



Federatie
**Medisch
Specialisten**

OVERZICHT

Verstandige keuzes



Inhoudsopgave

Verstandige Keuzes

Bij constitutioneel eczeem en galbulten	4
Bij een acute wond	6
Bij een lage rughernia	8
Bij gastro-oesofageale refluxziekte bij kinderen van 0 tot 18 jaar	10
Bij spataders en open been	12
Binnen de cardiologie	14
Binnen de KNO	16
Binnen de neurologie	18
Binnen de orthopedie	20
Binnen de radiologie	22
Binnen de urologie	24
In de reumatologie	26
Bij interne geneeskunde 1	28
Bij interne geneeskunde 2	30
Voor klinische chemie en laboratoriumdiagnostiek	32

Introductie

Voor u ligt een bundeling van 74 Verstandige keuzes, ontwikkeld door de wetenschappelijke verenigingen van de Federatie Medisch Specialististen. Deze Verstandige keuzes zijn opgesteld tussen 2014 en 2016 en onlangs opnieuw beoordeeld en bevestigd.

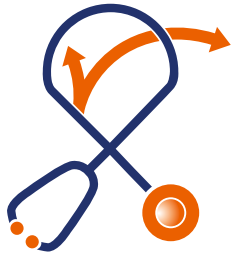
Verstandige keuzes zijn bewezen (evidence) aanbevelingen bij een bepaalde behandeling, bedoeld voor artsen en patiënten om samen te beslissen wat de best passende behandeling is op het juiste moment. Verstandige keuzes bieden concrete handvatten voor het bepalen van gepast gebruik van zorg. Zij beschrijven welke zorg over het algemeen juist wél geleverd moet worden, waar andere beschrijven welke zorg juist níet geleverd hoeft te worden, en dus om deïmplementatie vraagt. De herbeoordeling van deze Verstandige keuzes is een gezamenlijk traject van wetenschappelijke verenigingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de efficiënte toepassing te stimuleren. Door het toepassen van deze Verstandige keuzes op de werkvloer in ziekenhuizen en instellingen dragen wij bij aan de transitie naar Juiste zorg op de juiste plek.

Er zijn Verstandige Keuzes opgesteld voor cardiologie, interne geneeskunde, neurologie, neurochirurgie, keel- neus- en oorheelkunde, urologie, radiologie, orthopedie, reumatologie, kindergeneeskunde, klinische chemie en dermatologie en venereologie.

Meer informatie

Heeft u nog vragen naar aanleiding van dit document? Neemt u dan contact op met Eline Schiks, adviseur, via raadberoepsbelangen@demedischspecialist.nl.

Alle Verstandige keuzes kunt u ook online vinden: www.demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes.



Verstandige keuzes bij constitutioneel eczeem en galbulten

1

Probeer niet het beloop van het eczeem te verklaren.

Constitutioneel eczeem is een veel voorkomende vorm van eczeem en kenmerkt zich door een sterk jeukende ontsteking van de huid. De oorzaak is niet bekend. Meestal is het onduidelijk wat de toename van het eczeem veroorzaakt en is het beloop onvoorspelbaar. Maak dit duidelijk aan de patiënt, anders zal deze een oorzaak blijven zoeken. Zo kan overbodige diagnostiek voorkomen worden.

2

Doe geen overbodig allergologisch onderzoek bij eczeem.¹

Allergologisch onderzoek is onderzoek naar eventuele allergieën bij de patiënt. In de dermatologie zijn die onderzoeken gewoonlijk gericht op type 1 en type 4 allergie. Onderzoek naar type 1 heeft bij patiënten met constitutioneel eczeem alleen zin als er sprake is van acute allergische reacties van de luchtwegen of na het eten van bepaalde voedingsmiddelen. Het vermijden van allergenen (stoffen die een allergische reactie kunnen veroorzaken) heeft geen invloed op het beloop van eczeem.

3

Voorkom angst voor hormoonzalf en daarmee onderbehandeling van eczeem.

Vaak is een onderhoudsbehandeling met lokale corticosteroiden of calcineurineremmers (ontstekingsremmende middelen) nodig om een toename van het eczeem te voorkomen. Leg uit dat wanneer lokale therapie abrupt gestopt wordt er na enkele dagen weer een opleving van het eczeem zal optreden. Ook is het van belang uit te leggen hoeveel crème of zalf er per lichaamsoppervlak gesmeerd moet worden aan de hand van de vingertipmethode.

Bespreek corticofobie: veel patiënten gebruiken minder dan de geadviseerde hoeveelheid corticosteroiden omdat ze bang zijn voor bijwerkingen. Leg uit dat dit niet het geval zal zijn als het behandelplan gevolgd wordt. Minder gebruiken leidt anders tot onderbehandeling van het eczeem.

4

Blijf niet eindeloos zoeken naar de oorzaak van galbulten.

