In de huidige NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement is er geen rol weggelegd voor acetylsalicylzuur bij primaire preventie van cardiovasculaire ziekten, omdat het middel niet opweegt tegen het risico op bloedingscomplicaties. Voor secundaire preventie wordt er bij alle patiënten acetylsalicylzuur (80 tot 100 mg/dag) voorgeschreven, tenzij er een indicatie is voor orale antistolling. Dit onderzoek zet vraagtekens bij dit 'one dose fits all'-beleid. Vervolgonderzoeken naar zowel primaire als secundaire preventie van



Let bij de dosering van ASZ op lichaamsgewicht.

Foto: Shutterstock

cardiovasculaire ziekten moeten aantonen of de balans tussen het optreden van cardiovasculaire ziekten en bloedingscomplicaties verschuift bij gewichtsafhankelijke doseringen van acetylsalicylzuur. ■

Rothwell PM, et al. *Effects of aspirin on risks of vascular events and cancer according to bodyweight and dose: analysis of individual patient data from randomized trials. Lancet* 2018;392:387-99.

aankomend overlijden in (92,5% versus 72,%) en werd palliatieve zorg vaker meer dan een maand voor overlijden ingezet (80,2% versus 53%). Met de patiënten in het register vonden ook vaker gesprekken plaats over levenseinde,

fysieke klachten en existentiële vragen. Patiënten die werden besproken tijdens de bijeenkomsten ontvingen eerder palliatieve zorg dan patiënten die niet werden besproken (zorg > 1 maand voor overlijden 83,4% versus 69%).

In het onderzoek blijft echter onduidelijk waarom de ene patiënt wel en de andere patiënt niet werd opgenomen in het register of werd besproken tijdens de bijeenkomsten. Een verschillende case-mix kan de resultaten flink hebben beïnvloed: urgente patiënten komen eerder in het register, worden eerder besproken tijdens de bijeenkomst en krijgen daardoor eerder zorg. Desalniettemin geven de resultaten een voorzichtig positief beeld van de implementatie van PaTz-groepen in ons land. ■

Van der Plas AG, et al. *Improving palliative care provision in primary care: a pre- and post-survey evaluation among PaTz groups. Br J Gen Pract* 2018;68:e351-9.

Foto: Hollandse Hoogte



Huisartsen van patiënten uit het PaTz-register kunnen eerder op een overlijden anticiperen.

Mobieltje verbetert therapietrouw niet

Mirrian Hilbink

De therapietrouw bij cardiovasculaire geneesmiddelen verbetert niet door herinneringen via de mobiele telefoon. Dat is de uitkomst van een recente Cochrane-review en dat is jammer, want er is berekend dat 9% van de gevallen van hart- en vaatziekten in EU-landen wordt veroorzaakt door onvoldoende therapietrouw.

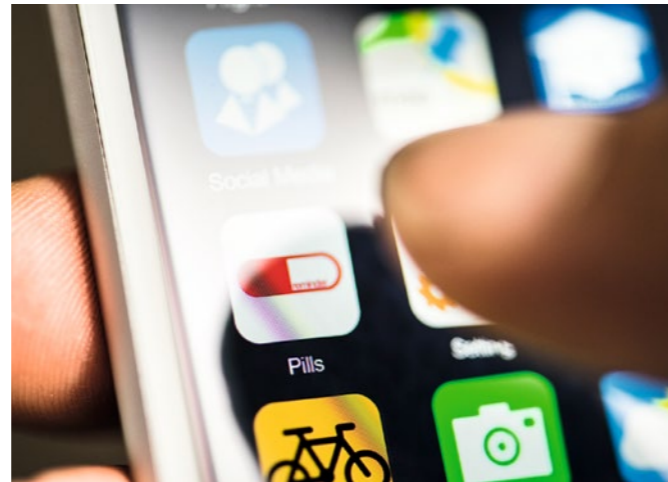
De resultaten zijn gebaseerd op vier RCT's met in totaal 2429 patiënten. De geïncludeerde onderzoeken, uitgevoerd in Canada, Spanje, Zuid-Afrika en China, hadden bloeddruk en/of cholesterol als uitkomstmaat. De follow-up tijd was minimaal 12 maanden.

De aangeboden interventies hadden gemeen dat ze ten minste deels via mobieltjes werden aangeboden, maar lieten zowel qua inhoud als wijze van aanbieden een grote diversiteit zien. Twee onderzoeken richtten zich primair op medicatietrouw, de andere twee ook op leefstijl. In twee onderzoeken werd een enkelvoudige interventie aangeboden, namelijk het ontvangen van sms-berichten of feedback via een mobieltje. In de overige

twee onderzoeken werd een samengestelde interventie aangeboden, deels via een mobieltje en deels schriftelijk of face-to-face. De controlegroepen kregen de gebruikelijke zorg of een interventie die niet via een mobiel verliep.

In sommige onderzoeken werd een gering positief effect op medicatietrouw gevonden, terwijl in andere geen effect werd aangetoond. Vanwege de diversiteit in zowel inhoud als aanbod van de interventies was het niet mogelijk om de resultaten van de onderzoeken samen te voegen in een meta-analyse.

De auteurs concluderen dat de geïncludeerde onderzoeken inconsistente resultaten tonen en zeer gevoelig zijn voor bias. Er lijkt een zwakke en inconsistente onderbouwing te zijn om de therapie-



In EU-landen wordt 9% van de gevallen van hart- en vaatziekten veroorzaakt door onvoldoende therapietrouw. Foto: iStock

trouw bij preventieve cardiovasculaire medicatie te verbeteren door inzet van de mobiele telefoon. ■

Palmer MJ, et al. Mobile phone-based interventions for improving adherence to medication prescribed for the primary prevention of cardiovascular disease in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;6:CD012675.

en sociaal), terwijl de NHG-Standaard het model als belangrijk anamnestic hulpmiddel ziet. De interventies van de huisarts waren voornamelijk gericht op adviseren van medicatie (25%), vitaminesuppletie (12%), informatie en uitleg (11%) en advies over dieet en beweging (11%). De huisarts verwees de patiënt in 2,8% van de gevallen naar de poh-ggz, in 0,5% naar een psycholoog en in 0,1% naar een psychiater. Daar staat tegenover dat hij 4,3% van de gevallen verwees naar een somatisch specialist. De NHG-Standaard adviseert om bij matig tot ernstige SOLK fysio- of oefentherapie in te zetten, te verwijzen naar een poh-ggz, SPV'er of psycholoog.

Meer zorgverleners, meer gebruik huisartsenzorg

Victor van der Meer

Patiënten hebben vaker contact met een zorgverlener in praktijken waar meer zorgverleners zijn gevestigd, waar artsen in een duopraktijk werken, waar meer zorgaanbod is, en waar meer vrouwelijke huisartsen werken. Dat blijkt uit observationeel onderzoek dat het NIVEL in 2013 verrichtte in 232 huisartspraktijken.

De onderzoekers vergeleken het geschatte zorggebruik met het werkelijke zorggebruik van ruim 850.000 patiënten. Zij bepaalden het geschatte zorggebruik aan de hand van socio-demografische factoren zoals geslacht, leeftijd, eenpersoonshuishoudens, huishoudens met een laag inkomen en urbanisatiegraad. Uit de medische dossiers extraheerden zij het werkelijke zorggebruik. De onderzoekers konden het verschil tussen geschat en werkelijk gebruik voor 25% verklaren door socio-demografische factoren, waarbij vrouwen > 75 jaar en personen uit huishoudens met een laag inkomen vaker gebruikmaakten van huisartsenzorg en eenpersoonshuishoudens minder vaak. Zij konden het verschil voor 19% verklaren door kenmerken van de prak-

tijkorganisatie. Het zorggebruik steeg met 0,62 (95%-BI 0,30 tot 0,94) contacten per patiënt per jaar in praktijken waar ook andere zorgverleners waren gevestigd: met 0,28 (95%-BI 0,04 tot 0,53) contacten in duopraktijken ten opzichte van solopraktijken en met 0,05 (95%-BI 0,001 tot 0,09) contacten voor elke extra aangeboden dienst (een optelsom van meerdere zorgprogramma's diabetes, astma, COPD, cardiovasculair, ggz, ouderenzorg, osteoporose en/of reizigersvaccinatie). Ook steeg het zorggebruik met 0,003 (95%-BI 0,0001 tot 0,007) contacten per percentagepunt toename van vrouwelijke artsen (lees: 0,3 contacten meer bij 100% versus geen vrouwelijke artsen).

Dit onderzoek leert ons dat verschil in gebruik van huisartsenzorg voor 25% wordt verklaard door socio-demografische factoren en voor 19% door kenmerken van de praktijkorganisatie, maar het onderzoek zegt niets over de kwaliteit van de verleende zorg. Duidelijk is wel dat met een groeiend aantal duopraktijken, vrouwelijke collega's, paramedici en zorgprogramma's ook de hoeveelheid geleverde zorg toeneemt. ■



Het zorggebruik stijgt in praktijken waar ook andere zorgverleners zijn gevestigd. Foto: Hollandse Hoogte

De Graaf-Ruizendaal WA, et al. Are low and high utilization related to the way GPs manage their practices? An observational study. BMC Fam Pract 2018;19:46.

Te weinig psychische behandeling van SOLK

Marcelle van Eupen

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zijn een voedingsbodem voor onzekerheid bij huisartsen en voor patiënten die zich niet serieus genomen voelen. Recent gingen onderzoekers na hoe goed huisartsen zich aan de NHG-Standaard SOLK houden. Uit dat onderzoek bleek dat zij zich bij de diagnostiek en behandeling voornamelijk richten op lichamelijke klachten. Het uitvragen van de klachten met het beproefde SCEGS-model gebeurt nog weinig, net als verwijzen naar een psycholoog of psychiater.

De onderzoekers selecteerden 77 patiënten, uit 30 huisartsenpraktijken, die al langer onverklaarde lichamelijke klachten hadden. Rugklachten (17%), moeheid/zwakte (13%), pijn aan de extremiteiten (11%) en slaapproblemen (10%) kwamen het meest voor. De meest toegepaste diagnostiek was lichamelijk onderzoek (25%) en labonderzoek (11%). Huisartsen exploreerden daarentegen slechts in 3,5% van de gevallen alle dimensies van de klacht aan de hand van het SCEGS-model (somatisch, cognitief, emotioneel, gedrag



Huisartsen richten zich bij de diagnostiek en behandeling van SOLK voornamelijk op lichamelijke klachten. Foto: Shutterstock

Deze resultaten geven aan dat huisartsen SOLK nog voornamelijk benaderen als een somatisch probleem. Komt dit door de wens van de patiënt? Of zijn huisartsen bang dat ze toch een onderliggend somatisch probleem missen? Misschien goed om na te gaan wat u met SOLK doet. Wellicht zijn patiënten uiteindelijk gebaat bij meer erkenning en behandeling van de psychische component, zoals de standaard impliceert. ■

Sitnikova K, et al. Management of patients with persistent medically unexplained symptoms: a descriptive study. BMC Family Practice 2018;19:88.

Goed gebruik van ecg's bij atriumfibrilleren

Vincent van Vugt

Nederlandse onderzoekers gingen na hoe huisartsen met ecg's omgaan. Uit het onderzoek bleek dat huisartsen de aanbeveling om een ecg te maken bij ritmestoornissen meestal goed opvolgen. Zij zijn relatief bedreven in het diagnosticeren van atriumfibrilleren, sick-sinus syndroom en oude myocardinfarcten op een ecg. Huisartsen maken echter ook vaak ecg's bij niet-geïndiceerde problemen, zoals een acuut coronair syndroom (ACS). Een ecg heeft in die gevallen geen meerwaarde.

In 2015 legden de onderzoekers online 9 cardiologische casus voor aan 50 huisartsen die regelmatig ecg's maken, aan 8 huisartsen die dat niet doen en aan 12 cardiologen. Bij elke casus kregen

zij de vraag of er een indicatie was voor een ecg, hoe deze geïnterpreteerd moest worden en in hoeverre dit hun beleid beïnvloedde. Vervolgens vergeleken de onderzoekers de ecg-beoordelingen van de huisartsen met die van de cardiologen. Bij een vermoeden van atriumfibrilleren koos 93% van de huisartsen (en 92% van de cardiologen) ervoor om een ecg te maken. Vervolgens diagnosticeerde 96% van de huisartsen atriumfibrilleren correct op het ecg tegenover 100% van de cardiologen. Bij zorgvragen waarbij een ecg door de huisarts niet is geïndiceerd, zoals ACS en screening bij plotselinge hartdood van een eerstegraads familielid, maakten respectievelijk 64% en 67% van de huisartsen toch een ecg. Retrospectief gaven de

huisartsen aan dat deze ecg's uiteindelijk niet bijdroegen aan de diagnose. Steeds meer huisartsen maken ecg's. Dit onderzoek laat zien dat huisartsen ook vaak niet-geïndiceerde ecg's maken die vervolgens hun beleid niet veranderen. Een mooie bevinding is dat huisartsen die ecg's maken om de juiste zaken te diagnosticeren, zoals atriumfibrilleren, daar vrijwel net zo goed in zijn als de cardiologen. Bedenk dus goed waarom u een ecg maakt en vertrouw uw eigen beoordeling. ■

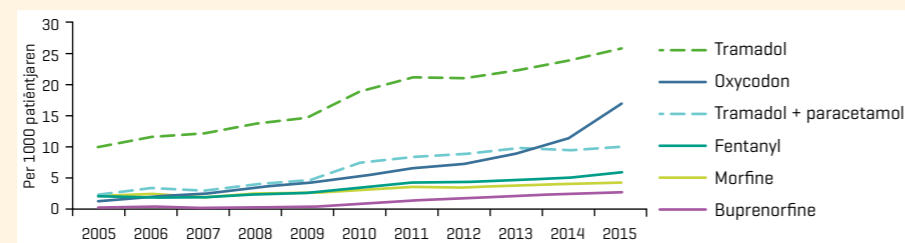
Compiet SAM, et al. *Competence of general practitioners in requesting and interpreting ECGs - a case vignette study*. *Neth Heart J* 2018 Jun 7 [Epub ahead of print]. Doi: 10.1007/s12471-018-1124-2.

Ook Nederlandse huisartsen schrijven vaker opioïden voor

Yvette Weesie

Er is wereldwijd een stijging in het voorschrijven van opioïden en dat geldt ook voor Nederland. De stijging is vooral te zien bij sterkwerkende opioïden en bij opioïden voor andere indicaties dan kanker. Dat concludeert het NIVEL dat op verzoek van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) onderzoek deed naar het voorschrijven van opioïden in Nederlandse huisartsenpraktijken.

De onderzoekers maakten gebruik van gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, een database met geanonimiseerde routinematig geregistreerde patiëntgegevens uit huisartsenpraktijken. Deze database bevat deels ook door medisch specialisten gestarte opioïden. In de periode van 2005 tot 2015 was in Nederland een stijging te zien in het voorschrijven van opioïden. Dit was vooral het geval voor sterkwerkende opioïden, het aantal patiënten met een



* Patiëntjaren worden berekend op basis van kwartalen waarin een patiënt is ingeschreven in de huisartsenpraktijk. Zo wordt een patiënt die twee kwartalen staat ingeschreven voor een half jaar meegenomen in de noemer.

Trend in het aantal patiënten dat een van de specifieke opioïden kreeg voorgeschreven per 1000 patiëntjaren.*

voorschrift was verzesvoudigd. Opvallend was met name de stijging in het voorschrijven van het sterkwerkende oxycodon [figuur]. Dit is in tegenspraak met de NHG-Standaard Pijn die morfine als eerste keus van sterkwerkende opioïden vermeldt. Opioïden werden het vaakst voorgeschreven voor aandoeningen en klachten van het bewegingsapparaat, zowel bij zwakwerkende (72,1%) als bij sterkwerkende opioïden (61,5%). Ongeveer 30% van alle patiënten kreeg het opioïde voor 3 maanden of langer voorgeschreven.

Dit onderzoek laat zien dat we ook in Nederland steeds vaker opioïden voorschrijven. Het is goed om daarop bedacht te zijn. Er is blijvend aandacht nodig voor dit onderwerp, met name voor het langdurig voorschrijven van opioïden bij andere indicaties dan kanker en het voorschrijven van sterkwerkende opioïden zoals oxycodon. ■

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_voorschrijven_opioïden.pdf

Is er een probleem met IT in de eerste lijn?

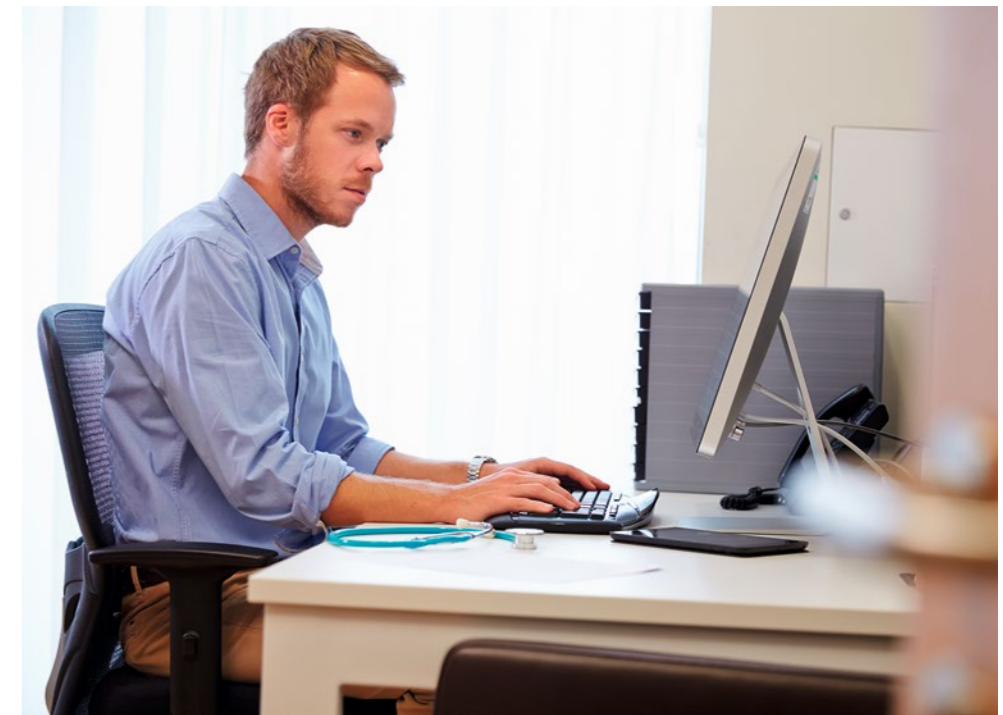
Annet Sollié

In maart dit jaar verscheen een whitepaper van het NICTIZ over digitalisering in de huisartsenzorg. Conclusie: er zijn problemen met IT. De eerstelijns IT-systemen, de huisartsen zelf en de IT-markt zijn niet klaar voor de digitale toekomst. Volgens de NICTIZ-adviseurs is het probleem urgent, maar ontbreekt bij huisartsen desondanks de 'sense of urgency'. Een gecoördineerde aanpak moet het probleem verhelpen.

Het NICTIZ interviewde diverse partijen (NHG, LHV, Ineen, VZVZ, KNMP) en sprak ook met huisartsen, zorggroepen en IT-leveranciers. De centrale vraagstelling was: is er een probleem met IT in de huisartsenzorg, zo ja wat is het probleem en welke mogelijke oplossingen zijn er? De auteurs stelden vervolgens vijf fundamentele problemen vast.

- De ontwikkelcapaciteit voor vernieuwing bij IT-leveranciers is beperkt. De huidige capaciteit gaat vooral op aan onderhoud, wet- en regelgeving, en landelijke integratie. De rest is versnipperd.
- Huisartsen investeren relatief gezien weinig in IT en de organisatie daarvan (2 tot 4% van de omzet tegenover 5 tot 7% in ziekenhuizen).
- Er is geen landelijk gedragen digitale toekomstvisie en meerjarige roadmap.
- Huisartsen stellen zich onvoldoende eenduidig op als klant naar de leveranciers.
- De marktwerking is beperkt: slechts 3 tot 5% van de huisartsen switcht jaarlijks van IT-leverancier, de grote meerderheid blijft trouw aan de huidige leverancier.

De auteurs zijn positief over het HIS-referentiemodel dat nu al 30 jaar door het NHG wordt ontwikkeld en geüpdatet. Wel stelt het NICTIZ dat dit model zich niet zou moeten beperken tot het HIS (er zijn ook nog 5 KIS-en, 3 huisartsenpost-systemen en een verscheidenheid van andere applicaties).



Huisartsen investeren weinig in IT en de organisatie daarvan.

Foto: Hollandse Hoogte

Het is boeiend om te lezen dat huisartsen hun huidige HIS gemiddeld een 7 tot 9 geven op een schaal van 10. Dat zijn goede cijfers, ondanks de veelvuldige klachten over de HIS-en die we allemaal regelmatig op de werkvloer horen. De auteurs stellen dat om te willen en kunnen veranderen de 'pijn' duidelijk moet zijn en ook moet worden gevoeld. Volgens hen is er wel 'pijn' maar wordt deze nog steeds onvoldoende gevoeld, de 'sense of urgency' ontbreekt. 'Je raakt gewend aan het ongemak' vertelde een deelnemer. Daarbij komt dat het niet helder is welke winst verandering oplevert. Begrijpelijk voor de huisarts die met beide voeten in de drukke, dagelijkse praktijk staat! Zoals een andere geïnterviewde stelde: 'Het is alsof je wordt gevraagd anders te leren zwemmen zonder dat duidelijk is of je met die slag de overkant haalt'. IT-leveranciers van HIS-en (dat zijn er negen op dit moment) besteden maar liefst 80 tot 90% van hun ontwikkelbudget aan onderhoud, implementatie van wet- en regelgeving en landelijke integra-

tie (gegevensuitwisseling/koppeling). Er is dus bijna geen ruimte voor echte innovatie en de wensen daarvoor zijn ook niet eenduidig. Verder is het belangrijk om te weten dat een van de grotere leveranciers op dit moment contracten omzet naar een looptijd van 7 tot 10 jaar, waardoor de markt op slot dreigt te raken. De auteurs geven verschillende suggesties voor oplossingen, maar geven ook aan dat het probleem complex is, dat er veel partijen bij zijn betrokken en dat alleen een gecoördineerde aanpak gaat werken. Mijn conclusie: eigenlijk zou iedere huisarts dit whitepaper moeten lezen om daarna gezamenlijk tot actie over te gaan! Overigens gaf een van de auteurs bij navraag aan dat diverse groepen en partijen contact hebben opgenomen, omdat zij de problematiek herkennen en graag een nadere discussie willen voeren. ■

Nictiz. <https://www.nictiz.nl/whitepapers/toekomst-digitalisering-eerstelijnszorg-huisartsen>. NHG. <https://HIS-referentiemodel.nhg.org>.

Oordeel huisartsen over Toekomstvisie 2022

Anne Teerling, Loes van den Einden, Eline van Manen, Toine Lagro-Janssen

- Inleiding** De Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 schetst 17 ambities en kernwaarden voor de huisartsgeneeskunde, maar praktiserende huisartsen vinden die niet allemaal even belangrijk. Wij onderzochten welke invloed sekse- en leeftijdsverschillen hebben op het oordeel van huisartsen over deze ambities.
- Methode** Wij interviewden 30 huisartsen met verschillende achtergronden en hielden op basis van deze interviews een enquête onder een representatieve steekproef van NHG-leden (n = 1471).
- Resultaten** Van de 413 respondenten [169 mannen, 244 vrouwen] vond 80% het belangrijk een herkenbaar team te hebben van niet meer dan twee huisartsen. Van de vrouwen dacht 48% dat dit haalbaar was, van de mannen 65%. Een derde van de respondenten [34%] achtte flexibele openingstijden niet haalbaar. Een grote meerderheid van de respondenten [85%, meer vrouwen dan mannen] was voor verkleining van de normpraktijk. De meesten [vooral vrouwen] wilden de vrijgekomen tijd besteden aan langere consulten en aan samenwerking en overleg. Respondenten jonger dan 45 jaar wilden de vrijgekomen tijd significant vaker investeren in praktijkmanagement. Deze leeftijdsgroep bevatte ook het laagste percentage [14%] dat het haalbaar vond de zorg te blijven coördineren wanneer de patiënt was verwezen. Respondenten van 45-60 jaar wilden minder vaak tijd investeren in samenwerking en in het versterken van de coördinatie- en gidsfunctie van de huisarts.
- Conclusie** Sekse en leeftijd spelen een rol in de prioritering en de inschatting van de haalbaarheid van ambities. In het algemeen hechten huisartsen minder waarde aan ambities die ten koste gaan van het contact en de duurzame relatie met de patiënt.



Huisartsen hechten minder waarde aan ambities die ten koste gaan van het contact en de duurzame relatie met de patiënt.

Foto: Shutterstock

INLEIDING

In 2012 formuleerden het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) 17 ambities voor en kernwaarden van de Nederlandse huisartsgeneeskunde, de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.¹ In 2014 bleek uit een onderzoek van het NIVEL dat praktiserende huisartsen niet al deze ambities even belangrijk en haalbaar vonden.² We weten ook dat de sekse van de huisarts van invloed is op de praktijkuitoefening.^{3,4} Het is dus goed mogelijk dat het geslacht en de leeftijd van huisartsen van invloed waren op hun oordeel over de Toekomstvisie. Kennis hierover kan wellicht leiden tot gerichte aanbevelingen hoe de Toekomstvisie beter te laten aansluiten bij de visie van de praktiserende huisartsen. Onze onderzoeksvraag luidde: vinden huisartsen de ambities in de Toekomstvisie 2022 van belang en haalbaar, en zijn sekse en leeftijd hierop van invloed?

METHODE

Om te beginnen interviewden we huisartsen om inzicht te krijgen in hun meningen [online kader 1]. Rondom thema's waarover de meningen uiteenliepen: samenwerking en herkenbaarheid van het team voor de patiënt, continuïteit en openingstijden, coördinatie en gidsfunctie, preventie en normpraktijk, stelden we een enquête op [online kader 2]. We nodigden 1471 huisartsen, een willekeurige steekproef uit het ledenbestand van het NHG, per e-mail uit de enquête in te vullen. We excludeerden huisartsen ouder dan 65 jaar (n = 25), zodat alleen praktiserende huisartsen deel uitmaakten van de onderzoeksgroep. We ontvingen 413 enquêtes ingevuld retour, een respons van 30% (mannen 25,9%, vrouwen 33,6%) [online tabel 1].

Statistische analyse

De antwoorden werden per thema geanalyseerd met behulp van SPSS. Man-vrouwverschillen en verschillen tussen leeftijdsgroepen werden onderzocht met behulp van de chikwaadraattoets. Als grenswaarde voor statistische significantie namen we $p < 0,05$. Tabellen 2 en 3 tonen alleen de significante verschillen.

RESULTATEN

Samenwerking met andere hulpverleners en herkenbaarheid van het team voor de patiënt

De helft van onze respondenten was bereid te investeren in samenwerking met andere hulpverleners, ook wanneer dit ten koste ging van direct patiëntencontact. De bereidheid was het geringst in de leeftijdsgroep 45-60 jaar (41%) en het grootst in de groep jonger dan 45 jaar (59%) [tabel 2]. Verreweg de meeste respondenten (80%) vonden een herkenbaar team voor de patiënt een van de belangrijkste ambities. Mannen (65%) achtten deze ambitie vaker haalbaar dan vrouwen (48%) [tabel 3]. Meer dan de helft van de respondenten, ongeacht geslacht en leeftijd, was van mening dat het toenemende aantal taken een herkenbaar team in de weg stond.

Continuïteit en openingstijden

Het overgrote deel van onze respondenten (80%) vond het hebben van ten minste drie contactdagen om de persoonlijke continuïteit te waarborgen een van de belangrijkste ambities. Er was geen geslachts- of leeftijdsverschil. De meesten (71%) vonden dit ook een haalbaar streven. Een derde (34%) dacht dat het realiseren van flexibele openingstijden haalbaar was, maar in de prioritering werden continuïteit van zorg en streven naar een herkenbaar team belangrijker gevonden dan flexibele openingstijden. Vrouwen nog meer dan mannen verkozen een herkenbaar team boven flexibele openingstijden (86% versus 76%) [tabel 3]. Er was hierin geen significant verschil tussen de leeftijdsgroepen.

Coördinatie en gidsfunctie

De helft van de respondenten vond coördinatie van de zorg na verwijzing de verantwoordelijkheid van de huisarts, maar

WAT IS BEKEND?

- In 2012 formuleerde het NHG ambities voor de huisartsgeneeskunde in de *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022*.
- In 2014 concludeerde het NIVEL dat niet alle ambities gerealiseerd konden worden.

WAT IS NIEUW?

- De meeste huisartsen vinden een herkenbaar team van groot belang, maar vrouwen vinden dat minder vaak haalbaar dan mannen.
- De meeste huisartsen vinden een herkenbaar team belangrijker dan flexibele openingstijden, vrouwen vinden dat vaker dan mannen.
- Huisartsen willen geen ambities nastreven die ten koste gaan van het contact met de patiënt, vrouwen vinden dat vaker dan mannen.
- Huisartsen van 45-60 jaar willen minder tijd investeren in samenwerking en overleg en in het versterken van de coördinatie- en gidsfunctie, dan jongere of oudere collega's.
- Praktijkverkleining wordt breed gezien als oplossing voor het realiseren van ambities.

slechts een minderheid achtte dit haalbaar; vooral huisartsen jonger dan 45 jaar (14%) [tabel 2]. De bereidheid om de coördinatie- en gidsfunctie te versterken was niet groot, vooral niet in de leeftijd 45-60 jaar (30%). Ruim één op de drie huisartsen jonger dan 60 jaar (36% < 45 jaar en 40% in de leeftijd 45-60 jaar) achtte het niet haalbaar om de coördinatie- en gidsfunctie bij kwetsbare groepen te versterken. Hierin vonden wij geen man-vrouwverschil.

Preventie

De meeste respondenten (85%) vonden dat een actieve rol op het gebied van zorggerelateerde en geïndiceerde preventie bij de taken van de huisarts hoort. Een minderheid (30%) was bereid om te investeren in preventie, ook als dit ten koste ging van de tijd beschikbaar voor het directe patiëntencontact. De leeftijdsgroep onder de 45 jaar was significant vaker bereid om in preventie te investeren (36%) dan de leeftijdsgroep boven de 60 jaar (26%) [tabel 2]. We vonden geen man-vrouwverschil.

Normpraktijk

De meeste respondenten waren voor het verkleinen van de normpraktijk, vrouwen (89%) vaker dan mannen (80%); er was geen verschil tussen de leeftijdscategorieën. Een grote meerderheid zou de vrijgekomen tijd besteden aan langere consulten, een kleinere meerderheid (ook) aan samenwerking en overleg. Beide meerderheden waren bij vrouwen groter dan bij mannen [tabel 3]. Respondenten jonger dan 45 jaar zouden de extra tijd vaker investeren in managementtaken dan respondenten ouder dan 45 jaar [tabel 2].