Als galbulten (urticaria) langer dan 6 weken bestaan zonder duidelijke oorzaak spreken we van chronische spontane urticaria. Deze vorm is een redelijk vaak voorkomende huidaandoening bij jong en oud en heeft veelal geen duidelijke oorzaak. Dit betekent dat uitgebreid aanvullend onderzoek niet op zijn plaats is. Er is slechts ruimte voor bloedonderzoek in de vorm van bloedbeeld en CRP (ontstekingswaarde); allergologisch onderzoek en ander bloedonderzoek hebben geen toegevoegde waarde.

5

Voorkom strenge diëten bij galbulten.

De oorzaak van galbulten blijft in vrijwel alle gevallen onbekend en er zijn geen duidelijke uitlokkende factoren bekend. Echter, op diverse websites worden strenge diëten aangeprezen voor het vermijden van zogenaamde uitlokkende factoren van de galbulten. Voor het leeuwendeel van deze diëten is geen wetenschappelijke onderbouwing qua effectiviteit. Voorkom deze strenge diëten dus en vraag uw dermatoloog om advies.



Referenties:

Richtlijn chronische spontane urticaria (NVDV, 2015)
Richtlijn constitutioneel eczeem (NVDV, 2019)

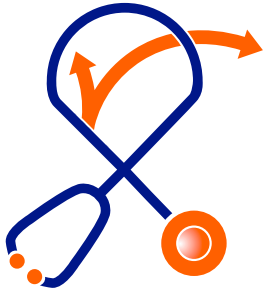
Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes bij constitutioneel eczeem en galbulten' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'. De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes bij een acute wond*

1

Reinig een wond niet met (steriel) fysiologisch zout.

Het reinigen van acute wonden is alleen nodig als er sprake is van een vuile open wond. Dan is reiniging met lauwwarm (drinkbaar) kraanwater voldoende.

2

Week de wond niet in een badje met reinigingsmiddel.

Het toepassen van badjes met was- of reinigingsmiddelen (soda, Biotex, Badedas, etc.) om voeten of handen met een wond in te laten weken, heeft een nadelig effect op de wond en omliggende huid. Dit kan de infectiekans vergroten en de wondgenezing remmen.

3

Gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond.

Het met verbandmateriaal bedekken van chirurgisch gesloten wonden na een incisie leidt niet tot minder wondinfecties. Bovendien kan het verwisselen van klevend verbandmateriaal pijnlijk zijn.

Een wondbedekker is alleen nodig als de wond lekt, ter bescherming van schurende kleding, of als de patiënt de wond niet wil zien.

4

Gebruik geen kostbare verbanden als gaas volstaat.

Voor veel wonden, zoals postoperatieve-, scheur-, lap- of bijtwonden, is een niet klevend (vet- of paraffine-) gaasverband voldoende.

Bij wondlekkage kan aanvullend absorberend verband worden gebruikt. Bij wonden ontstaan door huidtransplantaties (huid van een ander lichaamsdeel) zijn een hydrocolloïd (verband dat de wond vochtig houdt) of een folie het beste.

* Een acute wond is een wond die ontstaat na een operatie of trauma.

5

Stuur een patiënt nooit zonder leefregels naar huis.

Een patiënt met een chirurgisch gesloten wond mag na 24 uur kort douchen (niet langer dan 10 minuten). Instrueer de patiënt wat te doen bij infectieverschijnselen. Geef de patiënt ook instructies mee over wanneer en hoe het lichaamsdeel met de wond weer gebruikt mag worden.

Nederlandse
Vereniging
voor Heelkunde



NVDV Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Referenties:

Brölmann FE, Vermeulen H, Go P, Ubbink D. De behandeling van acute wonden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2013;157(29):A6086.

Brölmann FE, Eskes AM, Goslings JC, Niessen FB, de Bree R, Vahl AC, Pierik EG, Vermeulen H, Ubbink DT; REMBRANDT study group. Randomized clinical trial of donor-site wound dressings after split-skin grafting. *Br J Surg*. 2013;100(5):619-27.

Due E, Rossen K, Sorensen LT, Kliem A, Karlsmark T, Haedersdal M. Effect of UV irradiation on cutaneous cicatrices: a randomized, controlled trial with clinical, skin reflectance, histological, immunohistochemical and biochemical evaluation. *Acta Derm Venereol* 2007;87:27-32.

Dumville JC, Walter CJ, Sharp CA, Page T. Dressings for the prevention of surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011, Issue 7. Art. No.: CD003091.

Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012, Issue 2, Art. No.: CD003861.

Heal C, Buettner P, Raasch B, Browning S, Graham D, Bidgood R, Campbell M, Cruikshank R. Can sutures get wet? Prospective randomised controlled trial of wound management in general practice. *BMJ* 2006;332(7549):1053-6.