Tabel 2

Enquêtevragen met significante leeftijdsverschillen

Leeftijdsgroep	n	(Helemaal) mee oneens	Neutraal	(Helemaal) mee eens	p
Ik ben bereid te investeren in samenwerking met andere hulpverleners, ook wanneer dit ten koste gaat van de tijd die beschikbaar is voor het directe patiëntencontact					
< 45 jaar	177	44 [24,9%]	29 [16,4%]	104 [58,8%]	0,008
45-60 jaar	179	52 [29,1%]	53 [29,6%]	74 [41,3%]	
60-65 jaar	36	7 [19,4%]	10 [27,8%]	19 [52,8%]	
Ik vind het haalbaar om als huisarts de zorg te blijven coördineren wanneer de patiënt verwezen is					
< 45 jaar	177	108 [61,0%]	44 [24,9%]	25 [14,1%]	0,003
45-60 jaar	179	98 [54,7%]	49 [27,4%]	32 [17,9%]	
60-65 jaar	36	14 [38,9%]	7 [19,4%]	15 [41,7%]	
Ik ben bereid bij te dragen aan het versterken van de coördinatie- en gidsfunctie van de huisarts, ook wanneer dit ten koste gaat van de tijd die beschikbaar is voor het directe patiëntencontact					
< 45 jaar	177	40 [22,6%]	68 [38,4%]	69 [39,0%]	0,027
45-60 jaar	178	68 [38,2%]	57 [32,0%]	53 [29,8%]	
60-65 jaar	36	9 [25,0%]	13 [36,1%]	14 [38,9%]	
Het is haalbaar om de coördinatie- en gidsfunctie van de huisarts te versterken voor alle patiënten die dat nodig hebben (vooral de groeiende groep kwetsbare ouderen en mensen met meerdere chronische aandoeningen)					
< 45 jaar	177	63 [35,6%]	62 [35,0%]	52 [29,4%]	0,001
45-60 jaar	179	71 [39,7%]	45 [25,1%]	63 [35,2%]	
60-65 jaar	36	6 [16,7%]	6 [16,7%]	24 [66,7%]	
Ik ben bereid te investeren in preventie, ook wanneer dit ten koste gaat van de tijd die beschikbaar is voor het directe patiëntencontact					
< 45 jaar	177	55 [31,1%]	59 [33,3%]	63 [35,6%]	0,003
45-60 jaar	178	81 [45,5%]	48 [27,0%]	49 [27,5%]	
60-65 jaar	36	10 [27,8%]	19 [52,8%]	7 [19,4%]	
		nee		ja	
De tijd die zou vrijkomen als gevolg van het verkleinen van de normpraktijk zou ik investeren in management					
< 45 jaar	166	117 [70,5%]	49 [29,5%]		0,005
45-60 jaar	170	142 [83,5%]	28 [16,5%]		
60-65 jaar	34	30 [88,2%]	4 [11,8%]		

BESCHOUWING

Herkenbaarheid en continuïteit versus flexibele openingstijden

Onze respondenten vonden de belangrijkste ambities een herkenbaar team van maximaal twee huisartsen en ten minste drie contactdagen per week. Dat is in lijn met de bevinding uit het NIVEL-onderzoek dat huisartsen ten minste drie contactdagen per week nodig en haalbaar vinden.² Het NIVEL signaleerde ook dat er weinig praktijken zijn met flexibele openingstijden: slechts 2% van de huisartsenpraktijken was open na 17:00

Praktiserende huisartsen vinden flexibele openingstijden niet allemaal even haalbaar

uur, slechts 3% opende voor 8:00 uur.² In ons onderzoek bleek eveneens dat zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten een herkenbaar team belangrijk vinden, al achtten vrouwen dit in de praktijk minder vaak haalbaar dan mannen. Bovendien vonden vrouwen meer dan mannen het streven naar een

herkenbaar team belangrijker dan flexibele openingstijden. Een mogelijke verklaring voor dit sekseverschil is dat vrouwen vaker dan mannen parttime werken en naast hun werk ook nog een huishouden managen. Vrouwen zijn de afgelopen decennia weliswaar veel vaker gaan werken, maar nog steeds voelen ze zich vaker dan mannen verantwoordelijk voor de zorg voor het gezin.⁵ Het sekseverschil kan ook samenhangen met de conflicterende aard van een aantal ambities. Zo is de ambitie om zorg te leveren door een vaste groep van twee huisartsen op ten minste drie contactdagen, met continuïteit en herkenbaarheid voor de patiënt, is moeilijk verenigbaar met de ambitie om flexibele openingstijden buiten kantoor tijd te realiseren. En dat geldt ook voor ambities die de patiëntenzorg overstijgen. Het zal voor de beroepsgroep een uitdaging worden om prioriteiten aan te brengen binnen de verschillende conflicterende ambities, temeer daar de aantallen parttime werkende (vrouwelijke) huisartsen, waarnemers en HIDHA's nog altijd groeien.⁶

Patiëntencontact versus praktijkmanagement

De meeste huisartsen, vrouwen nog meer dan mannen, willen verkleining van de normpraktijk. Die wens wordt onderschreven door de hoofden, tevens hoogleraren huisartsgeneeskunde, van de acht universitaire afdelingen Huisartsge-

neeskunde.⁷ De huisartsen zouden de vrijgekomen tijd vooral willen investeren in langere consulten en in de samenwerking en overleg met andere hulpverleners. Onze resultaten lijken erop te wijzen dat vrouwelijke huisartsen, meer nog dan hun mannelijke collega's, grote waarde hechten aan direct patiëntencontact en aan de daarmee verbonden werkzaamheden, en taken die die zorg zouden kunnen bedreigen minder waardevol vinden. Om vrouwelijke huisartsen duurzaam bij het vak betrokken en gezond te houden, lijkt het ons van groot belang een juiste balans te vinden tussen direct patiëntencontact en andere taken. Wij vermoeden overigens dat dit ook belangrijk is voor veel mannelijke collega's.

Een relatief groot deel van onze respondenten jonger dan 45 jaar geeft aan dat zij bij een praktijkverkleining meer tijd zouden steken in praktijkmanagement. Het is logisch dat huisartsen aan het begin van hun loopbaan meer tijd kwijt zijn aan het reilen en zeilen van hun eigen praktijk en praktijkteam. Praktijkmanagement is iets wat geleerd kan worden, dus het is aan te bevelen dat de huisartsopleidingen daar adequate aandacht aan besteden.

De huisarts als coördinator en gids

De jongste groep respondenten vindt het in meerderheid niet haalbaar de zorg te blijven coördineren wanneer de patiënt is verwezen. Mogelijke redenen zijn dat jonge huisartsen meer prioriteit geven aan andere taken, of dat zij meer moeite hebben overzicht te houden in de versnippering van specialistische zorg. Het vergt verder onderzoek om te kunnen beoordelen welke vorm van coördinatie en door wie de beste kwaliteit van zorg oplevert voor de patiënt.

Onze respondenten in de leeftijdsgroep 45-60 jaar waren minder vaak dan de andere leeftijdscategorieën bereid te investeren in samenwerking met andere hulpverleners. Deze leeftijdsgroep was ook minder dan de andere bereid om bij te dragen aan de coördinatie- en gidsfunctie, en vond dat streven minder haalbaar. Wellicht bieden deze activiteiten weinig inspiratie en uitdagingen aan de ervaren huisartsen in deze middenleeftijd, terwijl ze er wel veel energie in moeten steken. Ook hier is verder onderzoek nodig.

Sterke punten en beperkingen

De kracht van dit onderzoek is dat de thema's uit de enquête zijn bepaald op basis van interviews met een gevarieerde groep huisartsen. De jongere leeftijdsgroepen waren naar sekse en praktijkorganisatie representatief voor de toekomstige beroepsgroep. Een beperking is een mogelijke vertekening door selectie van respondenten die zich het meest bij het NHG-beleid betrokken voelen.

CONCLUSIE

Geslacht en leeftijd spelen een rol in het oordeel van huisartsen over de ambities die het NHG geformuleerd heeft in *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022*. Sommige ambities zijn strijdig, bijvoorbeeld flexibele openingstijden versus continuïteit en een herkenbaar team. Er zullen keuzen gemaakt moeten worden. In

Tabel 3

Enquêtevragen met significante sekseverschillen

Geslacht	n	(Helemaal) mee oneens	Neutraal	(Helemaal) mee eens	p
Ik vind het haalbaar dat de patiënt te maken heeft met een herkenbaar team van niet meer dan twee huisartsen: de eigen huisarts en een vaste tweede huisarts					
Man	164	34 [20,7%]	24 [14,6%]	106 [64,6%]	0,004
Vrouw	228	74 [32,5%]	45 [19,7%]	109 [47,8%]	
Het nastreven van flexibele openingstijden is van groter belang dan het streven naar een herkenbaar team					
Man	164	125 [76,2%]	25 [15,2%]	14 [8,5%]	0,045
Vrouw	228	195 [85,5%]	18 [7,9%]	15 [6,6%]	
		nee		ja	
Ik ben voor het verkleinen van de normpraktijk (streven naar)					
Man	164	32 [19,9%]		129 [80,1%]	0,017
Vrouw	227	23 [10,0%]		186 [89,0%]	
De tijd die zou vrijkomen als gevolg van het verkleinen van de normpraktijk zou ik investeren in langere consulttijden					
Man	161	31 [19,3%]		130 [80,7%]	0,026
Vrouw	209	23 [11,0%]		186 [89,0%]	
De tijd die zou vrijkomen als gevolg van het verkleinen van de normpraktijk zou ik investeren in samenwerking en overleg					
Man	161	79 [49,1%]		82 [50,9%]	0,002
Vrouw	209	70 [33,5%]		139 [66,5%]	

die discussie hechten praktiserende huisartsen minder waarde aan ambities die ten koste gaan van het contact en de duurzame relatie met de patiënt. Praktijkverkleining wordt algemeen gezien als een stap in de goede richting, maar mannen en vrouwen, en de verschillende leeftijdsgroepen, stellen daarbij verschillende prioriteiten. Nader onderzocht zal moeten worden hoe het beste tegemoet gekomen kan worden aan deze verschillen. ■

LITERATUUR

1. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Utrecht: LHV/NHG, 2012.
2. Van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL, 2015.
3. Schellevis F, Vos H. Gezondheid en zorggebruik. In: Fauser B, Lagro-Janssen A, Bos A, redactie. Handboek vrouwspecifieke geneeskunde. Houten: Prelum, 2013.

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

Teerling A, Van den Einden LC, Van Manen EL, Lagro-Janssen AL. Oordel huisartsen over Toekomstvisie 2022. *Huisarts Wet* 2018;61(10):14-7.
Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: A. Teerling, aios huisartsgeneeskunde; L.C.G. van den Einden, aios huisartsgeneeskunde; E.L.M. van Manen, medisch student; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, toine.lagro@radboudumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Het volledige rapport *Ambities Huisartsgeneeskunde 2022: Klaar voor de toekomst?* staat bij dit artikel op www.henw.org.

De prevalentie van het stille hartinfarct en de associatie met mortaliteit

Yldau van der Ende, Minke Hartman, Remco Schurer, Hindrik van der Werf, Erik Lipsic, Harold Snieder, Pim van der Harst

Inleiding Patiënten met een stil hartinfarct blijven verstoken van secundaire preventie en lopen daarom onnodig risico op een hart- en vaatziekte. Wij onderzochten de prevalentie van stille hartinfarcten en de associatie met risicofactoren en mortaliteit.

Methode In de periode 2006-2013 nodigden we alle deelnemers van 18 jaar en ouder aan LifeLines, een cohortonderzoek onder drie generaties in de algemene bevolking van Noord-Nederland, uit om deel te nemen. Op basis van vragenlijstonderzoek en een ecg-meting identificeerden we deelnemers met een doorgevoerd hartinfarct op basis van afwijkingen in het ecg. Als de deelnemer dit hartinfarct vermeld had in de vragenlijst, werd het gecategoriseerd als 'bekend hartinfarct'; een niet-gemeld infarct werd gedefinieerd als 'stil hartinfarct'.

Resultaten Van de 152.124 deelnemers hadden er 1881 [1,2%] een hartinfarct doorgevoerd. Daaronder waren 431 [22,9%] stille hartinfarcten. Deelnemers met een stil hartinfarct hadden minder vaak hypertensie, hypercholesterolemie of diabetes en rookten minder vaak dan deelnemers met een bekend hartinfarct. Gedurende de follow-up van mediaan 5,4 jaar overleed 6,4% van de deelnemers met een bekend hartinfarct, 4,4% van de deelnemers met een stil hartinfarct en 2,2% van de deelnemers zonder hartinfarct.

Conclusie De prevalentie van stille hartinfarcten is substantieel. Patiënten met een doorgevoerd stil hartinfarct hebben minder vaak de klassieke cardiovasculaire risicofactoren. Daarnaast zijn stille hartinfarcten geassocieerd met een verhoogd risico op overlijden.

INLEIDING

Van alle patiënten met een hart- en vaatziekte heeft 30 tot 50% een coronaire hartziekte.¹ Uit eerder onderzoek is gebleken dat 22 tot 64% van de patiënten met een coronaire hartziekte een stil hartinfarct doormaakt, met atypische of helemaal geen symptomen.²⁻⁵ Omdat deze patiënten geen secundaire preventie krijgen, is hun risico op een klinische hart- en vaatziekte en op overlijden verhoogd, niet alleen in vergelijking tot personen die nooit eerder een hartinfarct hadden, maar ook in vergelijking tot patiënten met een bekend doorgevoerd hartinfarct.^{4,6-11} Dit onderzoek had tot doel de prevalentie, de geassocieerde risicofactoren en de associatie met mortaliteit van een stil hartinfarct te bepalen in de volwassen bevolking (≥ 18 jaar) van Noord-Nederland.

METHODE

Opzet en deelnemers

LifeLines is een cohortonderzoek waarin tussen 2006 en 2013 drie generaties uit de algemene bevolking van Noord-Nederland werden geïncludeerd. De opzet is elders gedetailleerd beschreven.¹²⁻¹⁴ Deelnemers ontvingen een toestemmingsformulier, een vragenlijst en een uitnodiging om een onderzoekslocatie te bezoeken en leverden het ondertekende toestemmingsformulier in bij het eerste bezoek. Voor ons onderzoeksdoel includeerden we alle deelnemers van 18 jaar of ouder.

Definities

Alle deelnemers ondergingen tijdens het eerste bezoek een lichamenlijk onderzoek en een twaalfkanaals ecg, dat automatisch beoordeeld werd. Als het ecg abnormaal was, werd de huisarts ingelicht en beoordeelde een cardioloog

het ecg nogmaals op kenmerken van een hartinfarct.¹⁵

'Bekend hartinfarct' definieerden we als een door de patiënt gemeld hartinfarct in combinatie met suggestieve afwijkingen op het ecg; 'stil hartinfarct' definieerden we als suggestieve afwijkingen op het ecg zonder dat de patiënt zelf een hartinfarct gemeld had. Als controlegroep selecteerden we een groep deelnemers zonder doorgevoerd of stil hartinfarct die tweemaal zo groot was als de groep met een stil hartinfarct, maar qua leeftijd en geslacht vergelijkbaar.^{1,2}

Aan de hand van gegevens over biomarkers en medicatiegebruik afkomstig uit de vragenlijst en het lichamenlijk onderzoek bepaalden we of de deelnemers cardiovasculaire risicofactoren dan wel een hart- en vaatziekte hadden.^{13,16,17} De gebruikte medicatie categoriseerden we met behulp van het Anatomical Therapeutic Chemical Classification System. Informatie over sterfte verkregen we uit gemeentelijke databases.

Analyse

Met de chikwadraattoets en de wilcoxonrangtekentoeft analyseerden we verschillen tussen de groep met een stil hartinfarct, de groep met een bekend hartinfarct en de controlegroep. Met *downward* stapsgewijze multivariabele (conditionele) logistische regressieanalyses bepaalden we welke risicofactoren geassocieerd waren met een stil hartinfarct en of het stille hartinfarct geassocieerd was met een verhoogd risico op sterfte. Alle statistische analyses werden uitgevoerd met Stata IC13.

RESULTATEN

Van 152.124 deelnemers was een aanvangs-ecg beschikbaar, waarvan er 3556 automatisch beoordeeld waren als abnor-

WAT IS BEKEND?

- Een aanzienlijk deel van de hartinfarcten wordt niet opgemerkt.
- Patiënten krijgen na een stil hartinfarct geen secundaire preventie en dat vergroot hun kans op een hart- en vaatziekte of overlijden.

WAT IS NIEUW?

- Bijna een kwart van alle hartinfarcten verloopt onopgemerkt.
- Risicofactoren zoals hypertensie of diabetes mellitus komen vaker voor bij een stil hartinfarct dan bij gezonde controlepersonen, maar minder vaak dan bij patiënten met een bekend hartinfarct.
- Het loont de moeite ecg-onderzoek laagdrempeliger in te zetten bij patiënten met cardiovasculaire risicofactoren en atypische klachten zoals benauwdheid, duizeligheid, pijn of plotselinge vermoeidheid.

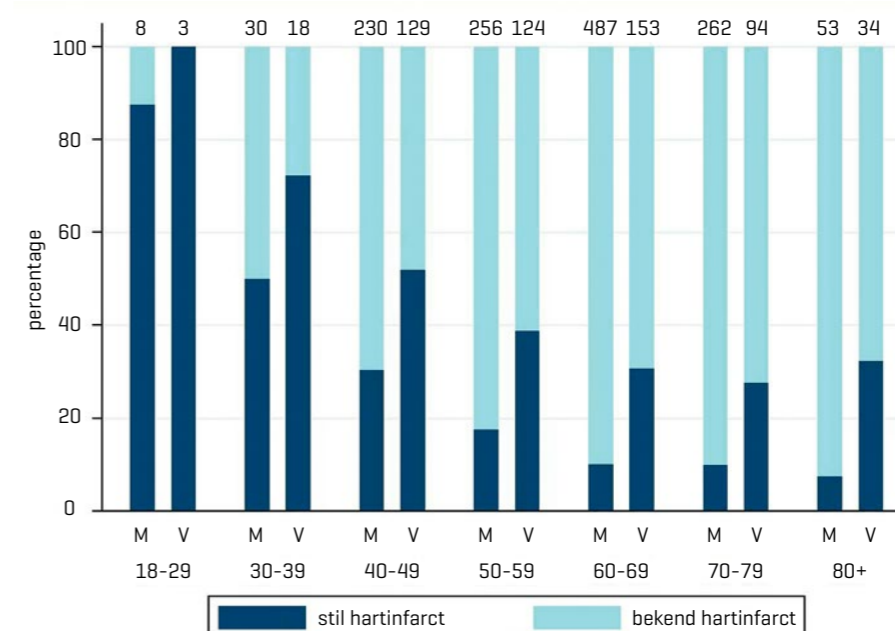
maal. Blijkens de evaluatie door de interventiecardioloog hadden 1881 deelnemers een hartinfarct gehad, waarvan 431 (22,9%) een stil infarct en 1450 (77,1%) een bekend hartinfarct [figuur 1].

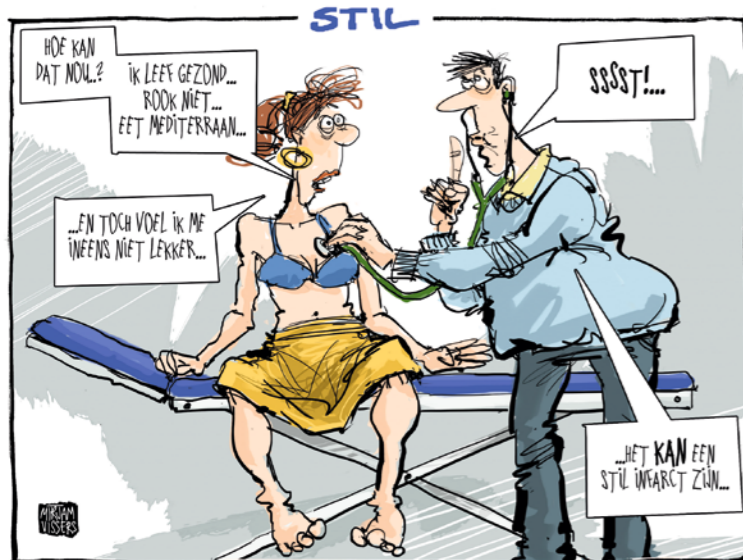
Risicofactoren voor een stil hartinfarct

In [tabel 1] zijn de correlaten weergegeven van een stil hartinfarct ten opzichte van een bekend hartinfarct en een controlegroep zonder hartinfarct.

Figuur

Aandeel stille hartinfarcten (donkerblauw) en opgemerkte hartinfarcten (lichtblauw) in het totaal aantal hartinfarcten (boven), voor mannen [M] en vrouwen [V] naar leeftijdsgroep





Mirjam Visser

Van de deelnemers met een stil hartinfarct had 47% hypertensie (95%-BI 43-52), 25% hypercholesterolemie (95%-BI 21-29) en 10% diabetes (95%-BI 7-13). In de groep deelnemers met een bekend hartinfarct waren deze aantallen significant hoger: 90% had hypertensie (95%-BI 88-91), 88% had hypercholesterolemie (95%-BI 86-90) en 17% had diabetes (95%-BI 15-19). Ook rookten in de groep met een stil hartinfarct (59%; 95%-BI 54-64) significant minder deelnemers dan in de groep met een bekend hartinfarct (77%; 95%-BI 74-79).

Vergeleken met de controlegroep hadden deelnemers met een stil hartinfarct vaker hypertensie (47%; 95%-BI 43-52 versus 40%; 95%-BI 37-43) of diabetes (10%; 95%-BI 7-13 versus 4%; 95%-BI 3-6).

Bij een stil hartinfarct zijn de symptomen atypisch of helemaal afwezig

Bloeddrukverlagende medicatie werd in de groep met een stil hartinfarct significant minder vaak gebruikt (26%; 95%-BI 22-31) dan in de groep met een bekend hartinfarct (86%; 95%-BI 84-88), maar significant vaker dan in de controlegroep (22%; 95%-BI 19-24). Cholesterolverlagende medicatie (24%; 95%-BI 19-30) en plaatjesremmers (14%; 95%-BI 10-19) werden door deelnemers met een stil hartinfarct even vaak gebruikt als door de controlegroep, maar significant minder vaak dan deelnemers met een bekend hartinfarct (respectievelijk 86%; 95%-BI 85-88, en 89%; 95%-BI 87-90). In een multivariabele conditionele logistische regressieanalyse bleven hartfrequentie en diabetes geassocieerd met de aanwezigheid van een stil hartinfarct.

Mortaliteit

Tijdens de follow-upperiode van mediaan vijf jaar (IQR 3-6) overleden 19 van de 431 deelnemers met een stil hartinfarct (4,4%), versus 19 van de 857 in de controlegroep (2,2%, $p = 0,028$), een significant verschil. De mortaliteit was vergelijkbaar met die in de groep met een bekend hartinfarct, waar 93 van de 1450 deelnemers overleden (6,4%, $p = 0,122$). In een multivariabele logistische regressieanalyse bleef stil hartinfarct geassocieerd met een verhoogde kans op overlijden (OR 2,21; 95%-BI 1,12-4,37, $p = 0,022$).

BESCHOUWING

Vergelijking met andere onderzoeken

Bij onze deelnemers werd een kwart van de hartinfarcten niet opgemerkt, wellicht doordat het infarct daadwerkelijk 'stil' was of doordat het atypische klachten veroorzaakte die niet werden herkend.¹⁸ De prevalentie van stille hartinfarcten zou zelfs nog hoger kunnen liggen, want in ander onderzoek zijn hogere prevalenties gevonden.^{4,11,19,20} Bovendien is een ecg niet de gevoeligste techniek: met bijvoorbeeld scintigrafie en MRI worden stille hartinfarcten ontdekt die eerder gemist waren.²¹⁻²³

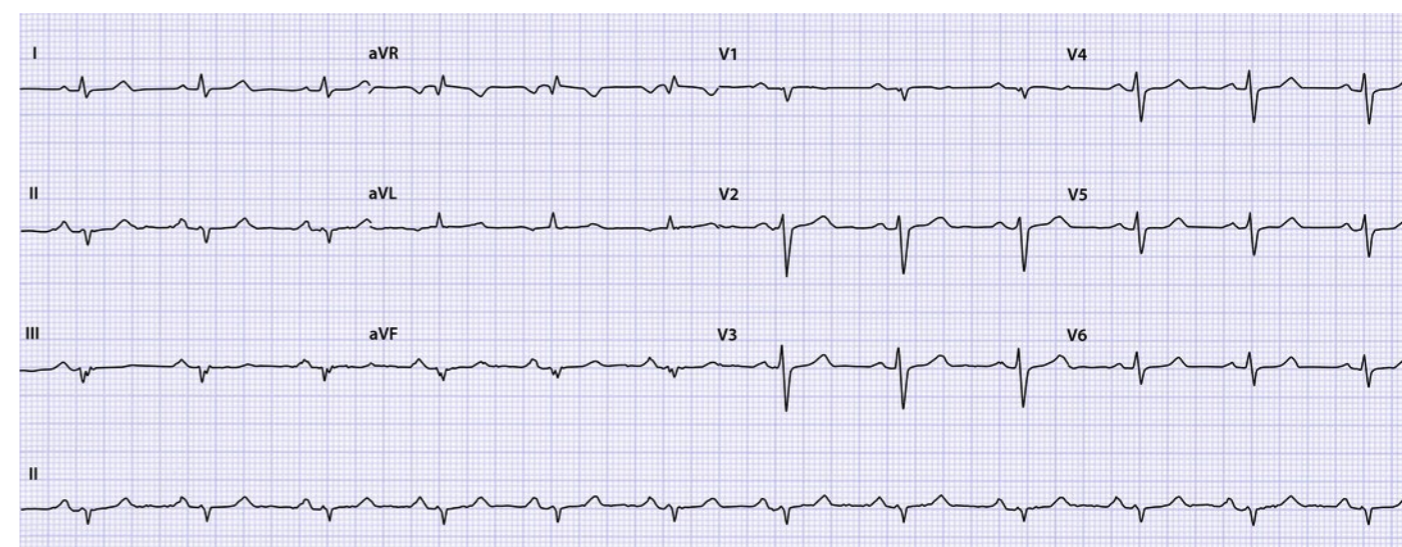
In ons onderzoek hadden deelnemers met een stil hartinfarct minder cardiovasculaire risicofactoren dan deelnemers met een bekend hartinfarct. In andere onderzoeken werd dat beeld bevestigd voor hypertensie,^{20,21} maar niet voor diabetes mellitus.²⁴

Beperkingen van het onderzoek

Ons onderzoek heeft een aantal beperkingen. De uitkomstmaten 'stil hartinfarct' en 'bekend hartinfarct' zijn gedefinieerd aan de hand van zelfrapportage op een vragenlijst in combinatie met een ecg. De zelfrapportage is niet gevalideerd in de dossiers van de deelnemers, dus het aantal stille hartinfarcten als proportie van het totaal aantal hartinfarcten kan te hoog zijn ingeschat. Daarnaast hebben ecg-criteria een lage sensitiviteit voor de diagnose 'hartinfarct', wat weer kan hebben gezorgd voor onderschatting van het aantal (stille) hartinfarcten. In een eventueel vervolgonderzoek zou de diagnose eigenlijk gevalideerd moeten worden door dossieronderzoek of beeldvormend onderzoek. Een laatste beperking is dat we observationele gegevens gebruikt hebben en daardoor geen conclusies kunnen trekken over eventuele causale verbanden.

Implicaties voor de praktijk

Een patiënt met een onopgemerkt hartinfarct krijgt geen secundaire preventie en zal meer risico hebben op hart- en vaatziekte of overlijden. In ons onderzoek hadden deelnemers met een stil hartinfarct een aanzienlijk hogere mortaliteit dan de controlegroep, wat nog eens benadrukt hoe belangrijk het is dat deze patiënten tijdig worden opgespoord. Anderzijds zijn we ons ervan bewust dat er veel ecg's gemaakt zullen moeten worden om één stil hartinfarct te diagnosticeren. Hoeveel ecg's dit precies zijn, moet nader worden onderzocht.



De afleidingen II, III en avF signaleren vooral activiteit uit de onderzijde van de linker ventrikel van het hart. Op dit ecg is in deze afleidingen geen R-top te zien, passend bij afwezigheid van elektrische activiteit in dit gebied. Dit is het gevolg van weefselverlies. Er is dus sprake van een oud 'onderwandinfarct'.

Met dank aan Robert Willemsen

Toch denken wij, gezien de hoge prevalentie van het stille hartinfarct, dat het verstandig is laagdrempelig een ecg te maken wanneer een patiënt bij de huisarts komt met atypische klachten terwijl andere diagnoses onwaarschijnlijk zijn. Voorbeelden van zulke atypische klachten zijn benauwdheid, dui-

Er zijn veel ecg's nodig om één stil hartinfarct te diagnosticeren

zeligheid, pijn in de maagstreek met of zonder misselijkheid, pijn tussen de schouderbladen of plotselinge vermoeidheid.¹⁸ Een ecg is niet-invasief en snel gemaakt, en kan vooral belangrijk zijn bij patiënten met bekende risicofactoren voor een hartinfarct.^{20,21,24} Daarbij zouden vrouwen dezelfde aandacht moeten krijgen als mannen, omdat zij zich vaker presenteren met atypische klachten na een hartinfarct.²⁵

CONCLUSIE

Met bijna een kwart van alle hartinfarcten heeft het stille hartinfarct en een aanzienlijke prevalentie. Klassieke cardiovasculaire risicofactoren zijn minder vaak aanwezig, maar het risico op overlijden is niet zoveel minder groot. Het is daarom aan te raden laagdrempelig een ecg laten maken wanneer een patiënt met cardiovasculaire risicofactoren bij de huisarts komt met atypische klachten – vooral wanneer het een vrouw is. ■

LITERATUUR

1. Koopman C, Van Dis I, Visseren FLJ, Vaartjes I, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2012, cijfers over risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting, 2012.
2. Valensi P, Lorgis L, Cottin Y. Prevalence, incidence, predictive factors and prognosis of silent myocardial infarction: a review of the literature. Arch Cardiovasc Dis 2011;104:178-88.
3. Pride YB, Piccirillo BJ, Gibson CM. Prevalence, consequences, and implications for clinical trials of unrecognized myocardial infarction. Am J Cardiol 2013;111:914-8.

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

Van der Ende MY, Hartman MH, Schurer RA, Van der Werf HW, Lipsic E, Snieder H, Van der Harst P. De prevalentie van het stille hartinfarct en de associatie met mortaliteit. Huisarts Wet 2018;61(10):18-23. DOI: 10.1007/s-12445-018-0272-3. UMC Groningen, afdeling Cardiologie: M.Y. van der Ende, arts in opleiding; M.H.T. Hartman, cardioloog in opleiding; R.A.J. Schurer, H.W. van der Werf, dr. E. Lipsic, prof.dr. P. van der Harst, p.van.der.harst@umcg.nl, allen cardioloog. UMC Groningen, afdeling Epidemiologie: prof.dr. H. Snieder, genetisch epidemioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De LifeLines CohortStudie en aanmaak en beheer van de GWAS genotype data voor de LifeLines CohortStudie worden ondersteund door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek [grant 175.010.2007.006], het Ministerie van Economische Zaken, het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Samenwerkende Noord-Nederlandse provincies, de provincie Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, Nierstichting Nederland en het Diabetes Fonds.

Dit artikel werd eerder gepubliceerd onder de titel Prevalence of electrocardiographic unrecognized myocardial infarction and its association with mortality [Int J Cardiol 2017;243:34-9]. Publicatie gebeurt met toestemming.

Op zoek naar het stille hartinfarct

Amy Groenewegen, Eric Lambermon, Monika Hollander

Om stille en niet-herkende hartinfarcten te voorkomen, pleiten sommige collega's ervoor laagdrempelig ecg's te verrichten bij patiënten die plotseling atypische klachten hebben. Daarop valt echter wel wat af te dingen. Er is geen bewijs dat deze aanpak werkt en er valt ook nog geen uitspraak over te doen, omdat diverse gegevens onbekend zijn. Screening is evenmin de oplossing, omdat de mogelijke voordelen niet opwegen tegen de nadelen. De richtlijnen bevelen ecg-screening dan ook niet aan. Daarnaast zijn er praktische bezwaren: hoe selecteer je de hoogrisicopatiënten uit de vele patiënten met atypische klachten?

In het artikel 'De prevalentie van het stille hartinfarct en de associatie met mortaliteit' pleiten Van der Ende en collega's voor het laagdrempelig maken van een ecg in de huisartsenpraktijk bij patiënten met atypische klachten zoals benauwdheid, duizeligheid, pijn in de maagstreek met of zonder misselijkheid, pijn tussen de schouderbladen of plotselinge vermoeidheid, in het bijzonder bij patiënten met cardiovasculaire risicofactoren.¹ Zij baseren deze aanbeveling op onderzoek binnen het Lifelines-cohort, waarbij in een algemene populatie van 152.180 volwassenen een ecg werd verricht, en waarbij in 431 gevallen (0,28%) een 'stil' hartinfarct werd gevonden. De deelnemers met een stil hartinfarct hadden minder vaak cardiovasculaire risicofactoren dan degenen met een doorgemaakt klinisch hartinfarct, maar bleken wel een meer dan tweemaal hogere sterftkans te hebben dan deelnemers zonder hartinfarct.

Het is onduidelijk hoeveel van de onderzochte deelnemers met onopgemerkte infarcten zich met atypische klachten bij de huisarts hebben gemeld

Onopgemerkte of stille hartinfarcten zijn infarcten die per toeval worden ontdekt en kunnen grofweg in twee categorieën worden ingedeeld: de daadwerkelijk stille, ofwel asymptomatische, hartinfarcten en atypische hartinfarcten die niet als zodanig zijn herkend. Bij deze laatste categorie hebben patiënten in de acute fase wel specifieke klachten, maar worden deze niet als hartinfarct herkend. Door het maken van ecg's bij patiënten die plotseling atypische klachten hebben, zoals Van der Ende en collega's voorstellen, zouden artsen atypische acute infarcten eerder kunnen herkennen, waardoor zij adequate reperfusie therapie en vroege secundaire preventie kunnen toepassen. De onderzoekers beschikken echter niet over de data om te kun-

nen zeggen hoeveel van de onderzochte deelnemers met onopgemerkte infarcten zich met atypische klachten bij de huisarts hebben gemeld. De prevalentie van de genoemde atypische klachten in de algemene populatie is hoog (benauwdheid 15,2%; duizeligheid 15,6%; maagpijn 24,2%; vermoeidheid 42,7%) en deze klachten zijn een veelvoorkomende reden om naar de huisarts te gaan.² Het is niet bekend hoe vaak het 'plotseling ontstane' klachten betreft. Vanwege een laag percentage van 0,28% stille infarcten in de gehele populatie is het laagdrempelig verrichten van ecg's bij patiënten met plotseling ontstane atypische klachten zonder verdere voorselectie vooralsnog niet aan te bevelen. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat vooral patiënten met diabetes, ouderen en patiënten met chronische nierziekte risico hebben op een atypisch, 'stil' hartinfarct.³⁻⁵ Of het maken van ecg's bij presentatie van atypische klachten in deze groepen de cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit verbetert, moet verder worden onderzocht. Een alternatieve strategie om stille en niet-herkende hartinfarcten op te sporen, is screening met ecg. Richtlijnen bevelen screening met ecg echter niet aan, omdat de potentiële voordelen niet opwegen tegen de mogelijke nadelen.^{6,7} In laagrisicopopulaties leidt ecg-screening niet tot reclassificatie van het cardiovasculaire risico.^{8,9} Of ecg-screening in hoogrisicogroepen leidt tot intensivering van medicamenteuze behandeling en daardoor tot afname van morbiditeit en mortaliteit, is vooralsnog niet bekend.⁶ Juist hoogrisicopatiënten met bijvoorbeeld diabetes of hypertensie krijgen vaak al preventieve medicatie, waardoor het te verwachten effect van ecg-screening mogelijk laag is omdat een afwijkende uitslag niet altijd zal leiden tot een verandering van de behandeling.⁹ Daarnaast is ecg-screening van asymptomatische patiënten niet zonder risico's op negatieve bijeffecten; het leidt vaker tot inzet van aanvullende cardiale diagnostiek, en mogelijk tot procedurele complicaties.^{11,12}

Screening om stille hartinfarcten op te sporen, wordt in (inter)nationale richtlijnen niet aanbevolen, noch voor laagrisico- noch voor hoogrisicopopulaties, vanwege het gebrek aan bewijs voor effectiviteit op langetermijntuit-



Er zitten nogal wat haken en ogen aan een ecg-screening bij patiënten met plotseling atypische klachten. Foto: Hollandse Hoogte

komsten en het risico op procedurele schade door overdiagnostiek. Het maken van ecg's bij plotselinge atypische klachten heeft de potentie om het aantal niet-herkende en stille hartinfarcten te verminderen. Gezien de hoge prevalentie van atypische klachten in de huisartsenpraktijk lijkt nader definiëren van de populatie 'at risk' echter noodzakelijk om dit in de praktijk haalbaar te maken. ■

LITERATUUR

1. Van der Ende MY, Hartman MHT, Schurer RAJ, Van der Werf HW, Lipsic E, Snieder H. De prevalentie van het stille hartinfarct en de associatie met mortaliteit. *Huisarts Wet* 2018;61(10):18-23.
2. Nielen MMJ, Boersma-Van Dam ME, Schermer TRJ. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2017. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2018. www.nivel.nl/node/4309.
3. Valensi P, Lorgis L, Y Cottin. Prevalence, incidence, predictive factors and prognosis of silent myocardial infarction. A review of the literature. *Arch Cardiovasc Dis* 2011;104:178-88.
4. Sigurdsson E, Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfusson N. Unrecognized myocardial infarction: epidemiology, clinical characteristics, and the prognostic role of angina pectoris. The Reykjavik Study. *Ann Intern Med* 1995;122:96-102.
5. Rizk DV, Gutierrez O, Levitan EB, McClellan WM, Safford M, Soliman EZ, et al. Prevalence and prognosis of unrecognized myocardial infarctions in chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:3482-88.
6. Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *Eur Heart J* 2013;34:2949-3003.
7. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, et al. Screening for cardiovascular disease risk with electrocardiography: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2018;319:2308-14.
8. Auer R, Bauer DC, Marques-Vidal P, et al, on behalf of the Health ABC Study. Association of major and minor Ecg abnormalities with coronary heart disease events. *JAMA* 2012;307:1497-1505.
9. Groot A, Bots ML, Rutten FH, Den Ruijter HM, Numans ME, Vaartjes I. Measurement of Ecg abnormalities and cardiovascular risk classification: a cohort study of primary care patients in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2015;65:e1-8.
10. Authors/Task Force Members, Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2013;34:3035-87.
11. Bhatia RS, Bouck Z, Ivers NM, Mecredy G, Singh J, Pendrith C, et al. Electrocardiograms in low-risk patients undergoing an annual health examination. *JAMA Intern Med* 2017;177:1326-33.
12. Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB, Schpero WL, Gottlieb DJ, Morden NE. Use of non-indicated cardiac testing in low-risk patients: choosing wisely. *BMJ Qual Saf* 2015;24:149-53.

Groenewegen A, Lambermon HMM, Hollander M. Op zoek naar het stille hartinfarct. *Huisarts Wet* 2018;61(10):24-5.
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMCU, Universiteit Utrecht: A. Groenewegen, a.groenewegen-7@umcutrecht.nl. M. Hollander, kaderhuisarts hart- en vaatziekten, onderzoeker. Huisartsenpraktijk Lambermon & Heijstee, Rosmalen: H.M.M. Lambermon, kaderhuisarts hart- en vaatziekten. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

MRI-knie bij iedere patiënt met acuut knietrauma niet kosteneffectief

Kim van Oudenaarde, Nynke Swart, Johan Bloem, Sita Bierma-Zeinstra, Paul Algra, Patrick Bindels, et al.

Inleiding Huisartsen krijgen vaak patiënten op het spreekuur die knieklachten hebben na een doorgemaakt trauma. Huisartsen kunnen voor deze patiënten direct een MRI-scan aanvragen.

Methode De onderzoekers voerden een kosteneffectiviteitsanalyse uit, parallel aan een prospectief multicentre gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek in de Nederlandse huisartsenzorg. In totaal includeerden zij via 150 huisartsen 356 patiënten van 18 tot 45 jaar met traumatische knieklachten. Zij hebben de patiënten in twee gelijke groepen gerandomiseerd, waarin de ene helft binnen twee weken na inclusie een MRI-scan kreeg en de andere helft zorg kreeg conform de NHG-Standaard Traumatische knieproblemen. De primaire uitkomstmaten waren quality-adjusted life years (QALY's), met kosten vanuit een gezondheidszorg- en maatschappelijk perspectief.

Resultaten De gemiddelde QALY in de MRI-groep was 0,888 versus 0,899 in de standaardzorggroep ($p = 0,255$). De gezondheidszorgkosten waren hoger in de MRI-groep (€ 1109) dan in de standaardzorggroep (€ 837) ($p = 0,05$), voornamelijk door hogere kosten voor de MRI-scan, terwijl het aantal verwijzingen naar de orthoëd niet afnam.

Conclusie Een MRI-scan aangevraagd door huisartsen was niet kosteneffectief bij 18- tot 45-jarige patiënten met traumatische knieklachten. De MRI-scan leidde tot hogere zorgkosten, zonder verbetering van de kwaliteit van leven.

INLEIDING

Naast klachten van de lage rug is kniepijn de meest gerapporteerde klacht van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk.¹ Het betreft veelal jonge en gezonde sporters, voor wie een knietrauma een grote impact heeft op hun sportniveau, arbeidsleven en dagelijks functioneren. De gemiddelde incidentie van een nieuwe knieklacht is circa 1 tot 2 per 1000 patiënten per jaar, met een piekincidentie van 4 tot 6 patiënten per 1000 patiënten per jaar in de leeftijdsgroep van 15 tot 25 jaar.²

Een MRI-scan van de knie heeft een hoge diagnostische accuratesse bij de diagnose van knieletsels.³ De afgelopen jaren hebben huisartsen toegang gekregen tot dit middel en zijn ze geleidelijk meer MRI-scans gaan aanvragen.⁴ De voordelen van de MRI-scan in de huisartsenpraktijk zijn onder andere het uitsluiten van (ernstige) knieletsels die eventueel artroskopische behandeling vereisen, het daardoor vermijden van onnodige verwijzingen naar de

orthoëd, het rechtvaardigen van een afwachtend beleid, het verhogen van de patiënttevredenheid en indien wel een (ernstig) knieletsel gediagnosticeerd wordt, het vermijden van onnodig tijdverlies doordat de huisarts snel en gericht naar een orthoëd kan verwijzen.

De NHG-Standaard Traumatische knieproblemen uit 2010 stelt echter dat het niet is aangetoond dat door de huisarts aangevraagd MRI-onderzoek een meerwaarde heeft en dat er onvoldoende redenen zijn om een MRI-onderzoek door de huisarts aan te bevelen.⁵ Het beschikbare onderzoek op basis waarvan deze conclusies werden getrokken vertoont echter meerdere beperkingen, waardoor de resultaten niet goed vertaalbaar zijn naar de Nederlandse huisartsenpraktijk.^{6,7}

Voor een betere onderbouwing van het te voeren beleid heeft onze onderzoeksgroep daarom een onderzoek opgezet in de Nederlandse huisartsenpraktijk, gesponsord met een doelmatigheidssubsidie van ZonMw. Het doel

van deze zogenoemde TACKLE (Traumatic Complaints of the Knee – LUMC and Erasmus MC) trial was onder andere het bepalen van de kosteneffectiviteit van de MRI-knie van de huisarts. Het onderzoek werd gedaan vanuit een samenwerkingsverband tussen de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC en de afdeling Radiologie van het LUMC. De resultaten van de kosteneffectiviteitsanalyse zijn onlangs gepubliceerd in *Radiology*, waarvan dit artikel een samenvatting is.⁸

METHODEN

Onderzoeksmodel en de patiëntengroep

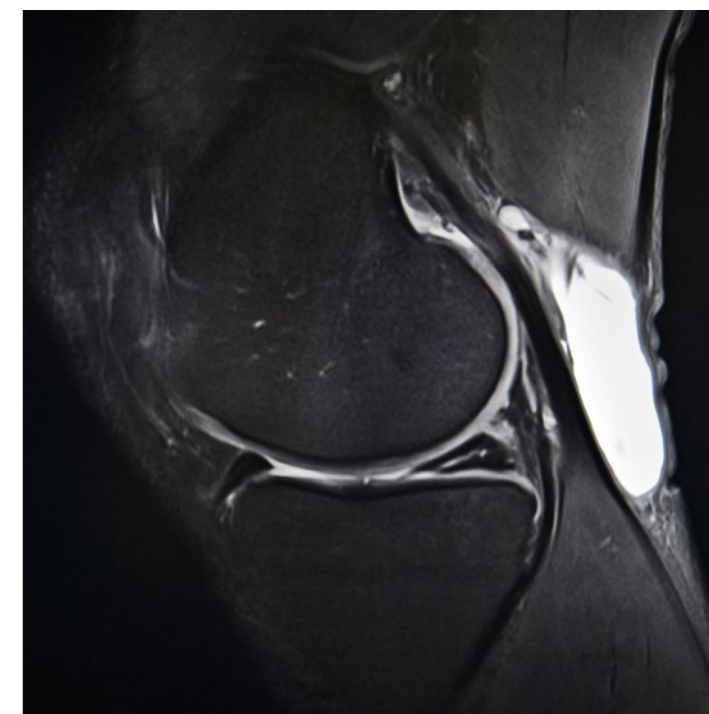
De onderzoekers voerden een economische evaluatie uit, parallel aan een prospectief pragmatisch multicentre open-labeled non-inferiority gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek met twaalf maanden follow-up.⁹ In totaal waren er 150 huisartsen rond de ziekenhuizen betrokken bij het onderzoek; zij vroegen patiënten met een traumatische knieklacht toestemming om benaderd te worden voor het onderzoek. De patiënten werden geïnccludeerd in de periode van november 2012 tot december 2015 en waren geschikt indien zij tussen de 18 en 45 jaar oud waren, knieklachten hadden door een knietrauma dat niet langer dan zes maanden oud was en nog niet waren verwezen voor een MRI-scan of naar een orthoëd. Exclusiecriteria waren een slotstand van de knie, een fractuur en een patellaluxatie, omdat de huisarts dan conform de NHG-Standaard direct naar de orthoëd moet verwijzen. Het leeftijdscriterium tot 45 jaar is gekozen om patiënten met degeneratief knieletsel uit te sluiten, voor wie er vaak geen effectieve behandelopties zijn.¹⁰ In totaal zijn er 356 patiënten geïnccludeerd, met een gemiddelde leeftijd van 33 jaar ($sd = 8$) met 222 (62%) mannen en een gemiddelde knieklachtduur van 52 dagen ($sd = 44$).

WAT IS BEKEND?

- Een knieklacht is een veelvoorkomend probleem waarvoor frequent hulp wordt gezocht bij de huisarts.
- Een MRI-scan van de knie is het meest complete en meest sensitieve diagnostische onderzoek.
- De afgelopen jaren vroegen huisartsen relatief steeds meer MRI-scans aan voor acuut ontstane knieklachten.
- Er is geen bewijs dat een MRI-knie bij knieklachten in de eerste lijn kosteneffectief is.

WAT IS NIEUW?

- Een MRI-scan van de knie voor iedere patiënt met een acuut knieletsel is niet kosteneffectief in de eerste lijn.
- In de MRI-groep was er geen afname in het aantal verwijzingen naar de orthoëd.
- In de MRI-groep was er een tendens tot meer artroscopieën, fysiotherapie en werkverzuim.



Geen MRI-scan aanvragen voor jonge patiënten met traumatische knieklachten is in deze tijd een uitdaging.

Foto: iStock

Randomisatie

De onderzoekers randomiseerden de patiënten en verdeelden ze in twee gelijke groepen: een MRI-groep en een standaardzorggroep.

De standaardzorggroep kreeg zorg zoals omschreven in de NHG-Standaard Traumatische knieproblemen, met uitleg over het natuurlijk beloop, advies over rust en belasting, eventuele fysiotherapie en pijnstilling, en bij aanhoudende klachten een verwijzing naar de orthoëd.⁵

De MRI-groep kreeg naast de zorg omschreven in de NHG-Standaard binnen twee weken een 1.5 Tesla MRI-scan in een van de betrokken centra. De huisartsen kregen het advies om naar een orthoëd te verwijzen bij een fractuur, een complete ruptuur van een collateraal ligament, een meniscuscheur, een kruisbandruptuur (partieel en volledig) en een *full thickness* kraakbeendefect. De patiënten kregen de uitslag van de MRI-scan van de huisarts, die vervolgens al dan niet doorverwees naar een orthoëd.

Primaire uitkomstmaten: QALY's en kosten

De onderzoekers voerden een kosteneffectiviteitsanalyse uit vanuit een gezondheidszorgperspectief en vanuit een maatschappelijk perspectief, waarin zij de kosten meenamen van de gezondheidszorg en die werden gedragen door patiënten (tijd- en reiskosten), familie (mantelzorg) en werkgevers (productiviteitskosten).

Patiënten kregen online vragenlijsten toegestuurd op baseline (voor randomisatie), na 6 weken en na 3, 6, 9 en 12 maanden. Kwaliteit van leven maten de onderzoekers met behulp van de 3L-EQ-5D Euroqol vragenlijst. De effecten gemeten per

Tabel

Zorgkosten en de extra kosten vanuit een maatschappelijk perspectief in twaalf maanden tijd

	Unit kosten in €	MRI-groep n = 179			Standaardzorggroep n = 177			Gemiddeld verschil in kosten in € (95%-BI)
		Totaal [%]	Gemiddeld volume	Kosten in €	Totaal [%]	Gemiddeld volume	Kosten in €	
Consult huisarts	33	41	0,84	28	47	1,13	37	-9 [-20 tot 1]
Fysiotherapie sessie	33	60	10,58	349	55	8,52	281	68 [-56 tot 192]
Consult orthooped	91	44	1,20	109	41	1,20	109	0 [-37 tot 37]
Consult andere medisch specialist*	91	9	0,19	17	8	0,17	16	2 [-15 tot 18]
Consult bedrijfsarts	100	12	0,26	26	12	0,30	30	-4 [-26 tot 19]
Verpleeghulp	73/hr	0	0	0	0	0,22	16	16 [-48 tot 15]
X-knie	42	32	0,34	14	35	0,38	16	-2 [-7 tot 3]
MRI-scan	215	100	1,09	235	37	0,44	94	140 [115 tot 166]
Arthroscopie	950	22	0,25	235	16	0,18	166	69 [-31 tot 168]
Dagopname	276	23	0,30	82	15	0,18	50	31 [-2 tot 65]
Klinische opname	476	2	0,02	12	3	0,04	18	-6 [-26 tot 14]
Intra-articulaire injectie	4	4	0,04	0	8	0,11	0	0 [-1 tot 0]
Medicatie		34	nvt	2	34	nvt	3	-1 [-4 tot 2]
Totale zorgkosten				1109			837	273 [0 tot 545]
Werkverzuim, dagen†	35/hr	54	10,3	2520	49	7,8	2046	474 [-498 tot 1446]
Verminderde kwaliteit werk‡	35/hr	38	4%	1872	37	4%	1856	17 [-907 tot 940]
Onbetaald werk,** uren	-14/hr	100	1269	-90	100	1256	93	-184 [-2756 tot 2389]
Huishoudhulp, uren	20/hr	4	55	55	2	12	12	43 [-14 tot 100]
Mantelzorg, uren	14/hr	9	7,3	103	14	10,5	148	-45 [-170 tot 79]
Reiskosten		100	nvt	25	75	nvt	19	6 [0 tot 12]
Kosten medische hulpmiddelen††		56	nvt	41	58	nvt	50	-9 [-24 tot 6]
Totale overige kosten				4526			4224	302 [-2659 tot 3262]
Totale kosten				5635			5061	574 [-2462 tot 3611]

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; nvt = niet van toepassing.

* Andere medisch specialisten: chirurg, reumatoloog, revalidatiearts, neuroloog.

† Frictiemethode: maximum van 85 dagen werkverzuim voor een vijfdaagse werkweek, dat wil zeggen maximum van 12 weken afwezigheid op basis van zelfgerapporteerde werkuren en dagen à € 34,75 per uur; 90% van de patiënten had een betaalde baan met een gemiddelde van 4,4 dagen en 33 uur per week.

‡ Verminderde hoeveelheid verzet werk, variërend van 0%, normale hoeveelheid werk verricht, tot 100%, geen werk verzet, uitgedrukt als het gemiddelde percentage verminderde werkhoeveelheid over 12 maanden.

** Onbetaalde uren: uren gespendeerd aan huishouden, boodschappen, klusjes, vrijwilligerswerk, kinderen en scholing. We hebben alleen het verschil tussen beide groepen gemeten.

†† Medische hulpmiddelen zijn kosten voor een kniebrace, compressen, schoenzolen, krukken en zalven.

vragenlijst zijn in een grafiek omgezet, waarbij de oppervlakte onder de curve het quality-adjusted life year (QALY) was. De kosten werden geëvalueerd na 3, 6, 9 en 12 maanden [tabel]. De kostprijzen zijn voornamelijk overgenomen uit de Kostenhandleiding van het Zorginstituut Nederland.¹¹

Statistische analyse

De analyses voerden de onderzoekers uit vanuit een intention-to-treatprincipe. Ontbrekende gegevens vulden zij aan met multiple imputatieberekeningen, waarbij zij corrigeerden voor selectieve non-responders. Zij gebruikten de Student's T-test om het verschil in QALY's en het nettovoordeel tussen beide groepen te berekenen.

De kosteneffectiviteit is uitgedrukt in *willingness to pay* (WTP) per QALY. Dat wil zeggen: hoeveel ben je bereid te betalen voor 1 extra jaar in volle kwaliteit van leven, met een spreiding van € 0 tot € 80.000, doorgaans de bovengrens in Nederland van acceptabele kosten voor een extra QALY. De waarschijn-

lijkheid dat een MRI van de knie kosteneffectief is, is uitgezet op de y-as van een grafiek, met de verschillende WTP-bedragen op de x-as, voor zowel het gezondheidszorgperspectief als het maatschappelijk perspectief.

Ook is er een scatterplot gemaakt met 400 bootstrap-replicaties van de gegevens, met het gemiddelde verschil in kosten en effecten met een *incremental cost-effectiveness plane* (ICER), om zo de onzekerheid van de kosteneffectiviteitsanalyse uit te drukken.

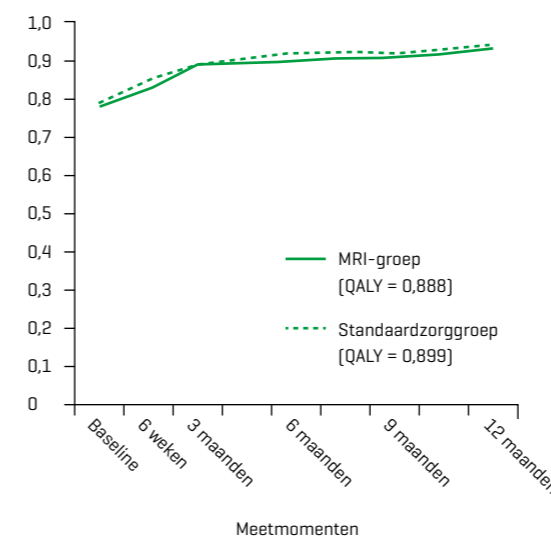
RESULTATEN

Patiënten

[Online figuur 1] toont de flowchart van het onderzoek. In totaal hebben de huisartsen 836 patiënten gevraagd deel te nemen aan het onderzoek, van wie ze er 356 hebben geïncludeerd. Van de 177 patiënten in de standaardzorggroep kregen er 65 een MRI, van wie tien patiënten via de huisarts (data responders).

Figuur 2

Effecten en gemiddeld quality adjusted life year [QALY] in de 12 maanden follow-up, berekend als de oppervlakte onder de curves



QALY's en kosten

De onderzoekers vonden geen significant verschil in de gemiddelde QALY over 12 maanden tijd tussen de MRI-groep en de standaardzorggroep (0,888 versus 0,899, $p = 0,225$) [figuur 2]. Er waren statistisch significant hogere zorgkosten in de MRI-groep (€ 1109) dan in de standaardzorggroep (€ 837), met een gemiddeld verschil van € 237 (95%-BI € 0 tot € 545) [tabel]. Dit verschil was voornamelijk te wijten aan de hogere kosten voor een MRI-scan, en de niet-significant hogere kosten voor fysiotherapie en artroscopieën. In de MRI-groep heeft 22% van de patiënten een artroscopie ondergaan, vergeleken met 16% in de standaardzorggroep. Ook was er sprake van meer werkverzuim in de MRI-groep, met gemiddeld 10,3 dagen werkverzuim in de MRI-groep en 7,8 dagen werkverzuim in de standaardzorggroep ($p = 0,188$).

Kosteneffectiviteit

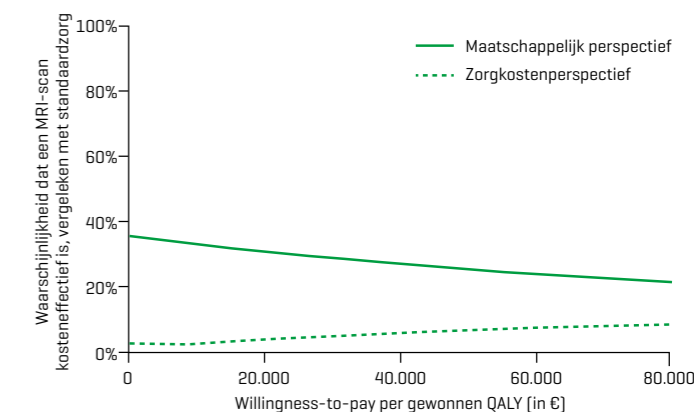
Vanuit het gezondheidszorgperspectief varieerde de waarschijnlijkheid dat een huisarts-MRI kosteneffectief is van 3% voor € 0 WTP/QALY tot 8% voor € 80.000 WTP/QALY. Vanuit het maatschappelijk perspectief varieerde dit van 36% tot respectievelijk 21% [figuur 3].

BESCHOUWING

In dit onderzoek werd geen verschil in kwaliteit van leven gemeten tussen de MRI-groep en de standaardzorggroep en werd aangetoond dat er statistisch significant hogere kosten werden gemaakt in de MRI-groep. Opvallend hierbij is dat er geen afname in het aantal verwijzingen naar de orthooped was en dat er zelfs een tendens was naar meer artroscopieën in de MRI-groep. Ook waren er meer fysiotherapie sessies en dagen werkverzuim in de MRI-groep. Deze bevindingen stemmen overeen met die van een tweetal

Figuur 3

Waarschijnlijkheid dat een MRI-knie kosteneffectief is in vergelijking met de standaardzorg



QALY = quality adjusted life year

eerder uitgevoerde onderzoeken in het Verenigd Koninkrijk.

In het eerste onderzoek werden patiënten geïncludeerd met persisterende knieklachten, die de huisarts wilde verwijzen naar de orthooped.⁶ In dit onderzoek kreeg de ene helft een MRI-scan van de knie met een voorlopige verwijzing naar de orthooped en de andere helft een directe verwijzing naar de orthooped. In dit onderzoek heeft men ook geen verschil in kwaliteit van leven gemeten tussen de beide groepen, waren er hogere kosten in de MRI-groep en werd er bij 40% van de patiënten in de MRI-groep een artroscopie verricht, versus 28% in de directeverwijzingsgroep.

Een tweede, kleiner gerandomiseerd onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk vond een hogere kwaliteit van leven met statistisch significant lagere kosten gemeten in de niet-MRI-groep, waarbij er ook weer een tendens was tot meer artroscopieën in de MRI-groep, van 30% versus 24% in de niet-MRI-groep.⁷

Een mogelijke verklaring voor een toename van artroscopieën in de MRI-groep is wellicht de lage voorafkans op een klinisch relevante bevinding. Een betere selectie van patiënten maakt de MRI-scan een efficiënter diagnostisch instrument, wat resulteert in hogere positief voorspellende waarden met minder fout-positieve bevindingen. Dit is al eens eerder beschreven in een onderzoek met een hypothetisch kosteneffectiviteitsmodel over de toegevoegde waarde van de MRI-scan voor meniscusscheuren. Wanneer de MRI-scan werd ingezet om negatief lichamen onderzoek te bevestigen, leidde dat tot 2 tot 2,3 keer zoveel onnodig chirurgisch ingrijpen.

Dit onderzoek is het eerste dat de kosteneffectiviteit van de huisarts-MRI-knie op een degelijke en grondige manier heeft geanalyseerd, zowel vanuit het gezondheidszorg- als vanuit het maatschappelijk perspectief. Het onderzoek was echter zo opgezet dat alle patiënten met traumatische knieklachten een MRI-scan konden krijgen. De onderzoekers wilden een

zo grote en divers mogelijke groep onderzoeken, zonder een selectie te maken op basis van onbekende factoren. In de huisartsenpraktijk is dat niet de dagelijkse gang van zaken, waarbij de huisarts in overleg met de patiënt beslist of een aanvullende MRI-scan nodig is. De selectiecriteria van deze subgroep zijn tot dusver onbekend en moeten het onderwerp zijn van toekomstige onderzoeken.

CONCLUSIE

Voor nu concluderen de onderzoekers dat een MRI-knie aanvraagd door de huisarts voor 18- tot 45-jarige patiënten met traumatische knieklachten niet kosteneffectief is. De huisarts moet zich houden aan de zorg zoals die is omschreven in de NHG-Standaard Traumatische knieproblemen, zorg leveren zonder een MRI-scan in de eerste lijn en bij aanhoudende klachten verwijzen naar de orthopeed. Vooral voor patiënten met een lage voorafkans moet de huisarts terughoudend zijn en geen MRI-scan aanvragen. Dat leidt tot hogere kosten en potentieel onnodige chirurgie.