Richtlijn acute wonden NVvH:
<http://www.heelkunde.nl/uploads/o1/hl/o1hIRR2oR4QDojTm5p-GjGA/Richtlijn-Wondzorg-final.pdf>.

Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection. NICE Clinical guideline 74 (www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG74NICEGuideline.pdf) 2008:86-90.

Ubbink DT, Vermeulen H, Goossens A, Kelner RB, Schreuder SM, Lubbers MJ. Occlusive vs gauze dressings for local wound care in surgical patients: a randomized clinical trial. *Arch Surg*. 2008;143(10):950-5.

Over Verstandig Kiezen

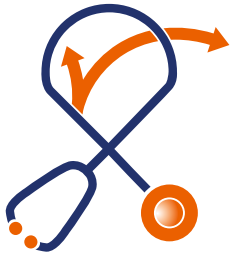
Deze 'Verstandige Keuzes bij een acute wond' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes bij een lage rughernia*

1

Opereer niet wanneer er alleen sprake is van rugpijn

Het hebben van alleen of voornamelijk rugpijn is geen goede indicatie voor een rughernia-operatie. Bij een rughernia komt vrijwel altijd rugpijn, maar vooral uitstralende pijn in het been voor. Met een operatie zal de pijn in het been vrijwel zeker verdwijnen, maar de rugpijn meestal niet. Tenzij deze rugpijn onderdeel is van het uitstralend pijnpatroon. Wanneer er sprake is van uitsluitend rugpijn, worden na de acute fase met een behandeling zonder operatie goede resultaten bereikt.

2

Opereer niet wanneer de beenpijn kort (<6 weken) duurt, maar probeer ook te vermijden dat bij aanhoudende klachten te lang gewacht wordt met opereren (>9 maanden).

Uit onderzoek blijkt dat de beste resultaten van een rugherniaoperatie bereikt worden als de operatie plaatsvindt tussen 3 en 9 maanden na het begin van de klachten. In bijna alle gevallen gaat de pijn die veroorzaakt wordt door een rughernia vanzelf over binnen 6 tot 18 weken. Als er te lang gewacht wordt met opereren bij iemand die veel last heeft van zenuwpijn in het been, wordt met een operatie vaak een minder goed resultaat behaald. Dit is waarschijnlijk het gevolg van zenuw schade.

Patiënten met functieverlies (verlamming of bijv. uitval van de blaasfunctie) moeten wel met spoed geopereerd worden. Ook voor patiënten die ondanks opiaten bedlegerig blijven kan een indicatie bestaan om binnen 6 weken na de start van de klachten te opereren.

3

Vraag geen MRI aan tijdens de natuurlijke herstelperiode of na een hernia-operatie als er geen klachten bestaan die een nieuwe operatie rechtvaardigen.

De meeste patiënten met een rughernia (90%) zijn binnen 6 tot 18 weken weer klachtenvrij. Bij het vermoeden van een rughernia op basis van pijnklachten in het been heeft het in deze fase geen zin om een MRI scan te laten maken. Pas wanneer de klachten niet overgaan of onhoudbaar zijn en een operatie overwogen wordt, is het zinvol een MRI te laten maken. Deze wordt dan gebruikt om de operatieindicatie te verifiëren en om de technische benadering en het niveau van chirurgie te beoordelen.

Ook bij het aanvragen van een MRI na een herniaoperatie is terughoudendheid geïndiceerd. Vaak wordt na operatie een herhalings-MRI aangevraagd. Onderzoek wijst echter uit dat er geen verschil is in de bevindingen op een MRI tussen patiënten die na een herniaoperatie klachten ondervinden en patiënten die geen klachten hebben.

4

Pas nieuwe operatietechnieken voor lage rughernia uitsluitend toe in klinische trials

Er vinden voortdurend ontwikkelingen plaats rondom operatietechnieken bij een lage rughernia. Zolang de veiligheid en werkzaamheid van een nieuwe techniek niet is vastgesteld kan deze echter niet zomaar worden toegepast.

Nieuwe operatietechnieken mogen alleen worden gebruikt als onderdeel van gedegen klinisch trials, waarbij de kosteneffectiviteit en de veiligheid van deze nieuwe techniek wordt vergeleken met de gangbare techniek en patiënten voldoende lang gevolgd worden.



Referenties:

Richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom

Abdelilah el Barzouhi et al, Magnetic Resonance Imaging in Follow-up Assessment of Sciatica, *N Engl J MED*, March 14, 2013

Chou, R et al, Diagnostic Imaging for Low Back Pain: Advice for High-Value Health Care From the American College of Physicians *Ann, Intern Med.* 2011;154:181-189.