Geen MRI-scan aanvragen voor jonge patiënten met traumatische knieklachten is in deze tijd echter een uitdaging. Patiënten hebben zich vaak ingelezen in het onderwerp en komen binnen met de hulpvraag 'Dokter, ik wil een MRI-scan van mijn knie.' De onderzoekers hopen dat zij met de resultaten van dit onderzoek een extra steun in de rug kunnen bieden aan huisartsen die het natuurlijk beloop van knieklachten kennen en de patiënt willen overtuigen van een conservatief beleid met rust, adviezen en het begeleid en langzaam terugkeren naar het eerdere sport- en activiteitsniveau. ■

LITERATUUR

1. Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht, Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
2. Nielsen AB, Yde J. Epidemiology of acute knee injuries: a prospective hospital investigation. J Trauma 1991;31:1644-8.
3. Phelan N, Rowland P, Galvin R, O'Byrne JM. A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of MRI for suspected ACL and meniscal tears of the knee. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2016;24:1525-39.
4. Roberts TT, Singer N, Hushmendy S, Dempsey IJ, Roberts JT, Uhl RL, et al. MRI for the evaluation of knee pain: comparison of ordering practices of primary care physicians and orthopaedic surgeons. J Bone Joint Surg Am 2015;97:709-14.
5. Belo JN, Berg HF, Klein Ikink AJ, Wildervanck-Dekker CMJ, Smorenburg H, Draijer LW. NHG-Standaard Traumatische knieproblemen. Utrecht: NHG, 2010.

6. DAMASK (Direct Access to Magnetic Resonance Imaging: Assessment for Suspect Knees) Trial Team. Cost-effectiveness of magnetic resonance imaging of the knee for patients presenting in primary care. Br J Gen Pract 2008;58:e10-6. Doi: 10.3399/bjgp08X342660.
7. Bryan S, Weatherburn G, Bungay H, Hatrick C, Salas C, Parry D, et al. The cost-effectiveness of magnetic resonance imaging for investigation of the knee joint. Health Technol Assess 2001;5:1-95.
8. Van Oudenaarde K, Swart NM, Bloem JL, Bierma-Zeinstra SMA, Algra PR, Bindels PJE, et al. General practitioners referring adults to MR imaging for knee pain: a randomized controlled trial to assess cost-effectiveness. Radiology 2018;288:170-6.
9. Swart NM, Van Oudenaarde K, Algra PR, Bindels PJ, Van den Hout WB, Koes BW, et al. Efficacy of MRI in primary care for patients with knee complaints due to trauma: protocol of a randomised controlled non-inferiority trial (TACKLE trial). BMC Musculoskelet Disord 2014;15:63.
10. Siemieniuk RAC, Harris IA, Agoritsas T, Poolman RW, Brignardello-Petersen R, Van de Velde S, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline. BMJ 2017;357:j1982. Doi: 10.1136/bmj.j1982.
11. Hakkaart-van Roijen L, Van der Linden N, Bouwmans CAM. Handleiding voor kostenonderzoek Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Rotterdam: Instituut voor Medical Technology Assessment Erasmus Universiteit Rotterdam, 2010.

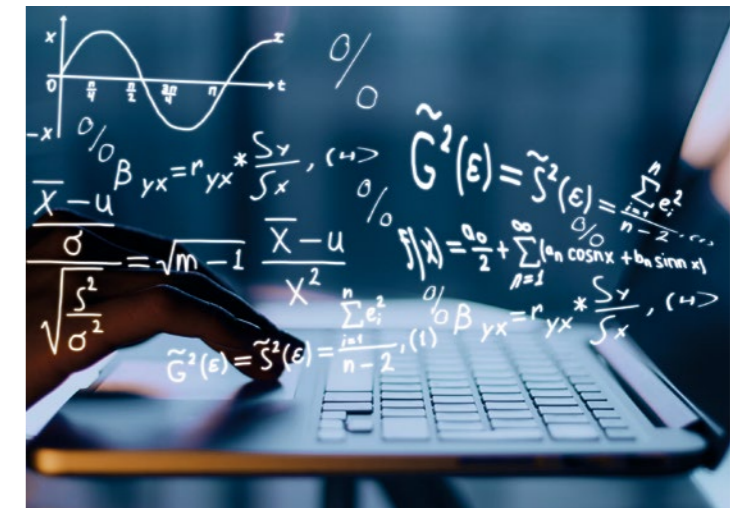
Van Oudenaarde K, Swart NM, Bloem JL, Bierma-Zeinstra SMA, Algra PR, Bindels PJE, et al. MRI-knie bij iedere patiënt met acuut knietrauma niet kosteneffectief. Huisarts Wet 2018;61[10]:26-30. LUMC, afdeling Radiologie, Leiden: K. van Oudenaarde, arts onderzoeker en aios Radiologie, kvanoudenaarde@lumc.nl; prof.dr. J.L. Bloem, hoogleraar Radiologie; dr. M. Reijnen, radioloog. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: N.M. Swart, promovenda Huisartsgeneeskunde en fysiotherapeut n.p.; prof. dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof. dr. B.W. Koes, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. P.A.J. Luijsterburg, universitair docent Huisartsgeneeskunde. Noordwest Ziekenhuisgroep, afdeling Radiologie, Alkmaar: dr. P.R. Algra, radioloog. LUMC, Afdeling Orthopedie, Leiden: prof. dr. R.G.H.H. Nelissen, hoogleraar Orthopedie. Erasmus MC, afdeling Orthopedie, Rotterdam: prof. dr. J.A.N. Verhaar, hoogleraar Orthopedie. LUMC, afdeling Medische Besliskunde, Leiden: dr. W.B. van den Hout, gezondheidseconoom. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Van Oudenaarde K, Swart NM, Bloem JL, Bierma-Zeinstra SMA, Algra PR, Bindels PJE, et al. General practitioners referring adults to MR imaging for knee pain: a randomized controlled trial to assess cost-effectiveness. Radiology 2018;288:170-6. doi: 10.1148/radiol.2018171383. Publicatie gebeurt met toestemming.

Stop met het onkritische gebruik van nulhypothese

Michiel de Boer, Leonie van Grootel, Lex Bouter

Conclusies op basis van medisch-wetenschappelijk onderzoek zijn dikwijls onjuist. Een belangrijke oorzaak is dat onderzoekers conclusies vaak trekken op basis van nulhypothese significantietoetsen (NHST). Veel artsen die hun praktijk afstemmen op wetenschappelijk onderzoek beseffen echter niet dat de zeggingskracht van de gebruikte p-waarden vaak beperkt is. Wij pleiten ervoor om te stoppen met het onkritische gebruik van NHST en het dichotome denken dat hieraan ten grondslag ligt. Onderzoekers zouden eigenlijk meer oog moeten hebben voor de grootte van verschillen en de (on)waarschijnlijkheid daarvan.



Hoe waarschijnlijk is een bepaald verschil is een betere benadering dan te constateren of er wel of geen verschil is. Foto: iStock

ONS ONWANKELBARE GELOOF IN P-WAARDEN

Statistiek wordt door menig arts gezien als een noodzakelijk kwaad. In de geneeskundeopleiding is er relatief weinig aandacht voor statistiek vanwege de grote competitie met medisch-inhoudelijke vakken en het trainen van essentiële vaardigheden voor de praktijk. Het is dan ook niet verwonderlijk dat vele artsen al heel tevreden zijn wanneer ze een aantal basisprincipes in de praktijk kunnen toepassen. Dan is het vooral belangrijk om te kunnen concluderen dat bijvoorbeeld de effectiviteit van een behandeling bewezen is. Voor dat laatste is er een handige vuistregel: wanneer de p-waarde kleiner is dan 0,05 (p < 0,05), is aangetoond dat de behandeling inderdaad werkt.

DE BEDRIEGLIJKHEID VAN INVERSE GEVOLGTREKKINGEN

Wat velen waarschijnlijk niet meer weten is wat die p-waarde, de nulhypothese en de alternatieve hypothese precies betekenen.¹ We gebruiken als voorbeeld het onderzoek van Bos en Buis uit het julinummer (2017) van dit tijdschrift, die automatische bloeddrukmeting gedurende 30 minuten (BD30) en conventionele spreekkamermetingen met elkaar hebben vergeleken.² Daarnaast hebben ze onderzocht of het voor de grootte van het verschil tussen beide methoden uitmaakte tot welke subgroep de patiënten behoorden (leeftijd, geslacht, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten). De alternatieve hypothesen in dit voorbeeld wijzen erop dat deze verschillen bestaan. De nulhypothese betreft het ontbreken van de verschillen. Een van de bevindingen die de onderzoekers rapporteerden was dat het verschil tussen BD30 en spreekka-

mermeting aanzienlijk groter was bij patiënten ≥ 70, dan in de groep jongere patiënten. Voor de diastolische bloeddruk rapporteerden de auteurs een gemiddeld verschil van 6,2 mmHg (p < 0,001). De betreffende p-waarde betekent dan dat als de nulhypothese juist is en we dit onderzoek oneindig vaak zouden herhalen, minder dan 0,1% daarvan 6,2 mmHg of een groter verschil zou laten zien.

Velen weten waarschijnlijk niet meer wat die p-waarde, de nulhypothese en de alternatieve hypothese precies betekenen

De meeste huisartsen die over dit onderzoek lezen, zullen op basis ervan concluderen dat het verschil tussen beide methoden van bloeddrukmeting dus groter is bij patiënten ≥ 70. De (impliciete) redenering die we hierbij volgen is dat als de nulhypothese waar zou zijn, de kans op het gevonden resultaat of een extremer resultaat zo klein is, dat we de nulhypothese

moeten verwerpen. Precies op dit punt gaan we de mist in. We trekken een conclusie over de nulhypothese (verschillen zijn niet afhankelijk van leeftijd) op basis van een voorwaardelijke kans op de gevonden onderzoeksgegevens of extremer (P(gevonden verschil of groter|H0)), terwijl we dus eigenlijk de kans dat de nulhypothese waar is zouden willen bepalen. Methodologen en statistici zijn al sinds nulhypothese-significantietoetsen (NHST) bestaan bekend met dit probleem en het fenomeen heeft zelfs een officiële naam: de 'bedrieglijkheid van inverse gevolgtrekkingen'.^{3,4} Dit besef is echter nog niet overall in de medische wetenschap doorgedrongen.

DE CONSEQUENTIES

Misschien vraagt u zich af waarom we hier zo'n probleem van maken. Wanneer de resultaten van het onderzoek (of een extremere uitkomst) onwaarschijnlijk zijn als de nulhypothese juist is, dan is het toch logisch dat het onwaarschijnlijk is dat de nulhypothese klopt? En dus ook dat er in werkelijkheid wel een invloed van leeftijd is, ofwel dat ons vermoeden, de alternatieve hypothese, klopt? In de praktijk blijkt echter dat dit niet altijd opgaat. Toegepast op ons voorbeeld komt dat doordat de zeggingskracht van de p-waarde voor de conclusie mede afhangt van de voorafkansen dat er werkelijk een verschil is wanneer we beide methoden van bloeddrukmeting vergelijken tussen patiënten ≥ 70 of jonger. Dit is te vergelijken met de voorspellende waarde van een positieve testuitslag in de diagnostiek, die sterk afhangt van de voorafkansen op de ziekte (de prevalentie).⁵⁻⁷

Neem het onderzoek van Schouten en Van de Putte in het afgelopen januarinumnummer (2018) van dit tijdschrift.⁸ Zij onderzochten de validiteit van SPUTOVAMO-R2, een checklist voor kindermishandeling. Ze hebben onder andere vergeleken met een melding bij Veilig Thuis. In [tabel 1] staan in kruistabel A de gegevens zoals we die op basis van het artikel kunnen reconstrueren. De sensitiviteit is laag en de voorspellende waarde van een positieve testuitslag (VW+) ook. Wanneer de

DE KERN

- De p-waarde uit een statistische toets geeft ons niet de kans dat de nulhypothese waar of onwaar is, terwijl we daar wel een conclusie over trekken.
- De kans dat we terecht concluderen dat een bevinding 'significant' is, is vergelijkbaar met een voorspellende waarde van een positieve testuitslag: zonder informatie over de prevalentie zijn ze geen van beide uit te rekenen.
- Het gebruik van nulhypothese-significantietoetsen heeft ertoe geleid dat een deel van de conclusies uit onderzoek onjuist is.
- Meer verantwoorde manieren van conclusies trekken vragen dat we onze dichotome manier van denken [wel of geen verschil] veranderen in een meer continue manier van denken [hoe waarschijnlijk is een bepaald verschil, hoe groot achten we dat verschil ongeveer en in welke mate zou het klinisch relevant kunnen zijn].

I, kruistabellen C en D]. Wanneer vooraf de kans klein geacht wordt (kruistabel C), dan is de VW+ rond de 0,5 – gelijk aan het opgooien van een muntje. Meestal hebben we bij onderzoek geen goed idee over wat de voorafkansen op een werkelijk verschil is, en weten we in veel gevallen daarom niet wat de zeggingskracht van een p-waarde is. Als we op basis van die p-waarde dan wel een uitspraak doen over het verschil tussen beide bloeddrukmetingen, hebben we dus geen idee of die uitspraak klopt.

VERANTWOORDE CONCLUSIES TREKKEN OVER ONDERZOEKSgegevens

Op basis van het bovenstaande blijkt dat we decennialang massaal een methode hebben toegepast die ertoe leidt dat een deel van de conclusies over onderzoek niet juist is. Hoewel de tekortkomingen van NHST al vaak naar voren zijn gebracht,^{3-7,9-11} is er in de praktijk niet veel veranderd.¹² Er is nog weinig wetenschappelijk inzicht in de reden daarvan. Een van de vermoedelijke oorzaken is dat wetenschappers niet goed weten welke alternatieve methoden er zijn en ook de noodzaak niet voelen om zich hierin te verdiepen. Alternatieven zijn echter voorhanden en veel winst kan al gemaakt worden zonder dat daarvoor veel extra kennis of vaardigheden nodig zijn.

Onzes inziens is de grootste winst te bereiken wanneer we onze dichotome manier van denken (wel een verschil of geen verschil) veranderen in een meer continue manier van denken (hoe waarschijnlijk is een bepaald verschil, hoe groot achten we dat verschil ongeveer en in welke mate zou het klinisch relevant kunnen zijn). Een belangrijke stok achter de deur voor onderzoekers hierbij is het beleid van een aantal tijdschriften om het woord 'significant' te vermijden.¹³ Dit vereist meer aandacht voor en interpretatie van beschrijvende gegevens.¹⁴ Aangevuld met betrouwbaarheidsintervallen geeft

Tabel 1

Een illustratie van de overeenkomst tussen de voorspellende waarde van een positieve diagnostische testuitslag en de zeggingskracht van een p-waarde

A	VT+	VT-		B	VT+	VT-	
Checklist+	9	99	VW+ = 0,01	Checklist+	27	97	VW+ = 0,18
Checklist-	478 Sens = 0,02 Prev = 0,01	50085 Spec = 0,998	VW- = 0,99	Checklist-	1434 Sens = 0,02 Prev = 0,03	49140 Spec = 1,0	VW- = 0,97
C	Voorafkans echt verschil	Voorafkans geen verschil		D	Voorafkans echt verschil	Voorafkans geen verschil	
Significant	0,05	0,045	VW+ = 0,53	Significant	0,25	0,025	VW+ = 0,91
Niet-significant	0,05 Power = 0,5* Voorafkans = 0,1	0,905 Betrouwbaarheid = 0,95	VW- = 0,95	Niet-significant	0,25 Power = 0,5 Voorafkans = 0,5	0,475 Betrouwbaarheid = 0,95	VW- = 0,66

De kruistabellen A en B laten zien dat de positief voorspellende waarde van de checklist voor het opsporen voor kindermishandeling toeneemt van 0,01 naar 0,18 wanneer de prevalentie (voorafkans) op kindermishandeling zou toenemen van 0,01 naar 0,03, uitgaande van gelijke sensitiviteit en specificiteit van de checklist. De kruistabellen C en D laten analoog daaraan zien dat de kans dat een significante toetsuitslag een werkelijk verschil aangeeft ook toeneemt naar mate de voorafkans daarop stijgt, uitgaande van gelijkblijvende power en betrouwbaarheid [1- α] van de toets.

VT = Veilig Thuis; Sens = sensitiviteit; Prev = prevalentie; Spec = specificiteit; VW+ = positief voorspellende waarde; VW- = negatief voorspellende waarde
* De power is hier op 0,5 gezet, aangezien de power voor het toetsen van subgroepverschillen vaak (fors) lager ligt dan de gebruikelijke 0,8 voor hoofdeffecten.

dit een indicatie van de precisie van de verschillen of effecten, mits er niet getoetst wordt op basis van de intervallen. In ons voorbeeldartikel van Bos en Buis wordt dit alles al deels gedaan door de puntschattingen en spreiding van de boven- en onderdruk van zowel de patiënten ≥ 70 jaar als die van < 70 jaar te geven. Ook benoemen de auteurs in de interpretatie van deze subgroepvergelijking de grootte van de verschillen. In het originele artikel in *Family Practice* tabelleren de auteurs ook de andere subgroepvergelijkingen en geven ze aan dat ze geen verschillen hebben gevonden ($p > 0,15$).¹⁵ Hier komen ze in de beschouwing of conclusie van het artikel helaas niet op terug. Dat maakt een betere interpretatie van de bevindingen niet mogelijk. De kruistabellen C en D van [tabel 1] laten immers zien dat afhankelijk van de waarschijnlijkheid van echte verschillen tussen de subgroepen, de kans op werkelijke verschillen bij significantie (kruistabel C) of de kans op het ontbreken daarvan (kruistabel D) behoorlijk laag kan worden.

Ten slotte willen we niet onvermeld laten dat er ook andere statistische benaderingen zijn, waarvan bayesiaanse methoden het bekendst zijn. Bij bayesiaanse statistiek wordt de a priori verwachting geïncorporeerd in het statistische model. Grootschaliger gebruik van bayesiaanse methoden is onlangs mogelijk geworden dankzij gebruiksvriendelijke software (zie onder andere: <https://jasp-stats.org>). Een ander recentelijk beschreven alternatief voor NHST is de a priori inferentieme-

thode.¹¹ Deze lijkt op de welbekende *sample size*-berekening, maar heeft het voordeel dat achteraf geen toetsing meer nodig is. Een uitgebreidere inleiding in deze methoden is elders te vinden.^{11,16} ■

LITERATUUR

1. Greenland S, Senn SJ, Rothman KJ, Carlin JB, Poole C, Goodman SN, et al. Statistical tests, P values, confidence intervals, and power: a guide to misinterpretations. *Eur J Epidemiol* 2016;31:337-50. DOI:10.1007/s10654-016-0149-3.
2. Bos MJ, Buis S. Dertig-minutenbloeddrukmeting op de praktijk. *Huisarts Wet* 2017;60:320-2.
3. Fisher R. Statistical methods and scientific induction. *J R Statist Soc Ser B* 1955;17:69-78.

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

De Boer MR, Van Grootel LE, Bouter LM. Stop met het onkritische gebruik van nulhypothese. *Huisarts Wet* 2018;61[10]:31-3. Vrije Universiteit Amsterdam, Afdeling Gezondheidswetenschappen, Bèta Faculteit, Amsterdam: dr. M.R. de Boer, universitair docent methodologie en toegepaste biostatistiek. Universiteit van Tilburg, Afdeling Methoden & Technieken, Faculteit Sociale & Gedragwetenschappen, Tilburg: dr. L.E. van Grootel, docent/onderzoeker, i.e.vangrootel@uvt.nl. VUmc, Afdeling Epidemiologie en Biostatistiek, Amsterdam: prof. dr. L.M. Bouter, hoogleraar Methodologie en Integriteit. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Een alternatief voor de Glasgow Coma Scale

Ralph Laven

In acute situaties gebruiken huisartsen vaak de ABCDE-systematiek die ontwikkeld is in het kader van Advanced Trauma Life Support (ATLS). Bij onderdeel D (disabilities) hoort, na ademhaling, luchtweg en circulatie, een beoordeling van het bewustzijn. Om te voorkomen dat daarbij al te subjectieve termen worden gebruikt, gebruikt men daarbij meestal de Glasgow Coma Scale (GCS). Veel huisartsen vinden deze schaal lastig en ingewikkeld in het gebruik. Omdat acute situaties in de huisartsenpraktijk niet zo vaak voorkomen, bouwen ze te weinig routine op en dat vergroot de kans op fouten. Op ambulances en op afdelingen Spoedeisende Hulp gebruikt men de snellere en simpelere AVPU-score. Deze schaal kan voor huisartsen in acute situaties een passend alternatief zijn voor de GCS.

Huisartsen gebruiken steeds vaker de ABCDE-systematiek als zij een patiënt moeten opvangen die in kritieke toestand verkeert.¹ De benadering komt voort uit de Advanced Trauma Life Support (ATLS) en wordt in aangepaste vorm onderwe-

zen in de huisartsopleiding.² Na het beoordelen en stabiliseren van de luchtweg (*Airway*), ademhaling (*Breathing*) en circulatie (*Circulation*) komt de neurologische status (*Disability*) aan bod, waarbij de pupilreacties, de lateralisatie en de glucose-spiegel beoordeeld worden, en ook het bewustzijn.³ Om te voorkomen dat daarbij te veel subjectieve termen worden gebruikt (suf, slaperig, somnolent, soporeus), wordt aanbevolen daarbij de Glasgow Coma Scale (GCS) te gebruiken.^{3,4} Huisartsen vinden de GCS vaak lastig in het gebruik en dat kan afdoen aan de kwaliteit van hun beoordeling. In deze beschouwing wordt besproken wat de beperkingen van de GCS zijn en of er een meer bij de huisartsenpraktijk passend instrument is. Naar mijn mening is er namelijk een bruikbaar alternatief.

DE STANDAARD: GLASGOW COMA SCALE

Wat is de GCS en hoe gebruik je deze?

De GCS werd in 1974 ontwikkeld om de prognose van een patiënt met hersenletsel te kunnen inschatten door herhaaldelijk diens neurologische status te bepalen.^{4,5} Tegenwoordig

wordt de schaal wereldwijd gebruikt om het bewustzijn van de acute patiënt vast te stellen, al is hij hiervoor niet ontwikkeld en gevalideerd.⁶

De GCS bestaat uit drie onderdelen die gescoord moeten worden: de reactie van de ogen (*Eyes*), de reactie van de ledematen (*Motor*) en de verbale reactie (*Verbal*) [figuur 1]. De reactie van de patiënt wordt spontaan, na aanspreken of na het toedienen van een prikkel bepaald. Belangrijk hierbij is dat de prikkel op een gestandaardiseerde wijze wordt toegediend en dat het onderzoek in een vaste volgorde plaatsvindt. Op elk van de drie onderdelen wordt de beste respons gescoord en vervolgens wordt de totale score bepaald. De laagste score is 3 en de hoogste score is 15. Bij een score van 8 of lager is er sprake van coma.^{7,8} Op de site van de GCS (www.glasgowcomascale.org) is uitgebreide informatie te vinden, met oefenmateriaal en instructievideo's.^{7,8}

Toepassing van GCS in de huisartsgeneeskunde

De GCS wordt wereldwijd gebruikt en heeft reeds vele jaren een vaste plek binnen de acute geneeskunde. De schaal heeft grote meerwaarde als de prehospital en de klinische setting op elkaar aansluiten. Doordat alle hulpverleners dezelfde taal spreken, kan men het bewustzijn in de tijd volgen. Maar er is ook kritiek.^{5,6,9} Het is een complexe, tamelijk gedetailleerde schaal die ook door ervaren professionals niet altijd correct wordt toegepast.¹⁰ Bij goed getrainde hulpverleners is de GCS goed reproduceerbaar gebleken en is er weinig interbeoordeelaarvariabiliteit,^{11,12} maar onervaren hulpverleners maken vaak fouten en komen tot een te lage score.¹³

Het is goed voorstelbaar dat ook huisartsen wel eens fouten maken bij het bepalen van de score op de GCS. Niet alle huisartsen zijn ABCDE-geschoold en in hun dagelijks werk worden ze zelden geconfronteerd met bewusteloze patiënten. Een beoordeling in een acute situatie vraagt tijd, overzicht en expertise; vooral het bepalen van de motorische score is geen sinecure [figuur 2]. En de GCS heeft meer bezwaren. De schaal is minder betrouwbaar bij intoxicaties, waarbij de uitkomst erg kan wisselen in de tijd. Een patiënt met fatische problemen begrijpt soms een opdracht niet en kan die dus niet uitvoeren. Bij kinderen is de verbale score soms lastig of zelfs onmogelijk te bepalen doordat ze huilen of doordat hun spraak-taalontwikkeling nog niet ver genoeg is – de hulpverlener zou dan de pediatrische GCS moeten gebruiken.^{14,15} Het is dan ook niet verwonderlijk dat huisartsen zich niet altijd even vertrouwd voelen met de GCS, juist bij een acuut toestandsbeeld. Dit roept de vraag op of de GCS voor de huisarts wel een voldoende bruikbaar en betrouwbaar instrument is. Bovendien zal de gedetailleerde vastlegging van het bewustzijn met de GCS naar mijn mening geen wezenlijke invloed hebben op het (verwijs)beleid van de huisarts.

HET ALTERNATIEF: DE AVPU-SCORE

Wat is de AVPU en hoe beoordeel je deze?

De AVPU-score heeft zijn oorsprong in de ATLS en heeft eveneens al een lange geschiedenis.¹⁶ Het is een eenvoudi-

Figuur 1

De Glasgow Coma Scale

Glasgow Coma-schaal/EMV-score	
Ogen openen (E)	Score
Spontaan	4
Bij aanspreken	3
Bij pijnprikkels	2
Niet	1
Motorische reactie (M)	Score
Voert opdracht uit	6
Lokaliseert pijn	5
Trekt het lichaamsdeel terug bij pijnprikkels	4
Buigt het lichaamsdeel bij pijnprikkels	3
Strekkramp lichaamsdeel bij pijnprikkels	2
Geen	1
Verbale reactie (V)	Score
Kan een helder gesprek voeren/georiënteerd	5
Zinnen/verward	4
Woorden/inadequaat	3
Geluiden/onverstaanbaar	2
Geen	1

Pijnscore

Op een schaal van 1 -10

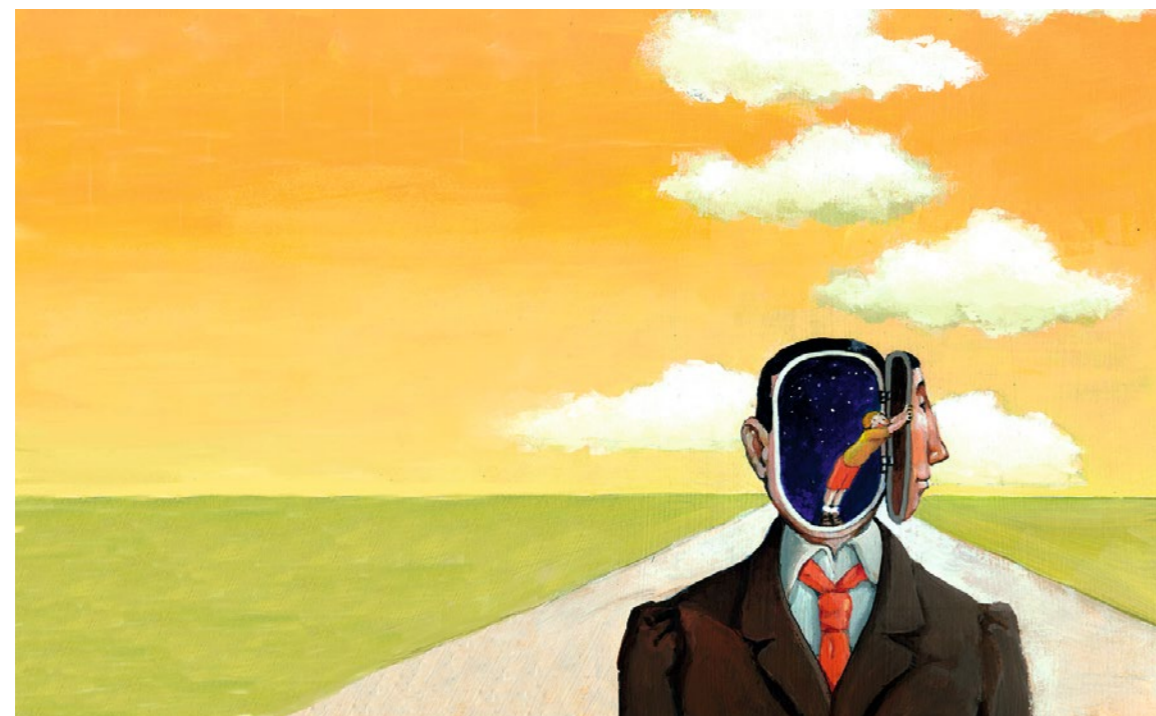
geen/licht (0-4) - matig (5-7) - hevig (8-10)

Bron: ABCDE-kaart voor huisartsen.

ge methode die in het Landelijk Protocol Ambulancezorg gebruikt wordt om snel een inschatting te maken van het bewustzijn, vooral bij grootschalige gebeurtenissen met veel slachtoffers.¹⁷ Het gaat daarbij om de reactie van de patiënt op een toegediende prikkel in een van de drie domeinen (*Eyes Motor Verbal*). Met de AVPU scoort de hulpverlener bewustzijnsverlies in oplopende volgorde van ernst, door te bepalen

DE KERN

- In acute situaties volgen huisartsen steeds vaker de ABCDE-systematiek die is ontwikkeld binnen Advanced Trauma Life Support [ATLS].
- Voor het beoordelen van de neurologische status [*Disability*] wordt meestal de Glasgow Coma Scale gebruikt, die vrij gedetailleerd is.
- Veel huisartsen bouwen te weinig routine op om de GCS altijd correct toe te passen.
- Een alternatief is de eenvoudige AVPU-score op een vierpuntsschaal van *Alert* via *Vocal* en *Pain* tot *Unresponsive*.

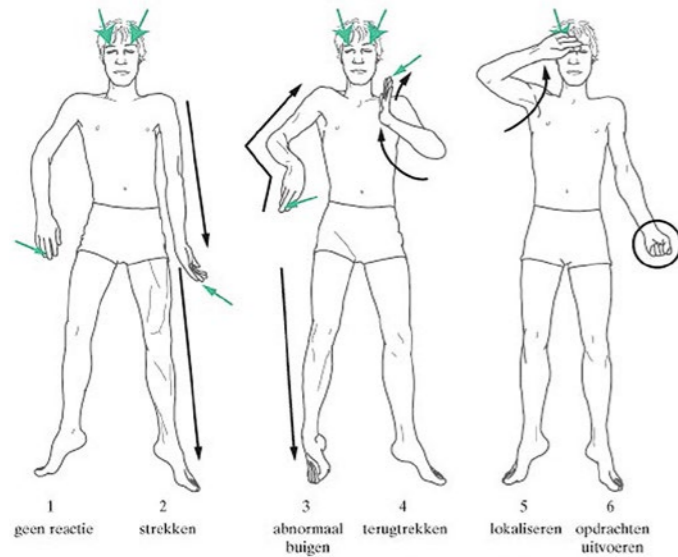


De AVPU-score kan in acute situaties een passend alternatief zijn voor de Glasgow Coma Scale.

Foto: Shutterstock

Figuur 2

M-score na verbale opdrachten en na toediening van pijnprikkels

© M. Kunen; met toestemming overgenomen uit Van der Naalt 2004.⁷

of de patiënt spontaan reageert (*Alert*), reageert op aanspreken (*Vocal*), reageert op een pijn prikkel (*Pain*) of in het geheel niet reageert (*Unresponsive*).

Waarom AVPU voor de huisarts?