Deyo RA, Real help and red herrings in spinal imaging, *N Engl J Med.* 2013 Mar 14;368(11):1056-8

Deyo RA, Magnetic resonance imaging of the lumbar spine. Terrific test or tar baby? *N Engl J Med.* 1994 Jul 14;331(2):115-6

Jacobs WC, Rubinstein SM, Koes B, Van Tulder MW, Peul WC, Evidence for surgery in degenerative lumbar spine disorders, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, ISSN 1521-6942

Koes BW, Van Tulder MW, Peul WC, Diagnosis and Treatment of Sciatica, *BMJ*, 2007; 334: 1313-1317

Peul WC et al, Surgery versus Prolonged Conservative Treatment for Sciatica, *N Engl J MED*, 2007; 356: 2245-56.

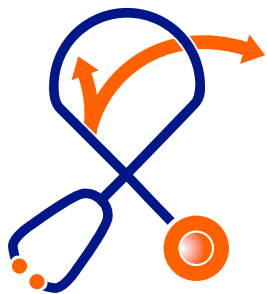
Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes bij een lage rughernia' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'. De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes

bij gastro-oesofageale refluxziekte

bij kinderen van 0 tot 18 jaar

1

Verricht geen gastroscopie om de diagnose refluxziekte vast te stellen.

Bij gastro-oesofageale refluxziekte ontstaan er klachten door het terugstromen van maaginhoud in de slokdarm. Het is beter geen gastroscopie te verrichten om de diagnose vast te stellen, tenzij:

- alarmsymptomen zoals *failure to thrive* (niet goed gedijen) aanwezig zijn die kunnen wijzen op een andere oorzaak zoals *eosinofiele oesofagitis* (chronische ontsteking aan de slokdarm);
- geopereerd moet worden bij falende medicamenteuze behandeling;
- er sprake is van therapieresistente refluxziekte.

Gastroscopie bij kinderen moet worden uitgevoerd door een endoscopist met specifieke ervaring ten aanzien van kinderen en in een klinische setting die geschikt is voor kinderen. Voor de indicatiestelling is verwijzing naar een kinderarts MDL nodig. Dit geldt niet voor kinderen met een aangeboren anatomische afwijking.

2

Doe liever geen pH-metrie om de diagnose refluxziekte vast te stellen.

Bij zuigelingen met refluxklachten is grondige anamnese en lichamelijk onderzoek meestal voldoende om de diagnose te stellen. Bij kinderen die onvoldoende duidelijk hun klachten kunnen aangeven, kan *pH-metrie* (het meten van de effectiviteit van de zuurremming) een goede test zijn.

Daarnaast kan pH-metrie bij adolescenten met therapieresistente refluxziekte helpen bij het vaststellen van de diagnose.

3

Röntgenonderzoek is niet de beste optie om de diagnose refluxziekte vast te stellen.

Vanwege de lage sensitiviteit en specificiteit is het beter om geen röntgenonderzoek te gebruiken bij de diagnosestelling van refluxziekte. Röntgenonderzoek is wel geschikt om anatomische afwijkingen met dezelfde symptomen als bij refluxziekte uit te sluiten, zoals malrotatie en *volvulus* (draaiing) van de maag.

Bij een anti-refluxoperatie moet altijd een röntgenonderzoek en een gastroscopie worden verricht.

4

Behandel refluxziekte niet standaard met maagzuurremmers.

Reflux is een normaal fysiologisch verschijnsel dat verschillende keren per dag optreedt bij gezonde zuigelingen, kinderen en volwassenen.

Er is een onderscheid in het therapeutisch stappenplan tussen jongere (0 tot 18 maanden) en oudere (18 maanden tot 18 jaar) kinderen. Uitgangspunt is dat medicamenteuze behandeling bij refluxziekte alleen bij uitzondering (in het geval dat er minimaal één alarmsymptoom aanwezig is) gedurende 3 maanden een optie is. Behandel dan met de geneesmiddelen ranitidine of PPI's bij jongere kinderen en met PPI's bij oudere kinderen. Evalueer altijd na 2 tot 4 weken.

De geneesmiddelen antacida, metoclopramide, domperidon, erythromycine of baclofen zijn geen eerste keus omdat er onvoldoende bewijs is dat ze effectief zijn.

5

Eerst evalueren, dan continueren.

Bij medicamenteuze behandeling dient na 2 tot 4 weken geëvalueerd te worden. Na de evaluatie kan eventueel de dosering aangepast worden. Bij onvoldoende effect kan een ander geneesmiddel worden voorgeschreven.



Nederlandse
Vereniging voor
Kindergeneeskunde

Referenties:

Vandenplas Y, et al. *Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN)*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 49:498

Van der Pol RJ, Smits MJ, van Wijk MP, Omari TI, Tabbers MM, Benninga MA. *Efficacy of proton-pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease: a systematic review*. *Pediatrics*. 2011;127(5):925-35.

Richtlijn gastro-oesofageale reflux(ziekte) bij kinderen van 0-18 jaar, NVK 2012.

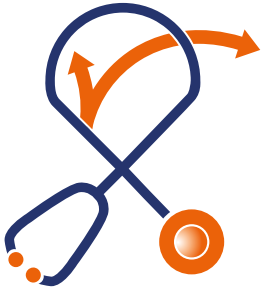
Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes bij gastro-oesofageale refluxziekte' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'. De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes bij spataders en open been

1

Behandel geen spataders of open been (ulcus cruris) zonder duplexonderzoek

Spataders (Chronische Veneuze Ziekte, CVD) ontstaan als aders uitzetten doordat de kleppen in de aders niet meer goed werken en het bloed gaat 'lekker'. Duplexonderzoek van de aders (een combinatie tussen echografie en het meten van de stroomsnelheid van het bloed in de vaten) is hét diagnostisch onderzoek om vast te stellen of er sprake is van spataders. Het is eenvoudig uit te voeren en niet invasief (het lichaam wordt niet binnengedrongen) en daarmee het meest patiëntvriendelijk. De helft van de patiënten met een open been heeft dit op basis van oppervlakkige spataders. Behandeling hiervan geeft niet alleen een snellere genezing, maar voorkomt vooral dat spataders terugkomen. Tevens voorkomt het onnodige toekomstige behandelingen, bijvoorbeeld van een open been, en daarmee onnodige kosten.

2

Gebruik geen Doppler of plethysmografie

Doppler (onderzoek met geluidsgolven) heeft geen plaats meer in de diagnostiek van spataders omdat deze is vervangen door het duplexonderzoek. Ook plethysmografie, een methode om het volume en volumeveranderingen in het been te meten, heeft geen plaats meer in de diagnostiek van spataders omdat duplexonderzoek het meest patiëntvriendelijk, kosteneffectief en veilig is.

3

Voorkom overbehandeling: behandel spataders alleen bij klachten

Bij patiënten met spataders zonder klachten is behandeling niet noodzakelijk. Echter, bij patiënten met klachten passend bij spataders kan behandeling noodzakelijk zijn als ook wordt voldaan aan de volgende voorwaarden: bij grotere spataders (VSM, VSP, VSMAA en AP) met een diameter van tenminste 3 millimeter is de kans op het lekken zo groot dat - indien er klachten zijn - behandeling nodig is. Daarnaast moet het lekken bij oppervlakkige aders langer duren dan 0,5 seconde, en bij diepe aders zelfs langer dan 1 seconde.

4

Pas bij de behandeling van spataders geen stripping toe als thermische technieken voorhanden zijn

Alle technieken voor de behandeling van spataders zijn effectief en veilig. Thermische technieken (dichtschroeien met hitte) onder lokale verdoving zijn qua effectiviteit gelijk aan stripping (verwijderen van de ader) dat onder algemene of spinale anesthesie (ruggenprik) gebeurt. Thermische technieken genieten echter de voorkeur omdat ze patiëntvriendelijker zijn en tevens worden onnodige kosten voorkomen.

5

Gebruik geen dure wondbehandeling-producten

Kies bij het behandelen van een open been voor eenvoudige producten, gekozen op basis van de wondaspecten en de klachten van de patiënt. Er is namelijk maar bij weinig (dure) middelen een duidelijke meerwaarde aangetoond.



NVDV Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Overkoepelende richtlijn 'Veneuze Pathologie', NVDV 2014

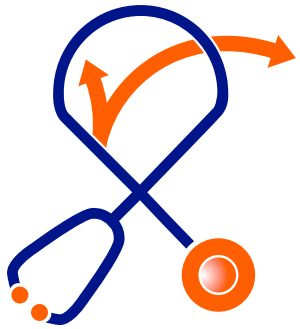
Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes bij spataders en open been' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'. De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes

binnen de cardiologie

1

Verricht routinematig geen aanvullend onderzoek (ergometrie, echocardiografie, nucleair onderzoek, CT, MRI of hartkatheterisatie) bij patiënten zonder klachten na een geslaagde dotter of bypassoperatie

Routinematig aanvullende diagnostiek bij patiënten na een succesvolle dotter of bypassoperatie leidt zelden tot een andere wijze van behandelen.

2

Verricht geen inspanningstest (ECG) voor screening op hartafwijkingen bij mensen zonder klachten en een laag risico op hartziekten (<10% risico op hartziekte in 10 jaar)

De uitslag van de inspanningstest draagt niet bij tot wijziging van behandeling bij deze mensen en leidt mogelijk tot onnodige follow-up gezien de beperkte diagnostische waarde van deze test.

3

Verricht geen aanvullend diagnostisch cardiologisch onderzoek bij patiënten die een normaal inspanningsvermogen hebben en een operatie moeten ondergaan waarbij de kans op complicaties klein is

Aanvullend onderzoek heeft geen meerwaarde in het verlagen van het operatie risico bij deze patiënten. Meestal is goed navragen of er klachten aanwezig zijn voldoende.