Voor hulpverleners in acute situaties is het belangrijk dat ze een moeilijke en vage term als 'bewustzijnsverlies' zo objectief mogelijk kunnen benoemen. Voor de huisarts biedt de AVPU daarbij meer duidelijkheid en houvast dan de klinische blik. De AVPU is sneller en eenvoudiger dan de GCS, en juist daarom makkelijker te herhalen bij een acute patiënt. De test is bovendien zowel toepasbaar bij volwassenen als bij kinderen. Uit onderzoeken blijkt dat er een goede correlatie is tussen de GCS en de AVPU.^{18,19} Patiënten met een score A of V zijn relatief veilig. Patiënten met een score P of U zijn feitelijk in coma; er is op dat moment per definitie sprake van een bedreigde ademweg en noodzaak tot interventie.

In ziekenhuizen wordt de AVPU nog slechts beperkt toegepast, maar bij de ambulance en de SEH, onze belangrijkste partners in de acute keten, is het een algemeen geaccepteerde methode.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

De GCS heeft zich door de jaren heen ontwikkeld tot de internationale standaard voor het beoordelen van het bewustzijn van patiënten in acute situaties. Dat is opmerkelijk, niet alleen omdat de uitvoering in de praktijk problemen oplevert, maar ook omdat de GCS voor dit doel niet ontwikkeld en gevalideerd is. In een klinische omgeving heeft de GCS zeker een plaats, maar in de huisartsenpraktijk ligt dat anders. Het

Figuur 3

De AVPU-score

SECONDARY ASSESSMENT = gericht op diagnose	
Anamnese	- AMPLE - A: Allergie - M: Medicatie/intoxicaties - P: Voorgeschiedenis - L: Laatste gebruikte maaltijd - E: Context
Volledig/gericht lichamelijk onderzoek	
Documentatie	- Noteren alle bevindingen en conclusies - Behandelbeperkingen? - Overdracht
Besluit/afspraken over transport/definitieve behandeling	
Voor overdracht in de eerste lijn: SOEP	
Voor overdracht aan de tweede lijn (incl. ambulance): SBAR	
Voor overdracht van ambulance aan SEH: SBAR	
Voor overdracht in de tweede lijn: SBAR	
* SBAR = Situation/Background/Assessment/Recommendation	
AVPU-score	
Alert = is alert en zich bewust van zijn omgeving	
Vocal = reageert op aanspreken	
Pain = reageert alleen op pijnprikkels	
Unresponsive = reageert in het geheel niet op prikkels van buitenaf	

Bron: ABCDE-kaart voor huisartsen.

wordt dan ook tijd dat wij huisartsen de GCS verlaten. Met de AVPU beschikken we over een eenvoudig en snel alternatief, dat in acute situaties geschikter is om het bewustzijnsverlies in te schatten. In de dagelijkse praktijk van de huisarts zou de AVPU kunnen volstaan als eerste beoordeling. Hoe huisartsen de GCS en de AVPU beoordelen, is nog niet onderzocht. Zo'n onderzoek verdient aanbeveling. ■

LITERATUUR

- Sluiter A, Rutten M. ABCDE, wat kun je ermee? Huisarts Wet 2018;61(6):72-4.
- Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts. Utrecht: Huisartsenopleiding Nederland, 2016.
- ABCDE-kaart voor huisartsen. Utrecht: NHG, 2016.

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

Laven R. Een alternatief voor de Glasgow Coma Scale. Huisarts Wet 2018;61(10):34-6.
Huisartsenpraktijk Proosdijveld, Beek [L]: R. Laven, kaderhuisarts Spoedzorg i.o., rjalaven@hetnet.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Huisarts werkt in de toekomst wijkgericht

Maria van den Muijsenbergh, Henk Schers, Pim Assendelft

Wijkgericht werken lijkt de nieuwe panacee. Maar wat is het? Werkt het? En wat moet de huisarts ermee?

Wijkgericht werken staat sterk in de belangstelling, zo blijkt uit het recente dubbelinterview met de hoogleraren Bindels en De Wit in dit blad.¹ Het onderwerp speelt ook binnen de denksessies over de toekomst van de huisartsenzorg, die momenteel door de beroepsgroep worden georganiseerd. Maar voor veel huisartsen is onduidelijk wat precies verstaan wordt onder wijkgericht werken en wat er van hen in de toekomst verwacht wordt. Gebaseerd op onderzoek en ervaring is onze visie dat het een groot potentieel heeft om gezondheid en welbevinden van de meest kwetsbare burgers te verbeteren. Voor ons is de vraag niet óf huisartsen wijkgerichte zorg moeten leveren, maar hóe.

NIKS NIEUWS

Het organiseren en leveren van zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij huis is voor huisartsen niks nieuws. De term 'wijkgericht werken' is in Nederland sinds een jaar of tien in zwang geraakt vanuit overheid, gemeente en welzijn, waarbij het niet alleen gaat om individuele zorg en ondersteuning dicht bij huis, maar ook om gezondheidsbevordering.^{2,3} Het doel hierbij is om zorg- en dienstverlening lokaal en in samenhang te organiseren.

Wijkgerichte, integrale zorg kan gezondheid en welbevinden van de meest kwetsbare burgers verbeteren

Op het gebied van wonen, welzijn en zorg vindt daarom samenwerking plaats. Door zorg en ondersteuning dicht bij mensen te brengen, kunnen (gezondheids)problemen worden voorkomen, of sneller, effectiever en goedkoper worden opgepakt door de mensen zelf of, indien nodig, door zorgverleners.⁴ Dit betekent dat wijkgerichte zorg twee doelen heeft: de integrale benadering van problemen van patiënten én het bevorderen van de gezondheid van de inwoners, onder andere door preventie. Op individueel niveau

verstaan we onder integrale benadering dat de huisarts of andere hulpverlener aandacht heeft voor alle problemen van de patiënt. Op wijkniveau betekent integraal dat gezondheidszorg en sociaal domein hun activiteiten combineren en op elkaar afstemmen, om zo samenhangende, toegankelijke zorg en ondersteuning te bieden.⁵

PERSOONSGERICHTE, INTEGRALE BENADERING

Gezondheidsproblemen hebben niet alleen betrekking op de medische conditie, maar ook op sociale en fysieke omgevingsfactoren. De kernwaarden van de huisarts indachtig is het voor ons – en voor de meeste huisartsen – vanzelfsprekend dat de huisarts een persoonsgerichte, integrale benadering van de patiënt kiest.⁶ Dat betekent aandacht voor alles wat de patiënt naar voren brengt en voor diens psychosociale context. Vooral mensen die minder in staat zijn zelf hun zorg te vinden (lage gezondheidsvaardigheden, lage opleiding) komen met al hun zorgen bij de huisarts, ook met sociale problemen.⁷ Om hen ook bij deze problemen de weg te kunnen wijzen, is kennis van en samenwerking met organisaties in de buurt op het gebied van sociale ondersteuning onontbeerlijk.

MINDER BELASTING HUISARTSEN

Al lang is de meerwaarde bekend van de rol van de eerste lijn in wijkgericht werken.⁸ Het recentst laat 'Krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht zien dat een integrale, wijkgerichte aanpak winst oplevert: voor betrokken professionals (huisartsen voelen zich minder belast) en voor de zorg (minder verwijzingen naar de tweede lijn).⁹ Ook leefstijlinterventies zijn het effectiefst als zij worden ondersteund door een breder gezondheidsbeleid, gericht op de hele wijk of gemeenschap.¹⁰

TAAK EN GRENS HUISARTS

De overtuiging leeft breed onder beleidsmakers en andere zorgaanbieders dat we als huisartsen meer toe moeten naar het bevorderen van gezondheid en voorkomen van ziekten. Toch twijfelt de huisarts soms: is dit wel mijn taak, en waar ligt de grens? Ongunstige omgevingsfactoren, bijvoorbeeld chronische stress door financiële problemen, vormen een belangrijk gezondheidsrisico en dragen bij aan ongezonde leefstijl.¹¹ Juist daarom is



De vraag is niet óf huisartsen wijkgerichte zorg moeten leveren, maar hóe.

Foto: Shutterstock

de rol van de huisarts zo belangrijk: door zijn kennis van de context kan hij aandacht voor deze factoren combineren met persoonsgerichte ondersteuning van gedragsverandering voor een gezonde leefstijl. Uit een recent systematisch Nederlands literatuuroverzicht blijkt dan ook dat huisartsen een belangrijke rol hebben in het bevorderen van gezonde leefstijl. Juist bij mensen met een lage sociaal-economische status, bij wie de prevalentie van roken en overgewicht het hoogst is, terwijl zij de huisarts frequent bezoeken.¹² Door de langdurige relatie

Men zoekt vaak vooral samenwerking en steun

met de patiënt en de kennis van de patiëntenpopulatie is de huisarts bij uitstek in de positie om bij te dragen aan preventie.¹³ Huisartsen kunnen als geen ander met relatief weinig inspanning grote meerwaarde leveren, omdat voor effectieve preventie een lange adem nodig is: mensen stoppen en vallen terug, maar uiteindelijk lukt het vaak wel.¹⁴ Samenwerking tussen de individugerichte gezondheidszorg, de sociale zorg en de publieke gezondheidszorg is ook hier van belang. Huis-

artsen kunnen bijvoorbeeld een ongezonde leefstijl signaleren en verwijzen naar een kookcursus of loopgroepje in de wijk.¹⁵ En waar het gaat om kennis van de gezondheidstoestand van wijkbewoners, de wijkgezondheidsprofielen, hebben huisartsengegevens een grote toegevoegde waarde naast GGD-gegevens.¹⁶ In de GGD-enquête onder de bevolking in Nijmegen-Noord bijvoorbeeld zei 3% van de gezinnen opvoedingsproblemen te hebben, maar uit de huisartsenregistratie in diezelfde wijk bleken deze problemen te spelen bij maar liefst 17% van de gezinnen: reden voor de jeugdgezondheidszorg om hieraan dus meer aandacht te gaan besteden.

HUISARTS ALS SAMENWERKINGSPARTNER

Op veel plaatsen zijn huisartsen actief in een wijkgerichte, integrale aanpak zoals in het Utrechtse Overvecht, Nieuwegein met Welzijn op recept (<https://welzijnoprecept.nl>) en Deventer (www.samengezondindeventer.nl/projecten/gezondheid-en-gedrag).¹⁷ LHV en NHG ondersteunen huisartsen daarin, onder andere met het project Preventie in de buurt (www.nhg.org/preventieindebuurt), de werkmap Huisarts en gemeente – samenwerken in de wijk en de recent verschenen NHG-Praktijkhandleiding Samenwerken aan gezondheid in de wijk.¹⁸ NHG en LHV noemden al in 2012 in de Toekomstvisie 2022 integrale, wijkgerichte zorg en preventie expliciet als uitgangspunt voor de huisartsenzorg.¹⁹

Huisartsen moeten als samenwerkingspartner in een wijkgerichte, integrale aanpak per onderwerp aangeven hoe en in welke mate zij bij de wijkinfrastructuur betrokken willen en kunnen worden: geïnformeerd (graag laten horen als er iets speelt), afgestemd (voorafgaand overleggen dat iets eraan komt), betrokken (huisarts doet als een van de partijen mee) en ten slotte de ‘zwaarste’ vorm van participatie: verantwoordelijk (de huisarts is aanspreekbaar op de uitvoering en het resultaat). Het is niet zo dat anderen altijd van huisartsen verwachten dat deze ook ‘verantwoordelijk’ zijn: men zoekt vaak vooral samenwerking en steun, en dat kan dus op vele manieren. Samenwerkingsvragen spelen soms op het niveau van de wijk of HAGRO, soms in een gemeente of regio en soms vooral landelijk (zoals preventie-akkoorden). Omdat de andere partijen vaak niet weten bij wie ze op welk niveau moeten zijn, kloppen ze soms willekeurig op de deur van de individuele huisarts, waardoor die inderdaad de indruk kan krijgen dat ze hem overal voor moeten hebben. Per onderwerp kan echter bekeken worden of het gesprek wel uit moet gaan van de individuele huisarts of huisartsenpraktijk, en waar nodig moet worden verwezen naar regionale of landelijke bestuurders.

GUNSTIGE TIJD VOOR WIJKGERICHTE ZORG

De tijd lijkt gunstig voor preventie en wijkgerichte zorg door de huisarts. Het kabinet maakt zich sterk voor preventiecoalities en lokaal worden tussen verzekeraars en gemeenten ook al preventieakkoorden gesloten. Met de komst van de GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) per 1 januari 2019 wordt het belang van preventie ook vanuit de zorgverzekeraar benadrukt, en komen er gelden beschikbaar voor vervolgzorg voor leefstijl in de wijk. Hierbij is het belangrijk dat er straks niet alleen ziekenhuisleefstijlpoli's en commerciële leefstijlcoaches komen, die zich zonder overleg of afstemming gaan bezighouden met preventie, met het risico dat de context van de patiënt uit het oog verloren wordt.

Daarnaast bieden de nieuwe tarieven voor het stimuleren van de Organisatie en Infrastructuur in de eerste lijn (O&I) kansen, zoals het tarief voor wijkmanagement. Een voorwaarde voor het kunnen declareren van dit tarief is dat er afspraken met professionals uit het sociale domein gemaakt worden. Dit heeft geleid tot veelbelovende initiatieven, onder andere in Zwolle, waar de regionale ondersteuningsstructuur de randvoorwaarden creëert en een palet aan mogelijke projecten presenteert waaruit de huisartsen per wijk kunnen kiezen.²⁰ Deze ontwikkelingen bieden kansen voor de verdere invulling van de rol van de huisarts in de wijk, mede gezien onze ervaring dat het van cruciaal belang is om verantwoordelijkheden en organisatie goed te beleggen. Wij hebben in Nijmegen de

nodige ervaring opgedaan met de organisatie van wijkgerichte zorg met behulp van wijkgezondheidsprofielen. Professionals, waaronder huisartsen, waren vaak enthousiast om op deze manier naar ‘hun’ wijk te kijken en gezamenlijk problemen aan te pakken. Vaak werd prioriteit gelegd bij preventieve activiteiten, maar vooral de organisatie (wie is verantwoordelijk) en aansturing bleek na de projectfase uitermate lastig te regelen.

Naar onze overtuiging zou je wijkgericht werken daarom qua randvoorwaarden op regionaal niveau moeten organiseren. Als dit bestuurlijk goed wordt opgepakt, dan zal de huisarts in zijn praktijk in de toekomst ontlast worden van de vele vragen en verzoeken die momenteel vanuit gemeente en welzijnsdomein tot hem komen. Zo zal er meer helderheid komen over de rol van de individuele huisarts.

CONCLUSIE

Voor ons is de vraag niet óf huisartsen wijkgerichte zorg moeten leveren, maar hóe. Wijkgerichte preventie en integrale zorg hebben een groot potentieel om gezondheid en welbevinden van juist de meest kwetsbare burgers te verbeteren. Dit kan zich bij goede planning en uitvoering vertalen in werkdrukvermindering en meer satisfactie van de huisartsen. In het huidige politieke klimaat is er steun van de lokale en landelijke overheid alsmede de verzekeraars te verwachten. ‘Win-win’ in de wijk dus – wat willen we nog meer? ■

LITERATUUR

1. Veenstra T. Hoogleraren De Wit en Bindels in discussie over wijkgerichte zorg. Huisarts Wet 2018;61(8):30-2.
2. Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn – een inventarisatie. Utrecht: NIVEL, 2009.
3. Zorg en ondersteuning in de buurt. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011.

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

Van den Muijsenbergh METC, Schers HJ, Assendelft WJJ. Huisarts werkt in de toekomst wijkgericht. Huisarts Wet 2018;61(10):41-3. DOI: 10.1007/s12445-018-0296-8. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof.dr. Maria E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts, bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg, tevens werkzaam bij Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, Maria.vandenMuijsenbergh@radboudumc.nl; dr. Henk J. Schers, huisarts, senior-onderzoeker; prof.dr. Willem J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Belangenverstremming: MvdM werkt bij Pharos, expertise gezondheidsverschillen, en bij het programma wijkgerichte zorg van Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde. Bij beide organisaties is zij betrokken bij het initiëren en uitvoeren van onderzoek naar voorwaarden voor en opbrengsten van wijkgerichte, integrale zorg.

Eva Bolt: “Ga het gesprek aan over de laatste levensfase van de patiënt”

Frank van Wijck

Huisarts Eva Bolt krijgt op 25 september de door de KNMG ingestelde Martinus van Marum prijs uitgereikt voor haar proefschrift. Begrijpelijk, want haar promotieonderzoek, over perspectieven op levenseindezorg en bespoediging van het levenseinde, is bijzonder actueel. En die perspectieven worden sterk beïnvloed door maatschappelijke ontwikkelingen.

De patiënt, de naasten en de huisarts hebben ieder hun eigen perspectief op de zorg in de laatste levensfase. “In de kern liggen die perspectieven vrij dicht bij elkaar”, zegt Bolt. “Ze hebben het alle drie over passende zorg in die fase: passende beslissingen rondom behandelen, goede ondersteunende zorg, de juiste locatie, goede communicatie en autonomie van de patiënt. Maar de dilemma’s waarmee mensen te maken krijgen in de zorg in die levensfase zijn wel verschillend voor de drie groepen. Voor patiënten bestaat soms een dilemma tussen de wens zo lang mogelijk te leven en de wens te leven met goede kwaliteit. Ook denken zij vaak aan hun naasten, op wie de laatste levensfase van een dierbare meemaken grote indruk maakt. Daarom is het belangrijk ook oog voor de naasten te hebben. Artsen krijgen juist weer te maken met andere dilemma’s. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt hen vraagt door te behandelen wanneer zij dit zelf zinloos achten, of wanneer een patiënt hen vraagt om euthanasie. Helaas begrijpen patiënten, naasten en artsen elkaar niet altijd, en hebben zij niet altijd begrip voor elkaars dilemma’s.”

Eva Bolt

Eva Bolt promoveerde op het proefschrift ‘Perspectives on appropriate end-of-life care and hastening death on request’ aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Naast huisarts met speciale aandacht voor palliatieve zorg, is Eva Bolt ook illustrator. Uiteraard ontwierp ze de cover van haar eigen proefschrift. Daarnaast maakte ze een filmpje waarin ze het onderwerp van haar proefschrift in tien minuten uitlegt.
[<https://www.youtube.com/watch?v=HHpmlx70cjk>]

Het gesprek aangaan

Doorbehandelen is niet altijd een verkeerde beslissing, stelt Bolt, maar het moet wel op de goede gronden gebeuren. In het gesprek erover gaat het vaak over de kans op genezing, over bijwerkingen of over vijfjaarsoverleving. Bolt: “Voor de patiënt gaat het echter vaak om heel andere dingen die bepalen of de zorg passend is: nog iets willen meemaken, hoop houden, de controle houden. Over die persoonlijke zaken gaat het gesprek met de arts niet en dat is eigenlijk raar. Het zou juist moeten gaan over kwaliteit van leven en over afscheid nemen van dat leven.”

Bij patiënt én huisarts bestaat te weinig besef over de waarde van het gesprek over het einde van het leven, zegt Bolt. “Bij kanker staat de huisarts vaak buitenspel, omdat het gesprek hierover veelal met de medisch specialist wordt gevoerd”, zegt ze. “Gelukkig komt hier nu enige verandering in. Maar in andere gevallen is vaak sprake van een langzame achteruitgang en vindt de huisarts het moeilijk om het goede moment te bepalen wanneer het gesprek aan te gaan. En wanneer een huisarts het gesprek over toekomstige zorg aangaat, kunnen zijn vragen soms niet aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt. Gevraagd of de patiënt nog naar het ziekenhuis zou willen, kan het antwoord zijn: “Wel als het naar die ene dokter is, want die is aardig”, of: “Als ze me alleen maar een beetje opknappen zodat ik daarna weer naar huis kan wel”. Dit levert geen concrete afspraken op, waar je als huisarts misschien naar streeft. Maar het geeft wel een idee over iemands voorkeuren.”

De rol van de euthanasiediscussie

Wat nadrukkelijk een rol speelt in het levenseindegesprek is de veranderende manier waarop de samenleving omgaat met de discussie over leven en dood. “Er is toenemende aandacht voor euthanasie”, zegt Bolt. “De aandacht hiervoor beïnvloedt hoe we kijken naar sterven. Dat merk ik ook bij voorlichtingsavonden over zorg in de laatste levensfase: de discussie gaat daarin alleen maar over euthanasie. Alsof het levenseinde zó vreselijk is dat het alleen te dragen is als euthanasie een optie is.”

“Ik maak me zorgen over een toekomstbeeld waarin we de dood niet meer op zijn beloop durven te laten”



Foto: ByNadia

Toch overlijdt nog steeds maar vier tot vijf procent van de mensen door euthanasie. Maar dat percentage groeit wel, stelt Bolt. Vindt ze dat zorgwekkend? “Aan de ene kant vind ik het mooi dat de mogelijkheid er is voor wie alle andere opties als ondragelijk beschouwt”, zegt ze. “Maar als ik er als arts naar kijk, maak ik me wel zorgen over een toekomstbeeld waarin we de dood niet meer op zijn beloop durven laten. Het sterven komt dan ver van ons af te staan en dat baart mij wel zorgen. Een natuurlijk sterfbed kan een beter proces zijn dan euthanasie. Het lijkt wel alsof we beter over de dood zijn gaan praten, maar niet het gesprek kunnen voeren over sterven. Wat gebeurt er op een sterfbed? Veel mensen hebben geen idee, wat kan leiden tot angst. Zelfs geneeskundestudenten weten niet altijd wat er met het lichaam gebeurt tijdens het sterven, het is geen onderwerp in de opleiding. Hoe kun je er dan het gesprek over aangaan?”

Onder druk

Huisartsen voelen zich in toenemende mate onder druk gezet door patiënten of naasten om euthanasie te bieden. “Die druk is extra groot omdat de patiënt die met de wens tot euthanasie komt al een hele weg heeft afgelegd om tot die beslissing te komen, terwijl de huisarts er pas op dat moment mee wordt geconfronteerd”, zegt Bolt. “Die wil daarin een tijdje meelopen met de patiënt, begrijpen waarom de patiënt deze keuze maakt. En wanneer hij deze kans niet krijgt, plaatst hem dat wel voor een probleem. Terwijl een ‘nee’ op een euthanasiever-

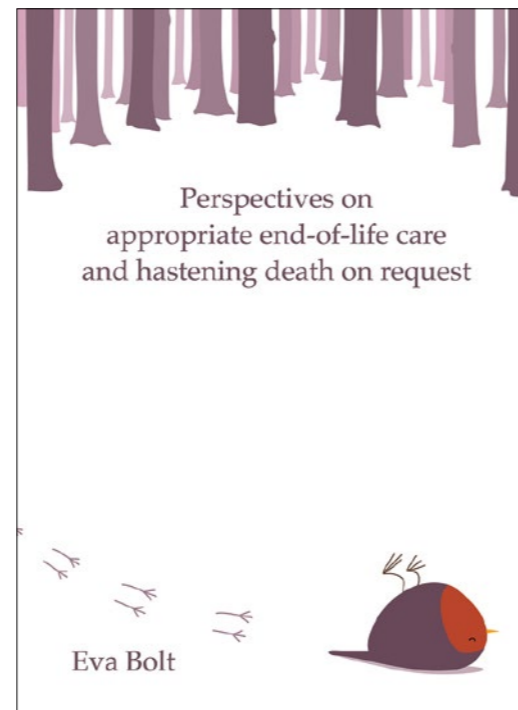
“Angst kan veelzijdig zijn. De een praat daar makkelijker over dan de ander”

zoek natuurlijk niet per se betekent dat hij iemands lijden niet ziet. Vooropgesteld dat hij dan wel de alternatieven bespreekt die bestaan om het lijden weg te nemen.”

Uit het feit dat het aantal gevallen van palliatieve sedatie toeneemt, meent Bolt te kunnen afleiden dat huisartsen deze optie wel bespreken. “Tegelijkertijd zie je wel dat palliatieve sedatie voor naasten heel verwarrend kan zijn. “Hij heeft een spuitje gehad en daarna heb ik niet meer met hem kunnen spreken”, hoor je dan. Ook de naasten moeten dus goed uitgelegd krijgen dat het er bij palliatieve sedatie om gaat dat je de patiënt in een toestand van verminderd bewustzijn brengt zodat die geen pijn meer ervaart.”

Niet zo slecht

Wat is dan passende zorg in de laatste levensfase? “Dat is voor iedere mens iets anders en je moet het als huisarts vooral niet



voor de patiënt gaan invullen”, zegt Bolt. “Maar je moet er wel het gesprek over aangaan, al weet ik hoe moeilijk dat is. Het streven hierbij is te spreken over de voorkeuren en angsten van de patiënt. Angst kan veelzijdig zijn: voor verlies van autonomie, voor lijden en voor de dood zelf. De ene mens kan daar beter over praten dan de andere. En het gesprek erover wordt moeilijker naarmate het over angst voor meer ongreepbare dingen gaat, zoals je identiteit. Maar als je het niet boven tafel probeert te krijgen, begrijp je niet waarom mensen bepaalde keuzes maken, zoals voor euthanasie of doorbehandelen. Dan kun je de patiënt niet goed begeleiden in het maken van een beslissing die past bij iemands doelen.”

Welke aanbeveling is hieruit te destilleren voor de huisarts in de dagelijkse praktijkvoering? “Ga het gesprek aan op een open manier”, zegt Bolt. “En probeer niet te snel tot antwoorden te komen. Doel van het gesprek is niet te achterhalen of iemand gereanimeerd wil worden, maar te begrijpen wat voor deze patiënt belangrijk is aan het levenseinde. Als je zo af en toe probeert het gesprek aan te gaan, merk je vanzelf wanneer het moment juist is.” Creëert dit de juiste basis om een mooie dood mogelijk te maken? “Over het algemeen willen mensen niet dood”, zegt ze, “dus het woord ‘mooi’ past hier misschien niet. Ik weet ook niet zeker of het levenseinde mooi moet zijn. In het hele leven zit lijden dus het is een interessante vraag waarom dit in het levenseinde per se geen rol mag spelen. Een van mijn promotoren zei liever te spreken van ‘een niet zo slechte dood’. Daar kon ik mij wel in vinden.” ■

Nieuwe zoekfilters voor het vinden van relevante publicaties

David Pols, Wichor Bramer, Patrick Bindels, Floris van de Laar, Arthur Bohnen

Huisartsen hebben geregeld vragen waarop ze in online databases een antwoord proberen te vinden. Hoe vind je dan de meest relevante literatuur? Zoekfilters kunnen uitkomst bieden. Om het vinden van relevante publicaties in Pubmed, Ovid (Medline/Embase), Embase.com en Cochrane te vergemakkelijken hebben wij twee zoekfilters ontworpen en gevalideerd. We hebben zowel een sensitief filter (complete opbrengst, maar meer kans op ‘ruis’), als een specifiek filter (minder complete opbrengst, maar minder kans op ‘ruis’) gemaakt.

CASUS

Het hooikoortsseizoen is in volle gang en u bent naar aanleiding van een casus van een zevenjarig kind met neusverstopping door hooikoorts [P] geïnteresseerd in de vraag of orale antihistaminica [I] beter werken dan een corticosteroïd neusspray [C] op het verminderen van de rinitisklachten [O].

U besluit *quick and dirty* te zoeken in Pubmed. U maakt daarbij slim gebruik van MeSH-termen [zie de **online bijlage**] voor een uitgebreidere toelichting]. U zoekt per element van uw zoekvraag in de MeSH-database naar de meest geschikte MeSH-term en combineert die termen tot de volgende zoekstrategie:

```
[[('Child'[Mesh]] OR ['Infant'[Mesh]] OR child* OR infant*) AND (('Rhin- itis, Allergic'[Mesh]] OR 'Pollen Allerg*' OR Pollinos* OR 'Hay Fever*' OR HayFever*) AND ['Anti-Allergic Agents'[Mesh] OR 'Histamine Antago- nist*' OR Antihistamine* OR 'Anti-histamine*') AND ['Adrenal Cortex Hormones'[Mesh] OR Corticoid*]]. Deze zoekstrategie levert 121 hits op, te veel om door te nemen op een drukke praktijkdag.
```

Hoewel (huis)artsen geregeld online medische databases (bijvoorbeeld Pubmed, Embase, Cochrane) raadplegen om antwoord te vinden op vragen uit de dagelijkse praktijk, is het vaak erg lastig om de meest relevante literatuur te vinden.¹⁻⁴ Veel huisartsen ervaren daarbij barrières, zoals een gebrek aan tijd of vaardigheden. Daarnaast hebben veel huisartsen een duidelijke voorkeur om, als alternatief voor het zoeken in online databases, een collega (bijvoorbeeld een medisch specialist) of een naslagwerk (bijvoorbeeld de NHG-Standaarden) te raadplegen.^{5,6} Om de beschreven barrières het hoofd te bieden, kunnen zoekfilters een uitkomst zijn voor de klinische praktijk. Ook wetenschappelijk onderzoek kan daar bij gebaat zijn. Zoekfilters zijn combinaties van zoektermen die u kunt gebruiken om de resultaten van zoekopdrachten voor specifieke onderwerpen in te perken. We onderscheiden twee soorten zoekfilters:



Zoekfilters leveren een enorme efficiëntie op bij een literatuuronderzoek. Foto: iStock

een specifiek en een sensitief zoekfilter. Een specifiek zoekfilter zal vooral helpen om in korte tijd relevante publicaties te vinden. Dat is handig als u snel een antwoord wilt op uw vraag, maar er bestaat dan wel een kleine kans dat u relevante literatuur mist. Een onderzoeker die een systematische review schrijft wil natuurlijk geen relevante publicaties missen. Dan kan een sensitief zoekfilter uitkomst bieden. Een sensitief filter mist nauwelijks relevante artikelen, maar zal wel meer artikelen vinden die niet of minder relevant zijn. Het doel van de zoekopdracht bepaalt welk filter u moet kiezen. Het ontwikkelen van een zoekfilter is niet eenvoudig.⁷ Er bestaan al vier zoekfilters die bedoeld zijn om huisartsgeneeskundig relevante artikelen boven water te krijgen.⁸⁻¹¹ Al deze filters hebben een goede specificiteit, maar missen een adequate sensitiviteit. Hierdoor is de kans op het missen van relevante artikelen groot. In dit artikel zullen we twee recentelijk ontwikkelde huisartsgeneeskundige zoekfilters bespreken en uitleggen hoe u deze het beste kunt toepassen.

TWEE HUISARTSGENEESKUNDIGE ZOEKFILTERS

De methode om een zoekfilter te ontwikkelen en te valideren beschrijven we in het originele artikel.¹² Om een dergelijk filter te ontwikkelen, moesten we eerst een precieze definitie for-

DE KERN

- Het vinden van huisartsgeneeskundig relevante artikelen voor een literatuuronderzoek kan lastig zijn. Zoekfilters voor het vinden van 'huisartsgeneeskundige publicaties' kunnen een aanzienlijke bijdrage leveren aan de efficiëntie van een zoekopdracht.
- Gebruik het specifieke zoekfilter wanneer de tijd beperkt is en het acceptabel is dat een relevante referentie gemist wordt.
- Gebruik het sensitieve zoekfilter als zorgvuldigheid vooropstaat en u de kans op het missen van een relevante publicatie zo klein mogelijk moet houden.

muleren van 'huisartsgeneeskunde'. Daarbij hebben we bewust niet gekozen voor de term 'eerstelijngeneeskunde', aangezien dit een paraplu-term is waar naast de huisartsgeneeskunde ook disciplines als fysiotherapie, verloskunde en dergelijke onder vallen. Gebruikmakend van deze definitie konden we vervolgens wetenschappelijke publicaties handmatig classificeren als huisartsgeneeskundig relevant of niet. Dat stelde

levantie. De tweede validatiestandaard hebben we verkregen door deelnemers van het Cochrane Primary Healthcare Field te vragen om huisartsgeneeskundig relevante artikelen te mailen. Niet-huisartsgeneeskundig relevante artikelen verkregen we door willekeurig artikelen te halen uit Pubmed en handmatig na te gaan of ze werkelijk niet huisartsgeneeskundig relevant waren. Beide standaarden bevatten hierdoor huisartsgeneeskundig relevante en niet-relevante artikelen.

HOE GOED ZIJN DEZE NIEUWE HUISARTSGENEESKUNDIGE ZOEKFILTERS?

De twee ontwikkelde filters kunt u terugvinden in [tabel 1]. Het sensitieve filter heeft een sensitiviteit van 96,8%, met een adequate specificiteit van 74,9%. Het specifieke filter heeft een specificiteit van 97,4%, met een adequate sensitiviteit van 90,3%. De prestaties van deze filters liggen daarmee duidelijk hoger dan die van de eerder ontwikkelde filters [tabel 2].⁸⁻¹¹ Als we alleen met relevante Mesh-termen zouden zoeken, zou de specificiteit stijgen naar 99,7%, maar de sensitiviteit is dan slechts 67,1%. Dan missen we dus veel relevante artikelen. Deze slechte sensitiviteit zien we ook als we huisartsgeneeskundig relevante Cochrane-reviews bekijken.¹³⁻¹⁷ Als we van deze reviews het huisartsgeneeskundige deel van de toepaste zoekstrategie nemen, zien we dat de gemiddelde specificiteit tussen de 87,6 en 99,7% en de sensitiviteit tussen de 67,1 en 84,3% ligt. Ook dan missen we dus vaak huisartsgeneeskundig relevante artikelen.

BESCHOUWING

We hebben twee goede zoekfilters ontwikkeld en gevalideerd

VERVOLG CASUS

U voegt nu het specifieke zoekfilter toe: AND [{"Primary Health Care"[mh] OR 'primary care'[all fields] OR 'Physicians, Family'[mh] OR General pract*[all fields] OR 'family'[ad] OR Family pract*[all fields] OR Family physician*[tw]], waardoor het aantal hits beperkt wordt tot slechts tien. Het onderzoek van Wartna et al. uit 2017 geeft uiteindelijk het beste antwoord op uw vraag. Het blijkt dat de verschillen tussen de twee behandelingen niet significant zijn en dat ook het intermitterend gebruik van corticosteroid neusspray gelijkwaardig is qua effect. U besluit de keuze tussen tabletten en neusspray vooral af te laten hangen van de voorkeur van ouders en kind.

Het doel van de zoekopdracht bepaalt welk filter u moet kiezen

ons in staat om een referentiestandaard samen te stellen. Op basis van deze referentiestandaard hebben we vervolgens met specialistische software mogelijk onderscheidende 'woorden' en 'zinnen' verkregen. Deze vormden vervolgens de basis voor de ontwikkeling van een zo optimaal mogelijk sensitief en specifiek filter.

De nieuwe filters hebben we gevalideerd op twee externe validatiestandaarden om te toetsen hoe goed ze werkelijk zijn. We ontwikkelden de eerste validatiestandaard tijdens de selectiefase van een systematische review. Alle artikelen hebben we handmatig gescoord op huisartsgeneeskundige re-

Tabel 1

Sensitief filter en specifiek filter inclusief vertalingen voor verschillende databases

	Pubmed	Ovid (Medline/Embase)	Embase.com	Cochrane
Sensitief filter	{family[all fields] OR physician*[all fields] OR practice*[tw] OR 'primary care'[all fields] OR 'Primary Health Care'[mh] OR primary[tw] OR general pract*[tiab] OR gp[tiab] OR gps[tiab]}	{family.af. OR physician\$.af. OR practice\$.mp. OR primary care.af. OR exp Primary Health Care/ OR primary.mp. OR general pract\$.af. OR gp.tw. OR gps.tw.}	{family OR physician* OR practice*:-de,it,lnk,ab,ti OR 'primary care' OR Primary Health Care/exp OR primary:-de,it,lnk,ab,ti OR [general NEXT/1 pract*]ti,ab,kw,pt OR general pract*:-ab,ti OR gp:ab,ti OR gps:ab,ti}	{family OR physician* OR practice*:-ti,ab,kw,pt OR "primary care" OR [mh 'Primary Health Care'] OR 'primary':-gp:ab,ti OR 'gps:ab,ti}
Specifiek filter	{'Primary Health Care'[mh] OR 'primary care'[all fields] OR 'Physicians, Family'[mh] OR general pract*[all fields] OR 'family'[ad] OR family pract*[all fields] OR family physician*[tw]}	{exp Primary Health Care/ OR primary care.af. OR exp Physicians, Family/ OR general pract\$.af. OR family.in. OR family pract\$.af. OR family physician\$.mp.}	{['Primary Health Care'/exp OR 'primary care' OR [general NEXT/1 pract*] OR [family NEXT/1 pract*] OR [family NEXT/1 physician*]:de,it,lnk,ab,ti}	{[mh 'Primary Health Care'] OR 'primary care' OR [mh "Physicians, Family"] OR general pract* OR family pract* OR family physician*:-ti,ab,kw,pt }

Tabel 2

Prestatie van de zoekfilters vergeleken met eerder ontwikkelde zoekfilters

	Nieuw sensitief filter	Nieuw specifiek filter	PHCRIS ⁸	Jeleric ¹¹	Glanville ¹⁰	Gill ⁹ (hoge sensitiviteit)	Gill ⁹ (balans)	Gill ⁹ (hoge specificiteit)
Sensitiviteit	96,8%	90,3%	80,8%	81,9%	92,3%	91,9%	83,7%	70,9%
Specificiteit	74,9%	97,4%	98,3%	94,3%	83,6%	65,0%	98,7%	99,4%

om relevante artikelen voor de huisartsgeneeskunde te vinden. Het specifieke filter hebben we ontwikkeld om u te helpen bij het vinden van antwoorden als de tijd beperkt is. Het sensitieve filter is geschikt om te gebruiken als meer zorgvuldigheid nodig is of bij het uitvoeren van een systematische review. Bij het bestuderen van huisartsgeneeskundig relevante Cochrane-reviews die in het verleden zijn uitgevoerd is het aannemelijk dat met de reeds bestaande zoekstrategieën relevante artikelen zijn gemist. Met de toepassing van dit nieuwe sensitieve filter neemt dat risico af.

Bij het gebruik van de nieuwe zoekfilters moeten we wel twee kanttekeningen plaatsen. Deze filters zijn ontwikkeld in Pubmed en vervolgens vertaald voor de syntaxen van andere databases (Ovid, Embase en Cochrane). Deze directe vertaling kan leiden tot enig verlies van sensitiviteit en specificiteit. Het beste zou zijn geweest wanneer we de filters voor iedere database apart hadden ontwikkeld. Helaas was dit vanwege technische redenen niet mogelijk. Een ander aandachtspunt is dat in veel gevallen de onderzoekssetting, c.q. relevantie voor de huisartsgeneeskunde, niet goed vermeld staat in titel of abstract en soms alleen te achterhalen is door de hele tekst te lezen. Hierdoor kunnen we relevante artikelen gemist hebben en daarmee de testkenmerken van een filter beïnvloed hebben. Hoewel zoekfilters een enorme bijdrage kunnen leveren aan een slimmere zoekstrategie, blijft de basis een goed geformuleerde zoekopdracht of PICO. Als u onderzoek wilt doen naar hooikoorts (zie de casus), dan zal een zoekfilter u niet helpen als u niet de juiste termen voor hooikoorts gebruikt. We hebben daarom een paar algemene adviezen:

- Kijk kritisch naar uw onderzoeksvraag en noteer de belangrijkste begrippen hieruit. Gebruik deze als zoektermen.
- Gebruik voor ieder begrip meerdere zoektermen. Denk daarbij aan synoniemen, maar ook aan Engelse of Amerikaanse spelling. Tip: met behulp van het truncatiesymbool * (de asterisk) kunt u in één keer zoeken op verschillende woordvarianten en enkelvoud/meervoud/vervoegingen.
- Gebruik Mesh-termen, maar combineer in ieder zoekblok Mesh-termen met andere woorden. Het kan overigens enkele maanden duren voordat een artikel zijn Mesh-termen heeft toegewezen gekregen, waardoor u het risico loopt recente literatuur te missen.
- Combineer verschillende termen/begrippen met 'OR' of 'AND'. Plaats ronde haakjes om alle zoektermen die synoniem van elkaar zijn. Wees zeer terughoudend met het

gebruik van 'NOT'. Dit kan leiden tot het ongewenst uitsluiten van relevante artikelen.

- Bedenk goed wat het doel is van het literatuuronderzoek en kies dan het meest geschikte filter: sensitief of specifiek.
- Beperk uw literatuuronderzoek liever niet tot alleen Engeltaalige artikelen, als u volledigheid nastreeft.
- Gebruik zo mogelijk verschillende databases en beperk u niet tot alleen Pubmed.

CONCLUSIE

Het uitvoeren van een goed literatuuronderzoek kan zeer uitdagend zijn. Zoekfilters kunnen bijdragen aan een slimmere zoekstrategie en de drempel verlagen om dit zelf te doen. Komt u er toch niet goed uit, overweeg dan een specialist te raadplegen, zoals de 'biomedisch informatiespecialist' van de universiteitsbibliotheken. Hoe dan ook zult u merken: oefening baart kunst. ■

LITERATUUR

1. Chiu YW, Weng YH, Lo HL, Ting HW, Hsu CC, Shih YH, et al. Physicians' characteristics in the usage of online database: a representative nationwide survey of regional hospitals in Taiwan. *Inform Health Soc Care* 2009;34:127-35.
2. Shariff SZ, Bejaimal SAD, Sontrop JM, Iansavichus AV, Weir MA, Haynes RB, et al. Searching for medical information online: a survey of Canadian nephrologists. *J Nephrol* 2011;24:723-32.
3. Weng YH, Kuo KN, Yang CY, Lo HL, Shih YH, Chiu YW. Information-searching behaviors of main and allied health professionals: a nationwide survey in Taiwan. *J Eval Clin Pract* 2013;19:902-8.

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

Pols DHJ, Bramer WM, Bindels PJE, Van de Laar FA, Bohnen AM. Nieuwe zoekfilters voor het vinden van relevante publicaties. *Huisarts Wet* 2018;61(10):46-8.
Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: dr. D.H.J. Pols, huisarts en wetenschappelijk docent, d.pols@erasmusmc.nl; prof. dr. P.J.E. Bindels, huisarts en afdelingshoofd; dr. A.M. Bohnen, huisarts en universitair docent. Erasmus MC, Afdeling Medische Bibliotheek, Rotterdam: W.M. Bramer, biomedisch informatiespecialist. Radboudumc, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: dr. F.A. van de Laar, huisarts en docent-onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Pols DHJ, Bramer WM, Bindels PJE, Van de Laar FA, Bohnen AM. Development and validation of search filters to identify articles on family medicine in online medical databases. *Ann Fam Med* 2015;13:364-6.

Acute suikerbuik

Pim Keurlings, Jacqueline van der Louw, Richard Schol

Bij acute buikpijn is het belangrijk de differentiaaldiagnose breed te houden, vooral als de patiënt een kind is. De buikpijn kan ook een extra-abdominale oorzaak hebben, zoals diabetische ketoacidose. De klassieke symptomen van diabetische ketoacidose zijn polyurie, polydipsie en versnelde ademhaling, maar soms staan abdominale verschijnselen op de voorgrond zoals braken, buikpijn en pijn bij palpatie. Een vingerprik voor glucose of een urinedipstick voor ketonen en glucose bieden in de spreekkamer snel informatie.

BESCHOUWING

Iedere huisarts ziet weleens een patiënt met diabetische ketoacidose (DKA). Meestal is het een acute ontregeling van een bekende diabetes mellitus type 1, maar bij 30% is het de eerste presentatie van die aandoening.¹⁻³ De klassieke symptomen van een DKA zijn polyurie, polydipsie, dehydratie, gewichtsverlies en snelle ademhaling ('kussmaulademhaling'), maar de casus laat treffend zien dat ook buikklachten op de voorgrond kunnen staan. Beardwood beschreef deze al in 1935: buikpijn, misselijkheid, braken en pijnlijke palpatie bij onderzoek.⁴ Minstens één op de vijf patiënten met een DKA ervaart in enige mate buikpijn, kinderen meer nog dan volwassenen.⁵ De buikpijn is meestal gegeneraliseerd of wordt in



Bij acute buikpijn moet de huisarts ook extra-abdominale oorzaken in overweging nemen.

Foto: iStock

epigastrio gevoeld. In de literatuur is er een duidelijk verband tussen de buikpijn en de ernst van de DKA,⁶ maar er is geen consensus over de pathofysiologie. Mogelijke verklaringen zijn spasmen van het maagdarmkanaal, maagdilatie, ileus of leververgroting.⁴

De casus illustreert dat de differentiaaldiagnose bij acute buikpijn zeer breed is, vooral bij kinderen. De huisarts moet ook extra-abdominale oorzaken in overweging nemen, zoals otitis of pneumonie, henocho-schönleinvasculitis, hemolytisch uremisch syndroom en DKA.⁷ De incidentie van DKA bij patiënten met acute buikpijn is echter laag (< 1%).⁸ Het is dus de kunst om de juiste signalen te herkennen. In de casus zouden dat bijvoorbeeld de milde neurologische verschijnselen

in bewustzijn en gedrag hebben kunnen zijn, net als de snelle vermagering. Ook een belangrijke aanwijzing was dat braken en buikpijn niet gepaard gingen met diarree of koorts. In de spreekkamer bieden vervolgens een vingerprik voor glucose of een urinedipstick voor ketonen en glucose snel meer informatie. Belangrijk is wel zich te realiseren dat een 'acute buik' niet alleen een gevolg, maar ook een oorzaak van DKA kan zijn. Bij 7% van de patiënten met DKA blijkt de oorzaak van de ontregeling gelegen te zijn in een gastro-intestinaal ziektebeeld zoals pancreatitis.⁵ Buikpijn die louter het gevolg is van DKA zal in het algemeen enkele uren nadat de dehydratie en hyperglykemie behandeld zijn afnemen. Als de verschijnselen voortduren, moet daarom naar een andere oorzaak worden gezocht.⁵ ■

LITERATUUR

1. Wolfsdorf J, Glaser N, Sperling MA. Diabetic ketoacidosis in infants, children, and adolescents: A consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2006;29:1150-9.
2. Klingensmith GJ, Tamborlane WV, Wood J, Haller MJ, Silverstein J, Cengiz E, et al. Diabetic ketoacidosis at diabetes onset: still an all too common threat in youth. *J Pediatr* 2013;162:330-4.
3. Dabelea D, Rewers A, Stafford JM, Standiford DA, Lawrence JM, Saydah S, et al. Trends in the prevalence of ketoacidosis at diabetes diagnosis: the SEARCH for diabetes in youth study. *Pediatrics* 2014;133:e938.

4. Beardwood JT jr. The abdominal symptomatology of diabetic acidosis. *JAMA* 1935;105:1168-72.
5. Van de Laak MF, Ter Braak EW, Erkelens DW. Wanneer diabetische ketoacidose zich manifesteert als acute buik. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:153-6.
6. Campbell IW, Duncan LJ, Innes JA, MacCuish AC, Munro JF, et al. Abdominal pain in diabetic metabolic decompensation: clinical significance. *JAMA* 1975;233:166-8.
7. Gieteling MJ, Van Dijk PA, De Jonge AH, Albeda FW, Berger MY, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. *Huisarts Wet* 2012;55:404-9.
8. De Vries H, Van Alphen MK, De Beer SA, De Jong D. Acute buikpijn. *Huisarts Wet* 2003;46:569-73.

Keurlings PA, Van der Louw J, Schol R. Acute suikerbuik. *Huisarts Wet* 2018;61(10):50-1.
Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, waarnemend huisarts en huisarts-docent, pim.keurlings@radboudumc.nl. Maasdam: J. van der Louw, waarnemend huisarts. Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht: R. Schol, kinderarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Een 4-jarig kind heeft aan meerdere nagels een proximale loslating van de nagelplaat over een wat breder stuk. De nagelriemen zijn rustig. De klachten bestaan al meerdere weken; het kind heeft geen pijn of andere klachten.

Wat is uw diagnose?

1. Lichen planus van de nagel
2. Psoriasis unguium
3. Onychomadesse
4. Onychomycose

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

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'.



Foto: Bèr Pleumeekers, huisarts

Blauwrode verkleuring van het onderbeen: Lymeborreliose?

Alexander Lokin, Annemieke Stokvis, Mieke Hulshof

Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) is een chronische huidziekte die wordt veroorzaakt door de *Borrelia burgdorferi*-spirocheet. Het is een minder bekende manifestatie van late Lymeziekte, die huisartsen, medisch specialisten en zelfs dermatologen vaak niet of pas laat herkennen. Het klinisch beeld van ACA wordt gekenmerkt door het ontstaan van een blauwrode (livide) verkleuring met onscherp begrensd oedeem van de huid op de strekzijde van een extremitet, meestal het onderbeen of de voet. Ook kunnen er extracutane manifestaties ontstaan, zoals perifere neuropathie. Deze symptomen zijn grotendeels onomkeerbaar, en daarom is het van belang om ACA tijdig te herkennen en te behandelen.

MINDER BEKENDE UITINGSVORMEN VAN LYMEZIEKTE

Er is de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor het herkennen, en het al dan niet door de huisarts diagnosticeren en behandelen van de vroege en late manifestaties van Lymeziekte. De meeste huisartsen zullen het beeld van een typische erythema migrans op hun netvlies hebben staan en ook verschijnselen als Lyme-artritis en neuroborreliose worden steeds bekender [tabel 1]. Lymeziekte heeft echter ook minder bekende uitingsvormen, die zowel huisartsen als medisch specialisten vaak slecht herkennen. Een belangrijk voorbeeld hiervan is acrodermatitis chronica atrophicans (ACA). ACA kan zes maanden tot tien jaar na een beet van een besmette teek ontstaan. Het komt voor bij 1 tot 3% van de Lyme-patiënten in Europa.¹ De incidentie is het hoogst bij vrouwen van middelbare leeftijd en heel laag bij kinderen. Circa 10 tot 20% van de ACA-laesies wordt voorafgegaan door erythema migrans op dezelfde locatie.^{2,3}

DE KERN

- Acrodermatitis chronica atrophicans [ACA] is een vaak gemiste uiting van late Lymeziekte.
- Verwijs bij een vermoeden van ACA naar de dermatoloog voor diagnostiek en behandeling.
- Vroege behandeling is belangrijk om onomkeerbare extracutane manifestaties te voorkomen.

CASUS

Een 71-jarige patiënte bezoekt het spreekuur vanwege een spontaan opgezette, paars verkleurde linkervoet. Hierbij heeft zij wisselend last van stekende pijn en is de voet 's ochtends gevoelig. Naast enkele oppervlakkige varices ziet de huisarts aan beide voetranden een paars-rode verkleuring en oedeem van de linkerenkel. Hij stuurt de patiënte naar de vaatchirurg, met verdenking op veneuze insufficiëntie. Via de fysiotherapeut, orthopeed, internist en reumatoloog komt de patiënte uiteindelijk terecht bij de dermatoloog. Deze vermoedt dat ze een uiting van late Lymeziekte heeft: acrodermatitis chronica atrophicans. Ze verricht *Borrelia*-serologie en neemt een huidbiopt, die de diagnose bevestigden. De patiënte krijgt een behandeling met 30 dagen doxycycline en enkele maanden later zijn de klachten duidelijk afgenomen.

Het klinische beeld wordt gekenmerkt door het ontstaan van een blauwrode verkleuring met onscherp begrensd oedeem van de huid op de strekzijde van een extremitet, meestal het onderbeen of de voet [figuur]. In dit vroege inflammatoire stadium kunnen de veelal subtiele roodheid en het oedeem komen en gaan. Typisch is de klacht dat een schoen niet meer goed past. De huidafwijkingen kunnen zich in de loop der tijd uitbreiden naar andere extremiteiten. Weken tot maanden na de eerste manifestatie van ACA wordt duidelijk waaraan deze diagnose haar naam ontleent: er ontwikkelt zich een atrofisch stadium. In dit stadium wordt de huid dunner en verliest deze haar elasticiteit. De huid krijgt een rimpelig 'sigarettenpapierachtig' aspect, met een afname van het aantal haarfollikels, talg- en zweetklieren. Ten slotte ontstaan er teleangiëctasieën en worden onderliggende structuren, vooral bloedvaten, duidelijk zichtbaar.

Behalve oedeem en huidafwijkingen kunnen er ook bij ongeveer 15% van de ACA-patiënten fibreuze noduli voorkomen, zowel solitair als multipel. Deze koepelvormige, vast aanvoelende noduli variëren van huidkleurig tot blauwrood. Ze worden veroorzaakt door een lokale toename van dermaal collageen en ontstaan dichtbij gewrichten, vooral aan de strekzijde van ellebogen en knieën.^{4,5} Ook kunnen bij 5 tot 10% van de ACA-patiënten in of naast de ACA-huidafwijkingen verdikte, glanzend witte, scherp begrensde plaques of strengen van wisselende grootte ontstaan. Deze zogenaamde sclerodermiforme veranderingen kunnen leiden tot bewegingsbeperkingen.⁶

Tabel 1

Beknopte indeling Lymeziekte

Vroege gelokaliseerde Lymeziekte

Erythema migrans

Borrelia-lymfocytom

Vroege gedissemineerde Lymeziekte

Vroege neuroborreliose

Lyme-artritis

Late Lymeziekte

Acrodermatitis chronica atrophicans

Chronische neuroborreliose

Chronische artritis

EXTRACUTANE MANIFESTATIES

Een belangrijk probleem bij ACA is het ontstaan van extracutane manifestaties [tabel 2]. De meest voorkomende extracutane manifestatie is perifere neuropathie, die bij 40 tot 60% van de patiënten voorkomt.^{2,7-9} Deze kan ontstaan op en rondom de ACA-laesies, maar ook op andere extremiteiten zonder cutane symptomen van ACA.⁷ Verder komen onder andere achillestendinitis en periostale botverdikking voor.³ Deze extracutane manifestaties zijn grotendeels onomkeerbaar, dus tijdig herkennen en behandelen is essentieel.

ACA IN DE DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Vanwege de uitgebreide differentiële diagnose bij een patiënt met een blauwrode verkleuring van het onderbeen is het zeldzame ACA een lastig te herkennen ziektebeeld [tabel 3]. De diagnose wordt verder bemoeilijkt doordat niet alle symptomen aanwezig hoeven te zijn en kunnen wisselen met de tijd. Verder kunnen slechts weinig patiënten zich een tekenbeet herinneren. In een retrospectief Duits onderzoek onder 221 ACA-patiënten bleek bij 82% van de 221 patiënten aanvankelijk een verkeerde diagnose gesteld te zijn of had de behandelaar de huidafwijking helemaal over het hoofd gezien. De *doctor's delay* bij deze patiënten was negen maanden (mediaan).¹⁰

Toch is het belangrijk om ACA op te nemen in de differentiële diagnose en bij een vermoeden hierop te verwijzen naar de dermatoloog. Deze zal bij een hoge klinische verdenking serologie laten bepalen. Bij 100% van de ACA-patiënten zijn de *Borrelia*-IgG-antistoffen verhoogd en daarom sluit een negatieve serologie ACA uit.¹¹ Huisartsen moeten niet zelf antistoffen laten prikken, aangezien circa 6% van de gezonde Nederlandse populatie positieve *Borrelia*-IgG-antistoffen heeft, zonder dat er sprake is van actieve Lymeziekte.¹² Ook het huidbiopt is weinig specifiek en het histopathologisch beeld kan zelfs voor een ervaren patholoog lastig te herkennen zijn. Bij aanhoudende twijfel over de diagnose kan de dermatoloog een PCR op het histopathologisch weefsel

Figuur

Een blauwrode verkleuring met onscherp begrensd oedeem van de huid.



aanvragen.



BEHANDELING

De behandeling van ACA bestaat uit doxycycline 2 dd 100 mg gedurende 30 dagen of, bij contra-indicaties voor doxycycline, amoxicilline 3 dd 500 mg gedurende 30 dagen.¹¹ De behandeling kan de meeste huidafwijkingen verbeteren, al zijn hier geen exacte getallen over bekend. Wel geldt dat vroege behandeling van de inflammatoire fase van ACA meer kans geeft op een volledig herstel. Latere veranderingen, zoals atrofie van de huid en perifere neuropathie, zijn helaas vaak onomkeerbaar.

Tabel 2

Symptomen
Cutane symptomen
Blauwrode verkleuring van de huid*
Oedeem*
Atrofie van de huid
Plaques of noduli nabij gewrichten
Verdikte en wittige [sclerodermiforme] plaques of strengen rondom aangedane huid
Extracutane symptomen
Perifere neuropathie
Hyperalgesie [overdreven pijnreactie op milde pijnprickers]
[Sub]luxaties van kleine gewrichten
Artritis
Achilles tendinitis
Bursitis
Periostale botverdikking
Aspecifieke klachten, zoals vermoeidheid, hoofdpijn en gewichtsverlies

* In de vroege fase vaak wisselend aanwezig

CONCLUSIE

Veel artsen kennen het klinische beeld van ACA niet of nauwelijks. Daarbij is het lastig te herkennen doordat de symptomen variëren en overlappen met andere veelvoorkomende aandoeningen, zoals chronische veneuze insufficiëntie. Doordat huisartsen en medisch specialisten ACA vaak missen, zijn er helaas nog veel onbehandelde patiënten bij wie uiteindelijk onomkeerbare klachten kunnen ontstaan. Denk dus bij een blauwrood verkleurde huid van een of meer extremiteit(en) ook aan ACA en verwijs patiënten bij verdenking door naar de dermatoloog voor diagnostiek en behandeling. ■

LITERATUUR

- Hulshof MM, Van der Zee HH, Schijf DCA, Van Praag MCG. Acrodermatitis chronica atrophicans: vaak niet of laat herkend? Ned Tijdschr Dermat Venereol 2016;6:362-7.
- Müllegger RR. Dermatological manifestations of Lyme borreliosis. Eur J Dermatol 2004;14:296-309.
- Asbrink E. Erythema chronicum migrans Afzelius and acrodermatitis chronica atrophicans. Early and late manifestations of Ixodes ricinus-borne Borrelia spirochetes. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1985;118:1-63.
- Müllegger RR, Glatz M. Skin manifestations of Lyme borreliosis: diagnosis and management. Am J Clin Dermatol 2008;9:355-68.
- Brehmer-Andersson E, Hovmark A, Asbrink E. Acrodermatitis chronica atrophicans: histopathologic findings and clinical correlations in 111 cases. Acta Derm Venereol 1998;78:207-13.
- Krol CG, Van der Geer S, Thio HB, Janssen MJFM, Jonkers GJPM. Acrodermatitis chronica atrophicans: late manifestatie van Lymeborreliose. Ned Tijdschr Geneesk 2010;154:A2012

Tabel 3

Differentiële diagnose bij acrodermatitis chronica atrophicans
Chronische veneuze insufficiëntie
Tromboflebitis
Diep veneuze trombose
Perifeer arterieel vaatlijden
Acrocyanose
Perniones
Livedo reticularis
Lymfoedeem
Erysipelas
Morfea
Bursitis
Jicht
Reumatoïde artritis
Erythema nodosum
Maligne lymfoom

- Kindstrand E, Nilsson BY, Hovmark A, Pirskanen R, Asbrink E. Peripheral neuropathy in acrodermatitis chronica atrophicans – a late Borrelia manifestation. Acta Neurol Scand 1997;95:338-45.
- Hopf HC. Peripheral neuropathy in acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer). J Neurol Neurosurg Psychiatry 1975;38:452-8.
- Tazelaar DJ, Velders AJ, De Koning J, Hoogkamp-Korstanje JAA. Acrodermatitis chronica atrophicans; een bedrieglijke vorm van Lyme-borreliosis. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:1358-63.
- Binder B, Kerl H, Müllegger RR. Differenzialdiagnose der Acrodermatitis chronica atrophicans Patienten unter mit besonderer Berücksichtigung der chronisch venösen Insuffizienz. Phlebologie 2004;33:191-8.
- Richtlijn Lymeziekte, Utrecht: CBO, 2013.
- Botman E, Ang CW, Joosten JHK, Slottje P, Van der Wouden JC, Maarsingh OR. Diagnostic behaviour of general practitioners when suspecting Lyme disease: a database study from 2010-2015. BMC Fam Pract 2018;19:43.

Lokin ASHJ, Stokvis A, Hulshof MM. Blauwrode verkleuring van het onderbeen: Lymeborreliose? Huisarts Wet 2018;61(10):52-4. VUmc, Afdeling Dermatologie, Amsterdam: A.S.H.J. Lokin, arts-assistent dermatologie, alexanderlokin89@gmail.com; dr. A. Stokvis, huisarts. Reinier de Graaf Gasthuis, Afdeling Dermatologie, Delft: M.M. Hulshof, dermatoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Glasgow Coma Scale

- De auteurs beschrijven dat de Glasgow Coma Scale (GCS) in 1974 is ontwikkeld. Voor welk doel werd de GCS ontwikkeld en gevalideerd?
 - Het beoordelen van het bewustzijn van de acute patiënt.
 - Inschatten van de ernst van het hersenletsel.
 - Inschatten van de prognose van hersenletsel door herhaaldelijk bepalen van de score.
- De GCS heeft al jaren een vaste plek binnen de acute geneeskunde. Wat wordt door de auteurs genoemd als nadeel van de GCS voor gebruik binnen de eerste lijn?
 - De schaal is complex en wordt niet altijd correct toegepast.
 - Het toepassen van de GCS kost (te) veel kostbare tijd tijdens de primary survey.
- Welke fout wordt volgens Laven door onervaren hulpverleners het vaakst gemaakt in het scoren van de GCS?
 - Ze scoren te hoog.
 - Ze scoren te laag.
- Bij welke score van de GCS is er sprake van coma?
 - 10 of lager
 - 8 of lager
 - 6 of lager
- Voor welke score staat de letter P in de AVPU-score?
 - Pain
 - Pallor
 - Problem
- Bij welke score(s) van AVPU kun je spreken van een (relatief) veilige situatie?
 - Alleen bij A
 - Bij A en V
 - Bij A, V en P
- De huisarts komt tijdens de avonddienst bij de heer Vertonghen, 86 jaar, die uit bed is gevallen. Na beoordeling van ABC wil de huisarts het bewustzijn bepalen middels de EMV-score. De heer Vertonghen voert geen opdracht uit. Bij toedienen van een pijnprikkel op de orbitaand brengt de heer Vertonghen zijn hand naar zijn oog. Welke score voor motorische reactie ('M') mag de huisarts hier noteren?
 - M5
 - M4
 - M3
 - M2
- De huisarts is op visite bij mevrouw Surendonk, 78 jaar, die volgens haar dochter wat verward zou zijn. Bij aankomst zit mevrouw Surendonk in haar stoel en ze groet de huisarts. Zij neemt soms deel aan het gesprek, en lijkt soms wat af te dwalen. Haar antwoorden zijn niet altijd adequaat. Ze suft niet weg. Wat is op dit moment een correcte inschatting van de AVPU-score?
 - A
 - V
 - P
 - U
- Mevrouw Gaastra, 23 jaar, wordt door haar vriendinnen naar de huisartsenpost gebracht. Tijdens het uitgaan is ze onwel geworden. Terwijl ze wachten in de wachtkamer raakt mevrouw Gaastra buiten bewustzijn. De huisarts beoordeelt haar met spoed en vindt geen afwijkingen in ABC. Om een inschatting te maken



Foto: Shutterstock

van het bewustzijn dient de huisarts een pijnprikkel toe, waarop mevrouw Gaastra verbaal agressief reageert. Wat is de juiste inschatting van het bewustzijn op dit moment?