4

Verricht geen jaarlijks routine echocardiogram bij patiënten met geringe klepafwijkingen of een goed functionerende mechanische klepprothese als er geen sprake is van verandering in klachten of lichamelijk onderzoek

Progressie van geringe tot ernstig kleplijden vindt zelden plaats zonder dat dit gepaard gaat met klachten. Patiënten met een mechanische klepprothese moeten 6-12 weken na de operatie een uitgangs echocardiogram krijgen en daarna jaarlijks gecontroleerd worden door de cardioloog. Een echocardiogram is alleen zinvol als er klachten zijn.

5

Patiënten met stabiele angina pectoris zonder aanwijzing voor uitgebreide afwijkingen aan de kransslagaders moeten eerst optimaal met medicijnen worden behandeld alvorens te dotteren of te opereren

Stabiele patiënten met angina pectoris zonder kenmerken voor hoog-risico moeten alleen een dotter of bypass operatie ondergaan als ze klachten houden ondanks gebruik van adequate medicatie.



Referenties:

2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management.

The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA)

2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization.

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)
A Dutch perspective on the ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization.

2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease.

The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology

2012 Guidelines on the management of valvular heart disease.

The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Over Verstandig Kiezen

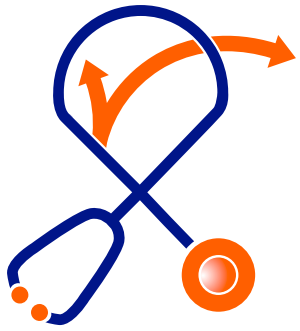
Deze 'Verstandige Keuzes binnen de cardiologie' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes

binnen de KNO

1

Knip geen neus- of keelamandelen bij kinderen uitsluitend op basis van specifieke verkoudheids- of keelklachten.

Het knippen van de neusamandel heeft geen aangetoond effect bij kinderen met alleen terugkerende verkoudheden. Het knippen van de neus- en/of keelamandelen heeft slechts effect bij kinderen met terugkerende keelontstekingen (meer dan 4 maal per jaar) en bij kinderen met nachtelijke ademstops (apneus).

2

Maak een zorgvuldige afweging alvorens over te gaan tot plaatsing van trommelvliesbuisjes.

Een middenoorontsteking gaat op termijn in de meeste gevallen vanzelf weer over. Plaats trommelvliesbuisjes wanneer er sprake is van:

- langdurige klachten (meer dan 3 maanden),
- een gehoorverlies van meer dan 25 dB en/of
- frequente middenoorontstekingen (meer dan 3 keer per half jaar of 4 keer per jaar).

3

Verricht niet standaard een CT-scan bij verdenking op een bijholtenontsteking.

Maak bij een patiënt met een verdenking op een ongecompliceerde bijholtenontsteking alleen een CT-scan indien er een discrepantie bestaat tussen de klachten en het onderzoek van de neus (nasendoscopie) of wanneer een operatie wordt overwogen. De CT-scan is van weinig waarde bij de diagnostiek en geeft onnodige stralenbelasting voor de patiënt. Er bestaat geen indicatie voor het maken van een standaard röntgenfoto van de bijholten.

4

Verricht alleen een slaapendoscopie wanneer een operatieve ingreep wordt overwogen.

Het uitvoeren van een onderzoek onder narcose ter beoordeling van de neus- keelholte (slaapendoscopie) bij patiënten met snurken of verdenking op een Obstructief Slaapapneu Syndroom (OSAS) dient alleen verricht te worden wanneer het verrichten van een operatie wordt overwogen.

5

Neem niet bij elke ontsteking van de uitwendige gehoorgang of het middenoor een kweek af.

Neem alleen een kweek af uit de gehoorgang wanneer de ingestelde behandeling geen effect heeft of wanneer er complicaties optreden. De meeste oorontstekingen reageren goed op (lokale) medicatie. Onderzoek toont aan dat zo'n 95% van de kinderen binnen 2 weken van hun loopoor af is.



Referenties:

Richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de Tweede lijn (2007)

Richtlijn Otitis Media bij kinderen in de tweede lijn (2012)

Richtlijn Chronische Rhinosinusitis en Neuspoliepen (2010)

Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneusyndroom bij volwassenen (2009)

Richtlijn Otitis Externa (2010)

Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes binnen de KNO' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen' van de Federatie Medisch Specialisten.

Verstandige Keuzes zijn evidence based aanbevelingen en zijn bedoeld als een stimulans voor de arts om in het gesprek met de patiënt te komen tot een gepast gebruik van de zorgmogelijkheden. Het gaat niet om het zoeken naar de goedkoopste manier van behandeling, maar om samen te beslissen over de best passende behandeling voor de individuele patiënt. Deze gesprekken tussen arts en patiënt over het nut en de noodzaak van bepaalde diagnostische procedures en therapeutische interventies kunnen in belangrijke mate bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.