- A
- V
- P
- U

De kennistoets is gemaakt door Anne Klijnsma, werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

GEBUIKTE BRONNEN

Laven R. Een alternatief voor de Glasgow Coma Scale. Huisarts Wet 2018;61(10):34-6. NHG. ABCDE-kaart voor huisartsen. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/abcde-kaart_a6_definitief.pdf.

ANTWOORDEN

1c / 2a / 3b / 4b / 5a / 6b / 7a / 8b / 9c

Herziening NHG-Behandelrichtlijn Fenomeen van Raynaud

Verschil in beleid bij primair versus secundair fenomeen van Raynaud

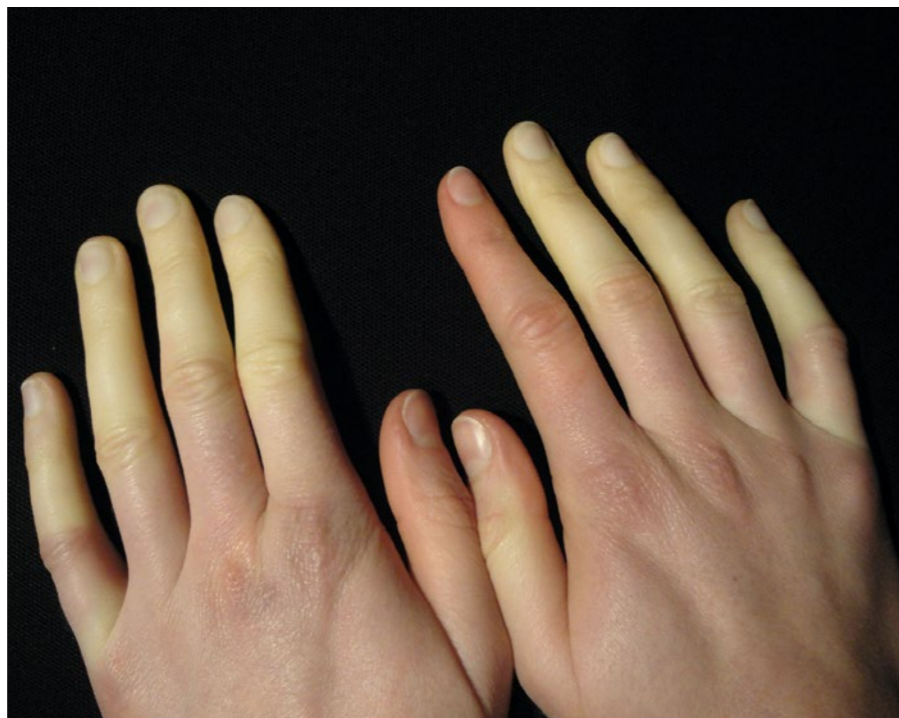
Zamire Damen, Margriet Bouma

Het fenomeen van Raynaud is een aanvalsgewijs optredende verkleuring van de vingers en tenen na blootstelling aan kou of soms stress. Het primaire fenomeen van Raynaud is idiopathisch, en het beleid is gericht op het verminderen van symptomen. Het secundaire fenomeen van Raynaud heeft een specifieke oorzaak, zoals geneesmiddelengebruik of een systemische auto-immuunaandoening. Bij het secundaire fenomeen is een specifiek beleid vereist.

De herziene NHG-Behandelrichtlijn Fenomeen van Raynaud besteedt vanwege het verschil in beleid aandacht aan het onderscheid tussen het primaire en secundaire fenomeen. De richtlijn geeft aanbevelingen voor het beleid bij het primaire fenomeen van Raynaud. Het beleid bij de secundaire vorm wordt alleen besproken indien geneesmiddelengebruik de oorzaak van de klachten is.

VERKLEURING VINGERS EN TENEN

Het fenomeen van Raynaud is een aanvalsgewijs optredende verkleuring van de vingers en tenen, die meestal in drie fasen (wit-paars-rood) verloopt. De verkleuring kan gepaard gaan met een pijnlijk tintelend, prikkend, gloeiend gevoel in de aangedane vingers en tenen. De klachten zijn reversibel en meestal symmetrisch verdeeld. De aanvallen worden uitgelokt door kou, waarbij kou een relatief begrip is. Ook bij betrekke-



Het primaire fenomeen van Raynaud kan hinderlijk zijn, maar kan geen kwaad. Foto: Wikimedia

lijk hoge buitentemperaturen (bijvoorbeeld 15 °C) kunnen namelijk aanvallen optreden. De prevalentie in de bevolking is naar schatting 5%. De incidentie is het hoogst vanaf de puberteit tot het dertigste levensjaar. De aandoening komt iets vaker voor bij vrouwen en bij rokers.

SYMPTOOMBESTRIJDING

Het primaire fenomeen van Raynaud kan hinderlijk zijn, maar kan geen kwaad. Het verminderen van de symptomen staat daarom op de voorgrond. Adviseer het hele lichaam warm te houden, want het dalen van de kerntemperatuur lokt waarschijnlijk net zo goed raynaudklachten uit als het dalen van de temperatuur in vingers en tenen. Adviseer daarnaast, ook bij relatief hoge temperaturen, handschoenen en sokken te dragen. Bovendien kan het helpen

om voldoende te bewegen en te stoppen met roken. Overweeg een proefbehandeling met nifedipine indien de klachten met niet-medicamenteuze maatregelen niet voldoende afnemen. Weeg het te verwachten effect en de te verwachten bijwerkingen af tegen de hinder die de patiënt ervaart. Bij patiënten met twee of meer aanvallen per dag is aangetoond dat met dagelijkse behandeling met nifedipine in vergelijking met placebo gemiddeld twee aanvallen per week minder optreden. Waarschijnlijk is er geen invloed op de ernst van de klachten. Tot 10% van de patiënten ervaart bijwerkingen, zoals hoofdpijn en perifeer oedeem. Het is ook mogelijk om intermitterend nifedipine te gebruiken, in situaties waarin de patiënt een aanval verwacht. Effectiviteit van deze aanpak is niet aangetoond, maar wel te verwach-

ten. Het optreden van bijwerkingen is dan mogelijk minder bezwaarlijk dan bij dagelijks gebruik. Andere vaatverwijders worden niet geadviseerd vanwege het ontbreken van bewijs voor de effectiviteit.

VERSCHILLEN TUSSEN HET PRIMAIRE EN SECUNDAIRE FENOMEEN

Anders dan het primaire fenomeen heeft het secundaire fenomeen van Raynaud een specifieke oorzaak. Het secundaire fenomeen verloopt vaak ernstiger en de klachten zijn vaker atypisch. De verschijnselen zijn bijvoorbeeld vaker asymmetrisch, en er kunnen na een aanval restverschijnselen optreden, zoals een ulcus of necrose. Het beleid richt zich op het behandelen van de oorzaak. Daarom is het belangrijk om na te gaan of er sprake is van een atypisch of ernstig klachtenpatroon, het gebruik van geneesmiddelen (bètablokkers, cytostatica of interferonen) of symptomen die kunnen passen bij systemische auto-immuunaandoeningen, hematologische aandoeningen die gepaard gaan met hyperviscositeit van het bloed, endocriene aandoeningen en werkgerelateerde aandoeningen.

ANTINUCLEAIRE ANTISTOFFEN

Verricht alleen bij een vermoeden van het secundaire fenomeen eventueel gericht (bloed)onderzoek. Bepaling van antinucleaire antistoffen wordt niet aanbevolen, omdat bij vermoeden van een systemische auto-immuunziekte meestal verwijzing is aangewezen, ongeacht de aanwezigheid van antistoffen.



De verkleuring kan gepaard gaan met een pijnlijk tintelend, prikkend, gloeiend gevoel in de aangedane vingers en tenen. Foto: Adobe Stock

VERWIJSINDICATIE BIJ HET SECUNDAIRE FENOMEEN

Verwijs patiënten bij een vermoeden van het secundaire fenomeen naar de meest relevante medisch specialist, afhankelijk van de vermoedelijke oorzaak. Verwijzing is niet nodig als de oorzaak een geneesmiddel is dat veilig gestopt of vervangen kan worden of bij vermoeden van een behandelbare oorzaak waarvoor geen diagnostiek of behandeling in de

tweede lijn nodig is, zoals hypothyreoïdie. ■

De volledige versie van de NHG-Behandelrichtlijn Fenomeen van Raynaud is te raadplegen op www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-behandelrichtlijn-fenomeen-van-raynaud.

Damen Z, Bouma M. Symptoombestrijding centraal bij het primaire fenomeen van Raynaud. Huisarts Wet 2018;61(10):58-9.

Damen Z, Bouma M. NHG-Behandelrichtlijn Fenomeen van Raynaud. www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-behandelrichtlijn-fenomeen-van-raynaud.

Geen pijnvermindering door ondansetron bij PDS

Daan Backes, Maartje van de Meeberg, Yara Backes, Marten Otten

Goede voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen vormen de hoeksteen van de behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Bij onvoldoende effect kan medicamenteuze behandeling worden overwogen. De NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom bespreekt geen serotonine-antagonisten zoals ondansetron.¹ Een proefbehandeling met ondansetron 1 dd 4 mg (ophogen tot maximaal 3 dd 8 mg) bij patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom geeft geen verbetering van de pijnklachten. Bij patiënten met diarree (PDS-D) helpt ondansetron mogelijk om andere PDS-gerelateerde klachten te verminderen.

Ongeveer 10-15% van de bevolking heeft PDS-D. De kwaliteit van leven bij deze groep patiënten is verlaagd. Serotonine versterkt de darmmotiliteit en intestinale secretie en kan mogelijk een verbetering geven bij PDS-D-klachten.

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

In januari 2018 zochten wij in PubMed, Embase en Cochrane naar klinische trials over ondansetron bij patiënten met PDS met de volgende zoekwoorden: (“ondansetron” OR “zofran”) AND (“irritable” OR “bowel” OR “syndrome” OR “functional”). Dit leverde 566 artikelen op, waarvan 1 relevante meta-analyse die de resultaten van twee onderzoeken beschrijft.² Beide in het Verenigd Koninkrijk uitgevoerde onderzoeken hadden een gerandomiseerd, dubbelblind, placebo-gecontroleerd cross-over design. Het eerste onderzoek includeerde 50 patiënten met PDS die gedurende 4 weken werden behandeld met ondansetron 3 dd 4 mg of placebo. Tijdens de onderzoeksperiode scoorden de patiënten klachten van buikpijn, een opgeblazen gevoel en rapporteerden ze PDS-gerelateerde klachten zoals misselijkheid, zuurbranden, klachten na de maaltijd, winderigheid, rugpijn, mictieklachten, plus consistentie en frequentie van de ontlasting.³ Het tweede onderzoek includeerde 120 patiënten met PDS-D die 5 weken ondansetron 1-3 dd 4-8 mg of placebo kregen, op te titreren op geleide van de klachten. Primaire uitkomst was de consistentie van de ontlasting. Andere uitkomsten waren PDS-gerelateerde symptomen zoals buikpijn, aandrang en ontlastingsfrequentie.⁴ De meta-analyse toonde geen afname van klachten van buikpijn in de groep patiënten die werd behandeld met ondansetron vergeleken met placebo (RR 1,60; 95%-BI 0,81 tot 3,17).^{2,3} Er was wel een verbetering van PDS-gerelateerde klachten en consistentie van de ontlasting in de groep patiënten die ondansetron kregen (RR 2,40; 95%-BI 1,62 tot 3,56).^{2,4} Eén onderzoek rapporteerde bijwerkingen: obstipatie kwam vaker voor in de ondansetrongroep vergeleken met de placebogroep (9% versus 2% (verschil is statistisch niet significant)), maar verbeterde vaak na het verlagen van de dosis.⁴

BEPERKINGEN META-ANALYSE

De meta-analyse heeft een aantal beperkingen. Zo voegden onderzoekers de gegevens over PDS-gerelateerde symptomen en consistentie van de ontlasting samen in de analyse, terwijl het om verschillende vragenlijsten en definities ging. Ook werden in het onderzoek van Garsed et al. 22 patiënten niet meegenomen in de analyse in verband met missende data. Mogelijk stopten patiënten die eerst ondansetron kregen en daarna placebo met deelname aan het onderzoek omdat zij meer klachten kregen in de placebobehandelperiode. Verder keek geen van beide onderzoeken naar het effect van de behandeling op de kwaliteit van leven, wat vanuit patiëntperspectief de belangrijkste uitkomstmaat is.

WEES TERUGHOUDEND

Op basis van deze meta-analyse kunnen we concluderen dat ondansetron geen effect heeft op de buikpijn zelf, maar een gunstig effect kan hebben op PDS-gerelateerde klachten (diarree, opgeblazen gevoel, aandrang, ontlastingsfrequentie) bij patiënten met PDS-D. De NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom uit 2012 adviseert terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie bij patiënten met PDS, omdat er geen tot slechts gering bewijs is voor de effectiviteit van geneesmiddelen zoals mebeverine en butylscopolamine bij deze indicatie. Dat is ook de boodschap van dit artikel: wees terughoudend met het behandelen van PDS-D met ondansetron.

LITERATUUR

1. Van der Horst HE, De Wit NJ, Quartero AO, et al. NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) (Eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:204-9.
2. Zheng Y, Yu T, Tang Y, et al. Efficacy and safety of 5-hydroxytryptamine 3 receptor antagonists in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One 2017;12(3):e0172846.
3. Maxton DG, Morris J, Whorwell PJ. Selective 5-hydroxytryptamine antagonism: a role in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia? Aliment Pharmacol Ther 1996;10:595-9.
4. Garsed K, Chernova J, Hastings M, et al. A randomised trial of ondansetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhoea. Gut 2014;63:1617-25.

Backes D, Van de Meeberg M, Backes Y, Otten M. Geen pijnvermindering door ondansetron bij PDS. Huisarts Wet 2018;61(10):60. Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam: D. Backes, postdoctoraal onderzoeker in opleiding tot huisarts, daanbackes@gmail.com; Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht: M. van de Meeberg, arts in opleiding tot MDL-arts en klinisch farmacoloog; Y. Backes, arts in opleiding tot MDL-arts; Medisch Centrum de Veluwe, Apeldoorn: M. Otten, MDL-arts. Belangenverstrengeling: niet gemeld.

Dit is een critically appraised topic (CAT), waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Lopend onderzoek

Opkomst oncologisch bevolkingsonderzoek kan beter

Thom Bongaerts

De opkomstcijfers van de oncologische bevolkingsonderzoeken (BVO's) in de grote steden behoren tot de laagste van Nederland. De grote diversiteit in sociaal-economische en culturele achtergronden van de inwoners speelt hierbij vermoedelijk een rol. Nieuw onderzoek in Den Haag richt zich op de oorzaken en verklaringen van deze verschillen en op de optimalisatie van de bevolkingsonderzoeken.

Er zijn drie oncologische BVO's in Nederland: de screeningsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en darmkanker. Recente onderzoeken laten zien dat lage deelname aan screening afhangt van veel verschillende factoren, maar met name voorkomt bij lage SES-groepen, niet-westerse migranten en inwoners van stedelijke gebieden.¹⁻⁴ Deze groepen hebben vaker lagere taal- en gezondheidsvaardigheden die een rol spelen bij de perceptie van gezondheidsrisico's en gezondheidsgedrag.⁵ Naast deze basisvaardigheden speelt een taboe op de diagnose kanker in cultureel, religieus en/of sociaal opzicht mogelijk een rol. Het kan ook zijn dat het kankerrisico onder invloed van genetische, culturele en voedings- of contextfactoren bij deze groepen anders is. Daarnaast zijn de drie oncologische BVO's alle op een verschillende manier georganiseerd, waardoor de huisarts steeds een andere rol heeft. Die rol is bovendien aan verandering onderhevig en lijkt steeds beperkter te worden.^{6,7} Gezien de unieke, gevarieerde samenstelling van de bevolking van Den Haag leent deze stad zich er bij uitstek voor om de determinanten van deelname en niet-deelname bij de screeningsonderzoeken goed in beeld te krijgen. De onderzoekers zullen de deelname van de geïdentificeerde subgroepen vergelijken, alsmede de kans op de betreffende maligniteiten. Het langetermijndoel is om een bijdrage te leveren aan de optimalisatie van de huidige bevolkingsonderzoeken. Hiervoor zullen de onderzoekers vaststellen wat er nodig is om tot een goed geïnformeerde keuze te komen en zullen zij kijken naar de geschikte rol van én voor de huisarts. Het onderzoek loopt van 2018 tot 2024. De eerste resultaten worden eind 2018 verwacht. ■

LITERATUUR

1. Bevolkingsonderzoek Zuid-West. Jaarverslag 2016.
2. Aarts MJ, Voogd AC, Duijm LEM, Coebergh JWW, Louwman WJ. Socioeconomic inequalities in attending the mass screening for breast cancer in the south of the Netherlands-associations



Lage deelname aan oncologisch bevolkingsonderzoek komt vooral voor bij lage SES-groepen, niet-westerse allochtonen en inwoners van stedelijke gebieden.

Foto: ANP Foto

- with stage at diagnosis and survival. Breast Cancer Res Treat 2011;128:517-25. DOI: 10.1007/s10549-011-1363-z.
3. Bosgraaf RP, Siebers AG, De Hullu JA, Massuger LFAG, Bulten J, Bekkers RLM, et al. The current position and the future perspectives of cervical cancer screening. Expert Review of Anticancer Therapy 2014;14:75-92. <https://doi.org/10.1586/14737140.2014.856273>.
 4. Deutekom M, Rijn A, Dekker E, Blaauwgeers H, Stronks K, Fockens P, et al. Uptake of faecal occult blood test colorectal cancer screening by different ethnic groups in the Netherlands. Eur J Public Health 2009;19:400-2. DOI: 10.1093/eurpub/ckp051.
 5. Pharos. Factsheet Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Pharos, 2016.
 6. RIVM. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: professionals. Vernieuwd bevolkingsonderzoek: wat is er anders? Bilthoven: RIVM, 2016.
 7. Van Haaren KMA, Ballieux MJP. NHG-Praktijkhandleiding bevolkingsonderzoek darmkanker. De organisatie en uitvoering van het bevolkingsonderzoek darmkanker in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2017.

Bongaerts THG. Opkomst oncologisch bevolkingsonderzoek kan beter. Huisarts Wet 2018;61(10):61. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde & LUMC-Campus Den Haag: T.H.G. Bongaerts, aiotha, t.h.g.bongaerts@lumc.nl. Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Naar betere diabeteszorg tijdens de ramadan

Siham Bouchareb



De ramadan kan gevaarlijk zijn voor diabetespatiënten.

Foto: anpfoto

Huisartsen en praktijkondersteuners hebben jaarlijks te maken met diabetespatiënten die graag willen vasten tijdens de ramadan, vaak tegen medisch advies in. Het is onduidelijk wat de omvang is van de glykemische ontregelingen door het vasten in Nederland, maar uit internationaal onderzoek blijkt dat de kans op acute complicaties tijdens de ramadan sterk is toegenomen. Om de diabeteszorg tijdens de ramadan te verbeteren, hebben Amsterdamse onderzoekers een specifiek project opgezet.

Het doel van dit project is om een cultuursensitief programma te ontwikkelen en een regionaal samenwerkingsverband op te zetten. Diabetespatiënten worden binnen hun eigen culturele setting benaderd, met een gelijkkluidende boodschap van zowel zorgverleners als imams. De primaire uitkomstmaten zijn hoe de implementatie van het programma verloopt en hoe deze op grotere schaal kan worden toegepast. Voor de secundaire uitkomstmaat analyseren de onderzoekers het effect van het programma op onder andere de glykemische waarden en antropometrische parameters.

Internationaal onderzoek toonde al eerder aan dat de ramadan gevaarlijk kan zijn voor diabetespatiënten.¹ De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) maakte daarom een handleiding om zorgverleners handvaten te bieden voor de begeleiding van diabetespatiënten tijdens de ramadan.² Desondanks blijft

diabeteszorg in die periode vaak lastig. Dat blijkt ook uit een recent focusgroeponderzoek bij praktijkondersteuners en patiënten in Amsterdam. De praktijkondersteuners hebben het idee dat zij van alle problemen alleen het topje van de ijsberg zien. De patiënten zeggen behoefte te hebben aan meer informatie over diabetes en willen graag adviezen over hoe zij zo 'veilig' mogelijk aan de ramadan kunnen deelnemen. In 2011 werd geregistreerd dat de huidige diabetesprogramma's nog onvoldoende in staat zijn om de sociale en culturele barrières te doorbreken.³

In het Verenigd Koninkrijk is een niet-gerandomiseerd onderzoek gedaan naar het effect van een educatieprogramma over de ramadan.⁴ Daaruit bleek dat patiënten die het programma hadden gevolgd minder hypoglykemieën hadden tijdens de ramadan, minder gewichtstoename en gedurende het gehele jaar stabielere HbA1c-waarden dan patiënten die het programma niet hadden gevolgd.

Dit nieuwe onderzoek moet uitwijzen hoe we de diabeteszorg tijdens de ramadan in Nederland het best kunnen organiseren. Het onderzoek loopt tot september 2019. ■

LITERATUUR

1. Salti I, Bénard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, et al. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care* 2004;27:2306-11. <https://doi.org/10.2337/diacare>.
2. NDF. Diabetes en ramadan. Adviezen voor behandelaars. NDF/JvO 2018.
3. Jansen YJFM, Uitewaal PJM, Wijsman-Grootendorst A, Geelhoed-Duijvestijn PHLM. Sociale en culturele problemen bij het opvolgen van leefstijladviezen door allochtone diabetici. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3117.
4. Bravis V, Hui E, Salih S, Mehar S, Hassanein M, Devendra D. Ramadan education and awareness in diabetes (READ) programme for muslims with type 2 diabetes who fast during ramadan. *Diabet Med* 2010;27:327-31. DOI:10.1111/j.1464-5491.2010.02948.

Bouchareb S. Naar betere diabeteszorg tijdens de ramadan. *Huisarts Wet* 2018;61(10):62. Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde: S. Bouchareb, aiotho, s.bouchareb@vumc.nl.
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

H&W

Kijkt u elke maand uit naar de nieuwe H&W? En beslist u graag mee over de inhoud? Solliciteer dan op onze vacature.

Per 1 januari 2019 zoeken wij een

Redactielid Huisarts en Wetenschap

WIE ZOEKEN WIJ?

Bij voorkeur een praktiserend huisarts die vlot kan schrijven, beschikt over een creatieve en kritische geest en een voor H&W relevant netwerk. Het is handig om ervaring te hebben met het beoordelen en publiceren van wetenschappelijke literatuur en/of het geven van onderwijs. Daarnaast is het prettig om affiniteit te hebben met implementatie en nascholing. Wij geven de voorkeur aan sollicitanten die gepromoveerd zijn en/of een aanstelling hebben bij een wetenschappelijke instelling.

WAT VRAGEN WIJ?

Enthousiasme en bereidheid om – tegen vergoeding – vier uur per week met H&W bezig te zijn. Taken: kopij lezen en beoordelen, auteurs begeleiden, journaals en andere stukken schrijven, auteurs werven, ideeën spuien over de inhoud en samenstelling van H&W.

WAT BIEDEN WIJ?

Een levendige, gezellige club van acht huisartsen en onderzoekers die elke maand samenkomt om kopij te bespreken en om te bedenken welke onderwerpen er in H&W moeten komen. Zij werken nauw samen met een vierkoppige, professionele bureauredactie.

MEER WETEN?

Voor nadere inlichtingen over de functie kunt u zich op dinsdag, donderdag en vrijdag wenden tot dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W via i.smeele@nhg.org of 030-2823500 of 06-17068540.

BELANGSTELLING?

Mail uw sollicitatie met CV en motivatie vóór 22 oktober 2018 naar dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur, via redactie@nhg.org. ■



Beter balanceren tussen over- en onderdiagnostiek bij *Mycoplasma genitalium*

Mycoplasma genitalium (Mg) is een seksueel overdraagbaar micro-organisme, maar de mate van pathogeniteit is vooralsnog onduidelijk. Bij persisterende klachten van urethritis en PID is Mg-diagnostiek aangewezen. Ongericht testen op Mg bij mensen zonder symptomen is nadrukkelijk af te raden om onnodige schade door over-diagnostiek en overbehandeling te voorkomen. Huisartsen: primum non nocere. Een herziening van de NHG-Standaarden Soa en PID wordt node gemist.

In het nascholingsartikel 'Mycoplasma genitalium, een nieuwe soa?' geven de auteurs adviezen over diagnostiek en therapie bij dit 'nieuwe' seksueel overdraagbare micro-organisme.¹ De auteurs spreken zich naar mijn mening niet duidelijk genoeg uit over de handelwijze rondom testen op Mg bij asymptomatische personen. Gezien het feit dat ongericht testen en/of screenen op Mg meer schade dan goed kan doen is testen op Mg, indien er geen klachten zijn, ongewenst en terughoudendheid vereist. Dit is conform het advies uit de recente herziening (waarbij ook huisartsen waren betrokken) van de multidisciplinaire richtlijn soa uit 2018 met informatie over Mg in de vorm van een addendum.²

MORE HARM THAN GOOD

In hun aanbeveling rondom testen op Mg bij asymptomatische patiënten, bijvoorbeeld bij een soa check-up, schrijven de auteurs dat '... op basis van de nu beschikbare kennis geen goed wetenschappelijk onderbouwd antwoord te geven is, en het gerechtvaardigd lijkt om terughoudend te zijn met diagnostiek...'. Maar tegelijkertijd stellen zij '... omdat laboratoria dit nu toch al aanbieden en gegeven de prevalentie en overdrachtskans van *Mycoplasma genitalium* is dit beleid (asymptomatische patiënten ook testen op Mg; JvB) te rechtvaardigen en is er wat voor te zeggen is om huisartsen samen met de patiënt vrij te laten in de keuze welke soa's bepaald worden.' Een veel stilliger advies is hier op zijn plaats. Er is geen bewijs aan de kant van de 'benefits': het natuurlijk beloop is onduidelijk, het overgrote merendeel van de infecties met Mg verloopt zonder klachten, het complicatierisico is laag, en de (kost-)effectiviteit van screening op Mg is onbekend. Aan de kant van de 'harms' valt er meer te melden (wat de auteurs nalaten): ernstige overdiagnostiek en overdiagnose, veel overbehandeling bij index en partners en een aanzienlijke versnelling van de antibioticaresistentie met voorspelbare schade aan individuele en publieke gezondheid. En dan hebben we het nog niet over de kosten voor patiënt en maatschappij, de onrust die opgespoorde asymptomatische Mg-infecties in de relatie kunnen bewerkstelligen en de onduidelijkheid hoe de aanwezigheid van deze infectie door patiënt en partner(s) (en door de huisarts) geïdentificeerd 'moet' worden. Moet alles wat kan...? Als Nederlandse huisartsen staan we

voor zinnige, evidencebased diagnostiek en een terughoudend antibioticabeleid. We moeten ons dan ook zeker niet laten verleiden tot een ongevraagd en ongewenst aanbod aan soa-diagnostiek door laboratoria, ook al is dat middels huidige amplificatietechnieken makkelijk te realiseren (en een eenvoudige bron van inkomsten voor het lab). Vooralsnog niet doen dus. Ook een recente publicatie in het gezaghebbende tijdschrift The Lancet stelt rondom testen van asymptomaticen op Mg vooralsnog afgeraden moet worden.³

TESTEN BIJ KLACHTEN

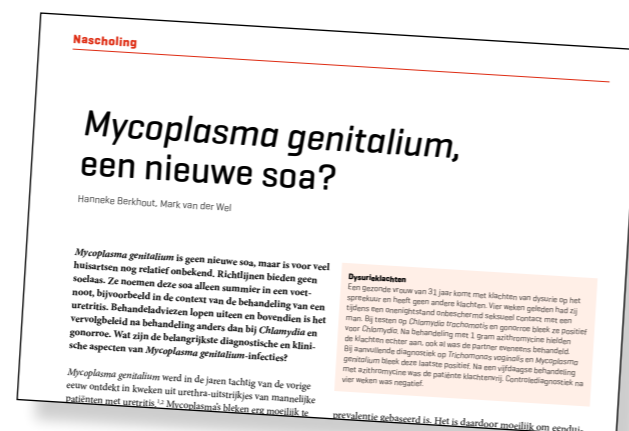
Dat laat onverlet dat aanpassingen aan ons diagnostisch en therapeutisch handelen bij urethritis en PID gewenst is.^{4,5} De auteurs beschrijven dit ook helder: testen bij persisterende klachten en dan bij een Mg-infectie een vijfdaagse azitromycinekuur, waarbij de huidige seksuele partner(s) ook getest/ behandeld wordt (om re-infectie van de symptomatische patiënt te voorkomen) en een test-of-cure plaatsvindt. Bij de update van onze standaarden zijn er nog andere opties te exploreren zoals al testen (inclusief resistentiebepaling) bij initiële soa-diagnostiek bij klachten van urethritis en PID. Qua medicatie valt te overwegen korter en hoger te doseren voor Mg (azithromycine 1 gram dag 1 en daarna 2 dagen 500 mgr), iets dat onze Britse collega's adviseren in hun nieuwe richtlijn over Mg. Nationale en internationale richtlijnen over soa - ook de Multidisciplinaire richtlijn 2018 - zijn makkelijk toegankelijk via de professionele site van Soa Aids Nederland.⁶ ■

Jan van Bergen, professor hiv en soa in de 1e lijn, Amsterdam Universitair Medisch Centrum; programmaleider Soa Aids Nederland; huisarts/ centrum infectieziektenbestrijding RIVM

LITERATUUR

1. Berkhout H, Van der Wel M. *Mycoplasma genitalium*, een nieuwe soa? Huisarts wet 2018;61(9):51-3.

Deze reactie is te vinden op www.henw.org bij het artikel 'Mycoplasma genitalium, een nieuwe soa?'. Daar staat ook de volledige literatuurlijst.



Injecties in bil bij knieartrose

Bij het artikel 'Onderzoek naar injecties in de bil bij knieartrose' van Marianne Mol [Huisarts Wet 2018;61(9):67] verschenen op de website enkele reacties. Daar staan ook de bijbehorende referenties.