In het kader van de programma's Samen Beslissen en Verstandig Kiezen wordt samengewerkt met de Patiëntenfederatie Nederland. Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes

binnen de neurologie

1

Voer niet standaard een EMG uit voor het stellen van de diagnose polyneuropathie.

EMG is de afkorting voor elektromyografie. Met een EMG kan onder meer de functie van zenuwen gemeten worden.

Voor het stellen van de diagnose polyneuropathie bij patiënten met diabetes mellitus, ernstige nierinsufficiëntie, chronisch alcoholisme of cytostaticagebruik is het uitvoeren van een EMG niet nodig als het klinisch beeld en het beloop passen bij de onderliggende aandoening.

2

Verricht niet routinematig een SPECT-scan bij klinische aanwezigheid van parkinsonisme.

Een SPECT-scan is een driedimensionale diagnostische techniek die de verdeling van een toegediende radioactieve isotoop in het lichaam weergeeft.

In de meeste gevallen is aanvullend onderzoek met behulp van SPECT niet nodig om de diagnose "Ziekte van Parkinson" te stellen. Slechts in zeer specifieke situaties kan SPECT-onderzoek behulpzaam zijn bij het onderscheid maken tussen enkele op elkaar lijkende aandoeningen. Maar bij de meeste patiënten is het niet zinvol om een SPECT-scan uit te voeren, en kan daardoor ook onnodige stralenbelasting voorkomen worden.

3

Vraag geen beeldvorming aan in de eerste 6 weken van een lumboradiculair syndroom, tenzij er sprake is van alarmsymptomen.

Een in opzet conservatieve behandeling bij een lumboradiculair syndroom (LRS, rughernia) verdient in de eerste drie maanden in het algemeen de voorkeur. De daarop volgende drie maanden zal de tendens bij aanhoudende of toenemende pijnklachten steeds sterker naar een operatie neigen.

Beeldvormend onderzoek (MRI of CT) dient pas verricht te worden wanneer overwogen wordt te opereren, of wanneer er aanwijzingen (alarmsymptomen) zijn voor een ernstig onderliggend lijden dat door middel van beeldvorming kan worden aangetoond.

4

Voer geen routinematige bepaling van de serumspiegels van anti-epileptica uit.

Het routinematig bepalen van de serumspiegel van anti-epileptica heeft geen invloed op het aantal aanvallen en leidt ook niet tot minder bijwerkingen.

In individuele gevallen kan bepaling van serumspiegels nuttig zijn (bijvoorbeeld bij onvoldoende reactie op de behandeling, twijfel aan therapietrouw, bijwerkingen, belangrijke bijkomende aandoeningen en bij gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijk).

5

Verricht niet routinematig laboratoriumonderzoek bij patiënten met CTS.

Bij patiënten met het carpaaltunnelsyndroom (CTS) komen weliswaar vaker diabetes mellitus, hypothyreoïdie en reumatoïde artritis voor, maar een CTS is zelden het beginsymptoom van deze aandoeningen en er is onvoldoende bewijs voor het nut van routinematig verrichten van laboratoriumonderzoek hiernaar.



Nederlandse Vereniging
voor Neurologie

Referenties:

Nederlandse Vereniging voor Neurologie.
Richtlijn polyneuropathie. 2005.

Nederlandse Vereniging voor Neurologie.
Multidisciplinaire richtlijn Parkinson. 2010.

Nederlandse Vereniging voor Neurologie.
Richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom', 2008.

Nederlandse Vereniging voor Neurologie.
Richtlijn Epilepsie. 2013

Nederlandse Vereniging voor Neurologie.
Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het
carpaletunnelsyndroom. 2006

Over Verstandig Kiezen

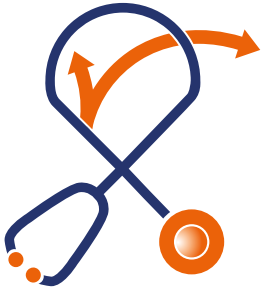
Deze 'Verstandige Keuzes binnen de neurologie' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes binnen de orthopedie



Geen heup- en knie vervangingen zonder adequaat conservatieve behandeling

De indicatie voor totale heup- of knie vervanging bij artrose wordt gesteld op basis van pijn, functieverlies en radiologische afwijkingen. Als iemand door artrose heup- of knieklachten heeft, volgt eerst een behandeling zónder operatie. Dit wordt ook wel een conservatief behandeltraject genoemd. Dit behandeltraject kan bestaan uit voorlichting, een eventueel afvalprogramma, pijnstilling en fysiotherapie. Patiënten accepteren steeds minder vaak lichamelijke beperkingen door artrose van de heup- of knie en vragen daarom eerder om een prothese. Een gewrichtsvervanging is echter een grote ingreep en kan gepaard gaan met complicaties. Daarom is het pas verantwoord tot operatie over te gaan als conservatieve behandeling niet meer helpt. Ook omdat het klachtenpatroon bij artrose in het begin sterk wisselt, is een optimale conservatieve behandeling altijd de eerste stap die genomen moet worden.