NADELEN OP LANGERE TERMIJN

In het artikel 'Onderzoek naar injecties in de bil bij knieartrose' staat: 'Bij patiënten met heupartrose bleken intramusculaire injecties een significante, klinisch relevante en langdurige vermindering van pijnklachten te geven'. De auteur vergeet de zin af te maken met 'ten opzichte van placebo IM-injectie'. Er wordt in besproken artikel geen vergelijking van effect gemaakt ten opzichte van intra-articulaire injecties. Overigens is mijn terughoudendheid niet zozeer vanwege gebrekkige routine, maar vanwege de nadelen op langere termijn.¹ Een non-inferioriteitsonderzoek op langere termijn van 'herhaalde intramusculair versus intra-articulaire corticosteroidtoediening' zou ik erg interessant vinden.

Christian van Rij

VERSCHIL MET PREDNISON

In de discussie over de werkzaamheid van intramusculaire injecties bij knieartrose vraag ik me af hoeveel verschil er is met dagelijks een lage dosis prednison slikken. Als algemene ontsteking een rol speelt, zoals bij steeds meer chronische aandoeningen blijkt, en ook (weer) centrale sensitisatie, zou het sluiten van een patent foramen ovale nuttig kunnen zijn.¹ Hier wordt met massaspectrometrie eenduidig aangetoond dat - het pro-inflammatoire - serotonine significant daalt na sluiting. Complicaties op langere termijn zijn waarschijnlijk ook kleiner dan bij langdurig corticosteroidengebruik.

Wijnand van den Berg

PREFERENTE INJECTIEPLAATS

De foto bij het artikel over injecties in de bil bij knieartrose lijkt te suggereren dat preferente injectieplaats in de buurt van de *N. ischiadicus* is. Dat lijkt me niet de bedoeling?

Cornelie van der Burg



REACTIE AUTEUR

Het is geenszins mijn bedoeling geweest om te verdoezelen dat de geciteerde studie van Dorleijn et al. een placebogecontroleerd onderzoek is.¹ De vergelijking tussen intramusculaire en intra-articulaire injectie bij heupartrose die u voorstelt is zeker interessant. Het uitvoeren van dat onderzoek is op onze afdeling overwogen, maar (nog) niet uitgevoerd aangezien intra-articulaire injectie in de heup een invasieve behandeling is. Op het, overigens belangrijke, onderzoek van McAlindon et al. is het een en ander aan te merken. In een ingezonden brief in JAMA stond dat de corticosteroideninjecties in dit onderzoek gedurende twee jaar elke drie maanden werden toegediend.² Dit ongeacht de mate van klachten en onafhankelijk van de aanwezigheid van een opvlamming van artrose. Dit strookt niet met de praktijk waarin corticosteroideninjectie onder andere een rol heeft bij een dergelijke opvlamming. Daarnaast is onzeker of het vastgestelde verlies van kraakbeenvolume op MRI voldoende is om klinische achteruitgang te veroorzaken. Aan de Knieartrose Injectie Studie mogen alleen patiënten meedoen die matige tot ernstige kniepijn hebben. Tijdens de follow-up periode van het onderzoek mag de huisarts nogmaals een corticosteroideninjectie toedienen indien daar een indicatie voor bestaat (opnieuw opvlamming van kniepijn). Daarbij wordt de NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten gevolgd, waarin staat dat injecties maximaal vier keer per jaar mogen worden toegediend. Herhaaldelijk toedienen van injecties (los van de klachten van een patiënt) zoals in het onderzoek van McAlindon et al., lijkt mij niet zinvol.

Orale corticosteroiden zouden inderdaad werkzaam kunnen zijn bij artrose. Hier zijn tot nu toe enkele onderzoeken naar gedaan, maar de resultaten zijn niet eenduidig.^{1,2} Ook is daarnaast bekend dat van een injectie een groter placebo-effect uitgaat dan van een tablet.³ Inflammatie speelt een rol bij de pathogenese van artrose en inflammatie kan leiden tot centrale sensitisatie.⁴ Interessant is dat beschreven is dat centrale sensitisatie bij knieartrosepatiënten afneemt na een gewrichtsvervangende operatie.⁵

De afbeelding [die ik overigens niet heb gekozen] geeft inderdaad niet juist weer hoe de intramusculaire injecties in dit onderzoek worden toegediend. In plaats van de dorsogluteale toedieningsweg passen wij de ventrogluteale injectietechniek toe. In het ventrogluteale injectiegebied lopen geen belangrijke neuromusculaire structuren.¹ Daarnaast is de subcutane vetlaag daar dunner, waardoor er een grotere kans is om werkelijk intramusculair te injecteren.² Dit is relevant aangezien knieartrose vaker voorkomt bij patiënten met een hoog BMI (> 27kg/m²).³ Marianne Mol, aiota en uitvoerend onderzoeker KIS-studie

Veiligheidsnaalden

Bij het artikel 'Veiligheidsnaalden bieden geen bescherming' van Lidewij Broekhuizen [Huisarts Wet 2018;61(5):26 maart] verschenen op de website enkele reacties. Daar staan ook de bijbehorende referenties [www.henw.org].

KORT DOOR DE BOCHT

'Veiligheidsnaalden bieden geen bescherming' is de kop van het artikel waarin op basis van een Cochrane-review wordt geconcludeerd dat er geen effect is van het gebruik van veilige injectienaalden in de huisartsenpraktijk.

Het artikel is wel heel erg kort door de bocht.

Naar mijn mening concluderen de onderzoekers dat bewijs van het effect van veiligheidssystemen (*safety devices*) zwak of inconsistent is. Dat is echter heel wat anders dan de schrijver concludeert. De onderzoekers zeggen zelf letterlijk het volgende: "The evidence on safety devices preventing NSI is of low quality and inconsistent. The lack of a strong and consistent helpful effect could be due to bias. This does not mean that these devices are not effective. The risk of blood contamination may be greater. More high-quality experimental studies with groups of healthcare workers are needed to compare the effects and cost-effectiveness of various types of safety devices on NSIs, especially in countries where both NSIs and blood-borne infections are common."

Eigenlijk concluderen de schrijvers dus dat welhaast alle artikelen die ze in het onderzoek hebben geïnccludeerd erg gebiased zijn en dus geen eenduidige conclusie kunnen geven over het werkelijke effect. Daarnaast gaat dit onderzoek naast het effect van veiligheidssystemen ook over het effect van wetgeving. In de VS is deze wetgeving al in 2000 ingevoerd onder Bill Clinton (*The Needle Stick Safety and Prevention*

Act), dus een cultuur van veilige naalden bestaat al veel langer. Het gedeelte over de injectienaalden waar Broekhuizen het over heeft gaat maar over een paar onderzoeken van zeer lage kwaliteit, dus zijn de conclusies veel te voorbarig. De review geeft gewoon onvoldoende duidelijkheid en focust qua effectmaat alleen op aantallen accidenten, wat de onderzoekers zelf ook aangeven. Als de schrijfster verder had gekeken had ze gezien dat er nog meer systematische reviews in Pubmed over dit onderwerp zijn te vinden.^{1,2}

In de preventie van prikaccidenten gaat het om meer dan alleen het gebruik van veilige naalden. Het gaat om veiligheid voor medewerkers, de veiligheidscultuur, et cetera. En ook dat is in Nederland (en Europa) sinds 2013 duidelijk opgenomen in de wetgeving. De werkgever moet er alles aan doen om te zorgen voor een veilige werkomgeving. Veilige naalden zijn daar een onderdeel van.

Ik denk dus dat je niet alleen maar moet focussen op aantallen prikaccidenten, maar op het totale effect zoals dat vanuit infectiepreventie en arbo gebeurt. Er moet een veilige werkomgeving zijn waarbinnen een veilige cultuur heerst en veilig kan worden gewerkt. Dat zorgt voor zorgvuldig werken, minder fouten en een open aanspreekcultuur.

Dr. Paul van Wijk, epidemioloog en deskundige infectiepreventie

VEILIGHEIDSSNAALDEN BIJEN ERGERNIS EN MÉÉRKOSTEN

Dat veiligheidsnaalden geen bescherming bieden verbaast me helemaal niet. Wat ze wel bieden is ergernis en méérkosten. Paul van Wijk noemt het artikel kort door de bocht en de conclusies van de auteur veel te voorbarig. Ik zou zeggen dat de auteur zich nog terughoudend opstelt. Haar pleidooi voor een kritische blik richting verplichting van veiligheidsnaalden en ze niet verder in te voeren onderschrijf ik volledig. Zeker gezien het feit dat die verplichting vanuit Arbo-regelgeving voor veiligheidsnaalden bij griepvaccinaties blijkt te berusten op een foutieve interpretatie van het RIVM van Europese wetgeving. In de MedZ 4 van 2016 is daar al over gepubliceerd.¹ Er is helemaal geen verplichting veiligheidsnaalden te gebruiken bij griepvaccinaties. Ik zou dan ook collega Broekhuizen willen aansporen een eigen onderzoek te doen naar het aantal prikaccidenten vóór en na invoering van de veiligheidsnaald bij de griepvaccinatie. Ik zou daarin meenemen (we moeten immers open kunnen spreken over veiligheid) hoeveel (on)gemak de huisartsen ondervinden van die veiligheidsnaalden. Ook dat heeft immers invloed op de veiligheidscultuur. Van wat ik zo links en rechts hoor schat ik in dat het oordeel over veiligheidsnaalden vanuit het werkveld vernietigend zal zijn. Afschaffen dus die verplichting. Vertrouw de professional!

Herman Suichies, huisarts



Foto: Hollandse Hoogte

REACTIE AUTEUR

Collega Van Wijk stelt dat meer onderzoek beschikbaar is dan deze Cochrane-review. Eerdere literatuur, ook de door hem genoemde overzichten, zijn echter minder actueel of compleet, of minder van toepassing op de veiligheidsnaald in de huisartsenpraktijk. De veiligheidsnaald is weliswaar niet bewezen ineffectief, het beschikbare bewijs is hoe dan ook zwak en inconsistent. Maar nog belangrijker: er bestaat geen echt probleem in de huisartsenpraktijk waar deze naald ons bij moet helpen. Immers, de overdracht van hiv of hepatitis B of C door een prikaccident tussen hulpverlener en patiënt in de huisartsenpraktijk is zeer zeldzaam. Ik kon de incidentie niet achterhalen, maar ook het gebrek aan meldingen in deze setting onderstreept dat dit sporadisch is.

Bovendien, de schade door een ander mechanisme bij prikaccidenten, door de inhoud van de injectie, is zoals collega Suichies stelt bij het griepvaccin in de huisartsenpraktijk,

bijzonder klein. Nader onderzoek naar de veiligheidsnaald zal voor het eindpunt overgedragen infectie niet helpen, omdat deze uitkomst gewoonweg te weinig voorkomt. Zelfs een zeer grote trial zal onvoldoende bewijs leveren.

Kortom: we hebben geen reëel probleem en een interventie die niet bewezen effectief is. Dit, terwijl de werk- en regeldruk in de huisartsenpraktijk al veel te hoog is. Wetenschappelijk werken betekent ook durven afschaffen wat niet helpt: less is more! Laten we bij infectiepreventie en veiligheid onderhouden wat we al doen: een open meldcultuur, maar ook de - zeer effectieve - verplichte hepatitis B-vaccinatie voor medewerkers. Bij verplichte nieuwe interventies of wetenschappelijk onderzoek moeten we onze pijlen richten op herkenbare problemen. Denk aan tekort aan personeel op de huisartsenpost en gebrekkige communicatie tussen elektronische patiëntendossiers.

Dr. Lidewij Broekhuizen, huisarts en epidemioloog

BOEIENDE CASUS? STUUR 'M IN!

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

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

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

Wij zien uw bijdrage graag tegemoet!

Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W

H&W

Huisarts en Wetenschap



Minder drinken dankzij de Maxx-app

Annet Sollie, Bart Timmers

Mensen die zelfstandig willen minderen of stoppen met alcohol drinken, kunnen daarvoor de app Maxx gebruiken. Deze gratis app ondersteunt gebruikers op een positieve en praktische manier. Wat is uw Maxx vandaag?

Deze app is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en is bedoeld voor mensen die hun alcoholgebruik willen minderen. De app is een echt 'zelfhulpmiddel', gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie en op zelfregulatietechnieken. Uit eerder onderzoek blijkt dat zelfhulpinterventies een positief effect kunnen hebben op het verminderen van alcoholconsumptie.

De gebruiker kan kiezen voor tegels als Doelen stellen, Logboek, Moeilijke situaties, Motivatiekaartjes en Bemoedigende berichtjes. Aan de zijkant staat het menu met achtergrondinformatie en instellingen weggewerkt, zodat de functionaliteit van de app echt centraal staat. Maxx vraagt om een inlog (privacy) en toestemming om actief berichtjes te sturen.

Maxx is een mooi gemaakte, verzorgde app met een voorbeeldig colofon, die voor de doelgroep alcoholgebruikers die willen stoppen of minderen een uitstekend hulpmiddel kan zijn. We zien deze app als nuttige aanvulling op de gereedschapskist van de dokter of poh-ggz. ■



Foto: Trimbos-instituut

Naam:	Maxx
Maker:	Trimbos-instituut, met financiering van VWS
Doel:	Ondersteuning bij stoppen of minderen van alcoholgebruik
Platform:	iOS, Android
Prijs:	Gratis
Oordeel:	●●●●

RECTIFICATIE EEN WIELRENNER MET TINTELENDE HANDEN

In het artikel Een wielrenner met tintelende handen (Huisarts en Wetenschap, juli 2018), staat een onjuiste vermelding. In het casusblok staat vermeld dat de veilige inname van vitamine B1 25 mg/dag is en dat er geen veilige inname voor vitamine B6 is vastgesteld. Dit is echter precies andersom.

COLOFON

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

Redactie

Ivo Smeele [hoofdredacteur], Marian van den Brink, Ben Crul, Marianne Dees, Mirrian Hilbink, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot [secretaresse], Judith Mulder [web- en eindredactie], Susan Umans [bladmanagement], Anita Wittebol [office manager], Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen [eindredactie], Margot Scheerder, Wendy Westerhof [beeldredactie]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, redactie@nhg.org

Uitgever

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

Advertentieverkoop

Advertentieverkoop: advertieren@bsl.nl, tel. 030-6383603.
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan: traffic@bsl.nl, tel. 030-6383874.

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) € 258,00, Online-only abonnement € 154,80. 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/voorwaarden.

© 2018
ISSN 0018-7070



Ik ga je zien, Doc

Dat zei een oudere patiënt tegen me bij het afscheid na een persoonlijk gesprek, een voorschot nemend op onze volgende afspraak. Het is een voorrecht dat patiënten mij hun persoonlijke leven toevertrouwen en dat ik duwtjes in de goede richting mag geven. Persoonsgerichte zorg is een kernwaarde van de huisartsenzorg. Die gaat ook op voor het contact tussen huisartsen onderling. Door de jaren heen is het NHG een van-voor-doorvereniging gebleven, met werkgroepen van huisartsen voor richtlijnen, expertgroepen van kaderhuisartsen en een vereni-

gingsraad waarin huisartsen het NHG direct adviseren. Wilt u op een andere manier meedenken, laat het me gerust weten. Ook nu we de kernwaarden en kerntaken van de huisarts herijken, is de bijdrage van u als huisarts essentieel. Velen van u hebben de afgelopen maand al meegedacht. Tussen 23 oktober en 4 november kunt u via een enquête uw mening geven over de uitkomsten van de denksessies. Het zal leiden tot een herijkte toekomstvisie die niet alleen de toegevoegde waarde van huisartsen vertolkt, maar ook past bij wat de maatschappij de komende jaren nodig heeft. Het NHG werkt actief aan contact met de leden, aan snel beschikbare, actuele informatie voor in uw spreekuur en aan een drempel-

loze, gerichte vraagbaak voor de leden. Ook het NHG zelf zal in de presentatie persoonsgericht worden en dus meer rekening houden met de diversiteit van jong en oud, meer of minder digitaal ingesteld, met meer of minder behoefte aan informatie. U zult het NHG vaker in het land zien. Als eerste op het NHG-Congres. Ik ga je zien, Doc: op 9 november in Den Haag. ■

Rob Dijkstra

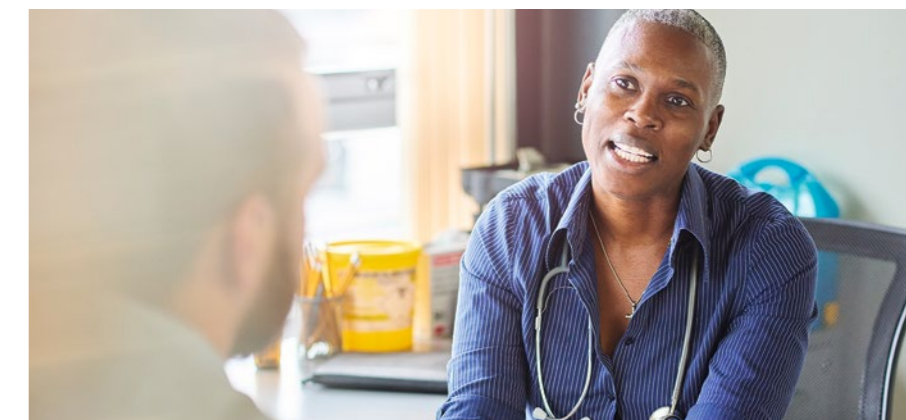


Herijking huisartsenzorg

De samenleving en de gezondheidszorg veranderen ingrijpend, met grote implicaties voor huisartsen. Vanuit het project Toekomst Huisartsenzorg, een samenwerking tussen NHG, LHV, InEen en andere vakorganisaties, herijken huisartsen hun kernwaarden en kerntaken. In september dit jaar hebben diverse denksessies plaatsgevonden, zie de volgende pagina. In oktober volgt er een online enquête onder alle huisartsen om de opgehaalde input te toetsen. De herijkte kernwaarden en -taken worden gepresenteerd tijdens de Woudschotenconferentie eind januari 2019. Meer informatie over dit traject leest u op toekomsthuisartsenzorg.nl.



Zeldzame aandoeningen



Van alle Nederlanders heeft 1 op de 17 een zeldzame aandoening, gemiddeld 150 patiënten per huisartsenpraktijk. Met een tijdige diagnose kunt u gezondheidswinst behalen voor deze mensen. Het Erfocentrum, de VSOP en het NHG hebben een e-learning ontwikkeld om huisartsen te helpen vroegtijdig te handelen. Aan de hand van casussen leert

u bijvoorbeeld hoe symptomen of een afwijkend beloop aanwijzingen kunnen zijn voor een mogelijk zeldzame aandoening. Deze e-learning levert concrete handvatten en inzichten waarmee u het verschil kunt maken. Meer informatie: www.huisartsengenetica.nl/nascholing-erfocentrum.

NHG-EXPERTGROEP
SOA HIV EN SEKSUALITEIT

25-jarig middag-
symposium seksHAG
sekshag.nl

SAVE THE DATE
21 MAART 2019

Denksessies toekomst huisartsenzorg

Herijking kernwaarden en kerntaken

Twintig denksessies, had de organisatie ingeschat. Maar door het enthousiasme van de huisartsen werden het maar liefst zestig denksessies over de toekomst van de Nederlandse huisartsenzorg. Een impressie van deelnemers in Middelburg, Brunssum en Utrecht.

Afgelopen september deden huisartsen door het hele land mee aan lokale denksessies Toekomst Huisartsenzorg, Herijking kernwaarden en kerntaken, waar alle huisartsenorganisaties bij betrokken zijn. Generalistische, persoonsgerichte en continue zorg liggen aan de basis van de huidige toekomstvisie. Waarom nu een herijking? Verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn en de koppeling van het medische met het sociale domein maken dat huisartsen overvraagd worden. Wat gaan we nog wel doen als huisartsen, wat niet meer? Wat zijn de grenzen van ons vak? Jacqueline Roebroek, huisarts in Vlissingen: 'Bij ledenvergaderingen van onze huisartsencorporatie hoor je: "Overdag wordt het steeds drukker, de ANW voelt dan dan als extra belasting" en "Ook toeristen staan vaak het eerst bij ons op de stoep; je voelt je dan toch verantwoordelijk." Toen ik hoorde van de denksessies, heb ik de mensen die in ledenvergaderingen hun mond open deden gebeld: we gaan opnieuw nadenken hoe we dit in de toekomst willen, we laten een Zeeuwse stem horen.' Irene Soeters uit Brunssum in Zuid-Limburg, die net als Jacqueline Roebroek zelf denksessies in haar regio organiseerde en leidde: 'Mooie gedachte om zestig jaar na Woudschoten te kijken waar we staan, midden in alle drukte, en de vele veranderingen van de laatste jaren, de vele dingen die buiten de core business van het patiëntencontact vallen.'

ARGUMENTEN AANSCHERPEN

Petra Axt, huisarts in Reeuwijk: 'Ik was erg gecharmeerd van de opzet. De speciaal getrainde gespreksleiders lieten



Denksessie in Utrecht: Petra Axt, Evelijn van den Hoek, Lisette Romijn, Alexander van Lennep

Foto: Liesbeth van der Jagt

ons per subgroepje uit stellingen kiezen, daarvoor een argument formuleren en vervolgens doorvragen, bijvoorbeeld: waarom vinden we dan dat huisartsenzorg 24-uurszorg moet zijn? Door een paar maal achter elkaar na een antwoord opnieuw de waarom-vraag te stellen, kwam je steeds een schilletje verder.'

'Kernwaarden stonden niet ter discussie, we hebben de argumenten aangescherpt'

Irene Soeters: 'Het ANW-thema was erg in trek. Daaruit blijkt dat vooral gevestigde huisartsen vinden dat ze onder druk staan, de verdeling van de dienst als onevenredig voelen. Dat werd een levendige discussie, want er waren ook niet-gevestigde huisartsen, en waarnemers. De opzet was goed: niet een opsomming van nevenargumenten, maar dieper op één argument ingaan.' Wouter Peeters, waarnemend huisarts uit Amersfoort: 'De kernwaarden zelf

stonden niet ter discussie in de denksessies. We gingen meteen de diepte in over taken, verantwoordelijkheden en de argumenten daarvoor. Dat leverde goede gesprekken en discussies op. Door de argumenten te raffineren en uit te splitsen, kreeg je scherp waarom het draait.' Ria van Bodegom, Utrechtse huisarts: 'Niet iedereen was het met elkaar eens over wat je wel en niet doet, bijvoorbeeld aan preventie. Het ging echter niet om wat wil ik, maar om: wat zijn de argumenten? We maakten verschillende keuzes, maar het bleek dat we ons telkens baseerden op dezelfde kernwaarden: persoonlijke, integrale en continue zorg. De argumenten daarvoor hebben we aangescherpt.' Jacqueline Roebroek: 'Als je goed bij de achterliggende argumenten wist te komen, maakte het thema niet uit. De achterliggende argumenten bleken vaak hetzelfde te zijn. Daaruit bleek wat we echt belangrijk vinden.' De samenwerkende organisaties verwerken de denksessies in een enquête: alle huisartsen kunnen tussen 23 oktober en 4 november hun mening geven. Het eindresultaat volgt op de Woudschoten Conferentie van 21 januari 2019.

<https://toekomsthuisartsenzorg.nl>

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Onrust meningokokkenvaccins



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



Lysbert Hartholt

Foto: Erik Kottier

Lysbert Hartholt, vaste waarnemer in Breda: 'Ik was in juni met mijn dochter op het consultatiebureau voor vaccinaties. In mei was net het nieuwe vaccinatieprogramma tegen meningokokken voor peuters van start gegaan. De jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau wist dat ik huisarts ben en vroeg: "Krijgen jullie in je praktijk nou veel vragen over die meningokokkenvaccinatie?" Ik dacht bij mezelf: ik weet weinig van dat nieuwe programma. Een week later waren onze assistentes door alle media-aandacht ontzettend veel tijd kwijt met ouders geruststellen over meningokokken. Wat moet je als huisarts met het RIVM-advies? Ik vond het ontoereikend. Ik ben zelf informatie gaan zoeken en heb op HAweb gevraagd hoe andere huisartsen omgaan met de vragen van ouders. Na de vakantieperiode stroomden de vragen van ouders pas goed binnen. Vooral toen het vaccinatieprogramma voor tieners van start ging, kregen veel collega's er pas mee te maken. Omdat ik me er door mijn cb-bezoek in had verdiept, was ik toen al enigszins voorbereid.'

Waar ik een maand geleden moest knokken tegen antivaxxers, is het nu tegen de aandringende ouders. Zo voelt het althans. Ik vind het vrijblijvende 'Als de ouders het willen, mag het' toch moeilijk. Lijkt ook een soort tweedeling te geven: havens en havenots, wel of geen financiën.

Huisarts in Oostvoorne

Sinds gisteren diverse ongeruste ouders aan de balie, die niet willen wachten tot hun kind wordt opgeroepen. Navraag bij de apotheek leert dat vaccin niet leverbaar is; zij hebben een wachtlijst voor vaccin aangelegd. Kortom: het wordt toch wachten op die oproep via het RVP.

Huisarts in Almelo

Even gechargeerd: waarom hier veel tijd aan besteden aan de balie of telefoon, waarom knokken tegen ouders? Het advies is duidelijk voor kinderen die buiten de leeftijdscategorie vallen: niet actief aanraden, maar als ouders het willen, niet ontraden. Dus als een ouder mij vraagt om een vaccin, schrijf ik dat voor. Ik zeg er dan bij dat het mogelijk niet of later leverbaar is. Daar heb ik geen invloed op.

Huisarts in Amersfoort

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

OMGAAN MET VRAGEN VAN OUDERS, INFORMATIE VOOR OUDERS

Het NHG biedt de volgende informatie over praktisch omgaan met vaccinatie tegen meningokokken (nieuwsberichten april, mei en september 2018 en folder).

- [MenACWY-vaccinatie voor 14-jarigen en peuters](#)
- [Meningokokken en extra vaccineren](#)
- [Vaccinatiecampagne tegen meningokokkenziekte bij 14-18-jarigen van start](#)
- [Folder Vaccinatie voor tieners tegen meningokokkenziekte \[RIVM en NHG\]](#)

Thuisarts.nl:

- [Meningokokkenziekte ernstig, maar zeldzaam](#)
- [Extra vaccinatie voor 14-jarigen en peuters](#)

Huisarts & Wetenschap:

- [Een kind met meningokokkesepsis H&W mei 2018, p 65-66](#)
- [Actievere rol voor huisarts bij vaccinaties H&W september 2017, p 472-473](#)
- [Sepsis herkennen bij een volwassene H&W augustus 2017, p 400-403](#)

Het NHG heeft aan de leden een *NHG Alert* verstuurd over de meningokokkenvaccinatie.

INTERVIEW

met Niels Heins, huisarts en koploper wijkgericht werken

Niels Heins is huisarts in Krimpen aan den IJssel, een gemeente die al sinds de jaren zeventig vooroploopt in wijkgerichte aanpak. Heins deed met veel plezier mee aan een werksessie Samenwerken aan gezondheid in de wijk, legde contact en deed nieuwe inzichten op.



Niels Heins

Niels Heins is praktijkhoudend huisarts in Krimpen aan den IJssel, een dorp van 30.000 inwoners. In Krimpen aan den IJssel zijn de meeste gezondheids- en welzijnsvoorzieningen sinds zes jaar ondergebracht in één gezondheidscentrum en werkt men al decennia lang intensief samen in de wijk.

Foto: Edward Wortman

‘Toch weer nieuwe mensen ontmoet’

Waarom ging je de werksessie doen?

Niels Heins: ‘Op de huisartsenbeurs in april liep ik langs de NHG-stand, ik raakte in gesprek en ik dacht, ik doe mee met de prijsvraag. Je kon een werksessie voor je wijk winnen.’ Heins won een van de twintig werksessies Samenwerken aan gezondheid in de wijk, een project van RIVM Centrum Gezond Leven en het NHG, met zijn idee voor een werksessie eenzaamheid bij kwetsbare ouderen. Heins: ‘Krimpen aan den IJssel is een meer dan gemiddeld vergrijzende gemeente. Onze gemeente is al heel actief in ouderenzorg en we hebben een poh-ouderenzorg voor alle Krimpense huisartsen. Toch wilden we kijken of we er meer uit kunnen halen. Via het NHG konden we een werksessie organiseren. We hebben zelf tweemaal per jaar vanuit de zorggroep netwerkbijeenkomsten van zorgprofessionals betrokken bij kwetsbare ouderen: huisartsen, geriater, specialisten ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen, diëtistes en fysiotherapeuten, beleidsmedewerkers van de gemeente.’ Krimpen aan den IJssel doet al decennia lang veel aan wijkaanpak. Heins: ‘In Krimpen aan den IJssel is het al vanaf de jaren zeventig erg goed geregeld wat betreft samenwerking. Onze gemeente is met zijn 30.000 inwoners op zichzelf klein genoeg om een soort wijk te zijn, en alle gezondheidsvoorzieningen van de hele gemeente zitten in één gezondheidscentrum, zoals fysiotherapie, buitenpoli van het ziekenhuis, apotheek, thuiszorg en verloskunde. We hebben een goede onderlinge samenwerking. Sociale domein en medische zorg in één gebouw, dat is een enorm voordeel.’

Beviel de sessie?

‘Het was heel goed georganiseerd. Wij hadden ons hele netwerk opgetrommeld. De GGD vertelde over demografische ontwikkelingen in Krimpen aan den IJssel, de gemeente over gezondheidsstatistieken in onze gemeente. Krimpen aan den IJssel bleek goed te scoren in hoe mensen hun gezondheid ervaren. Wat ik wel schrikbarend vond, overigens niet landelijk afwijkend: 46 tot 48% van de 65-plussers voelt zich eenzaam. Er volgde een discussie over de oplossing en de specialist

ouderengeneeskunde zei: ‘Het is maar hoe je eenzaamheid definieert.’ Eenzaamheid is een beleving en dat kunnen we niet oplossen. Het is iets anders dan isolement, een veel groter probleem dat moeilijk oplosbaar is.

Wat vooral bleek: de onderlinge communicatie tussen het medische en sociale domein kan toch nog beter! Hoe houd je elkaar op de hoogte en wat deel je? En hoe pas je dat in de privacywetgeving in? Je kunt niet zomaar ongevraagd op de stoep staan bij een geïsoleerde zorgmijder, zeker niet als iemand heeft gemeld geen hulp te willen.’

‘In onze gemeente zit alle zorg en welzijn in één centrum’

Wat heeft de werksessie opgeleverd?

‘NHG-sessieleider Karolien van den Brekel zei: ‘‘Wat zitten jullie hier mooi!’’, maar wist ook de vinger op de zere plek te leggen. We gingen met ons groepje te diep de inhoud in; zij behield het overzicht, hielp ons naar de kernvraag: hoe benader je mensen in een isolement? Je trekt niet alles naar je toe, maar gebruikt je netwerk en schakelt bijvoorbeeld de seniorconsulent in, was een conclusie. Samenwerken loont. Bij ons is het historisch al zo dat veel disciplines in één gebouw zitten. Toch moet je oppassen: zie je je elkaar nog wel? De verbinding blijven zoeken, ondanks de drukte. Maar alle disciplines binnenshuis en bij de gemeente zijn bij ons heel benaderbaar. Al moet ik zeggen dat ik door de werksessie weer mensen heb ontmoet die ik nog niet kende.’

Wilt u ook samenwerken in de wijk? De [Praktijkhandleiding + gratis PIN Samenwerken aan gezondheid in de wijk helpen u om een start te maken](#), zie NHG.org/preventieindebuurt.

COLOFON NHG FORUM

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

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