Geen voorste kruisband reconstructies binnen enkele weken na ontstaan letsel

De orthopedisch chirurg stelt de diagnose aan de hand van de aard van de knieklachten, lichamelijk onderzoek, röntgenfoto's en eventueel een kijkoperatie. De behandeling bestaat meestal eerst uit fysiotherapie. Fysiotherapie maakt de beenspieren sterk en helpt om de knie tot 'rust' te brengen. Dit betekent: minder pijn, geen zwelling, geen stijfheid en geen vocht meer in de knie. Voor een aantal patiënten levert alleen fysiotherapie voldoende resultaat op. Is het resultaat na drie tot zes maanden niet voldoende, dan kan een nieuwe kruisband worden overwogen. Zo'n voorste kruisband reconstructie kan alleen plaatsvinden in een 'rustige' knie die volledig kan strekken.



Geen artroscopie en geen MRI bij degeneratieve knieën zonder slotklachten

Bij een degeneratieve knie gaat de meniscus door artrose in kwaliteit achteruit.

Bij patiënten ouder dan 50 jaar geldt:

- Als de meniscus in kwaliteit achteruit gaat, is dat een beginnende uiting van artrose van de knie. Een kwalitatief slechte meniscus kan klachten geven. Alleen als er slotklachten zijn (de knie kun je dan niet meer goed strekken), is het zinvol om een deel van de meniscus via een kijkoperatie (artroscopie) te verwijderen.
- Bij knieklachten moet eerst een staande röntgenfoto (bij voorkeur een fixed flexion view) van de knie gemaakt worden. Er is geen indicatie voor routinematig gebruik van MRI.

4

Behandel discogene pijn niet operatief

Een versleten tussenwervelschijf kan pijn geven in de (lage) rug. Dit heet discogene pijn. De eerste stap in de behandeling is pijnstilling en een goed oefenprogramma. Ook gaan de arts en de patiënt na of er misschien niet-lichamelijke factoren zijn die de rugklachten veroorzaken of in stand houden. De oefentherapie heeft veel tijd nodig. Als er onvoldoende of geen effect is, kan een behandeling bij de pijnpoli of in het uiterste geval het vastzetten van de wervels (spondylodese) overwogen worden. Deze behandelingen moeten altijd deel uitmaken van een wetenschappelijk onderzoek omdat er nog veel onduidelijkheid is over het effect.

5

Geen subacromiale decompressies bij jonge patiënten met een pijnlijke schouder

Als een patiënt schouderpijn heeft en er is geen aanwijzing dat een schouder spier of -pees gescheurd is, volstaan goede pijnstilling en ontstekingsremmende injecties met corticosteroiden. De fysiotherapeutische behandeling moet zich richten op herstel, op een optimaal gebruik van het schoudergewricht en op herstel van de spierkracht. Indien de patiënt niet of onvoldoende reageert op uitputtende conservatieve behandeling, valt operatieve behandeling te overwegen. Een operatie aan de schouder waarbij een stukje bot verwijderd wordt van het schouderdak (subacromiale decompressie/neerplastiek) of het verwijderen van de slijmbeurs (bursectomie) mag alleen worden overwogen als een laatste behandeloptie bij volwassenen. Het is geen behandeloptie voor een peesontsteking bij jonge actieve sporters.



NEDERLANDSE
ORTHOPAEDISCHE
VERENIGING | NOV

Referenties:

Van den Ende, Bierma-Zeinstra, et al., Conservatieve behandeling van heup- en knieartrose. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde NVtG 2010;154:A1574

Richtlijn Artroskopie van de knie (NOV, 2010)

Richtlijn Subacromiaal pijnsyndroom (NOV, 2013) / Painfull shoulder guideline (2005) Haute Autorite de Sante

Richtlijn Totale heupprothese (NOV, 2010)

Richtlijn Totale knieprothese (NOV, 2014)

Richtlijn Voorste kruisbandreconstructie (NOV, 2011)

Richtlijn Wervelkolomgerelateerde pijnklachten lage rug (NVA, 2012)

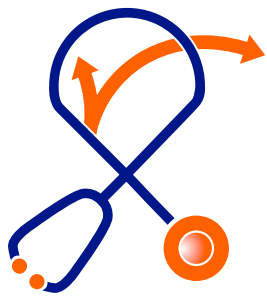
Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes binnen de orthopedie' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'. De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes binnen de radiologie

1

Wees terughoudend met het uitvoeren van een CT-scan bij een verdenking van longembolie.

Een longembolie treedt op als er een bloedprop zit in een of meer bloedvaten van de long. Met een CT-scan kun je bepalen of er sprake is van een longembolie.

Doe dat alleen als op basis van klinische criteria en voorafgaand (bloed)onderzoek is vastgesteld dat er inderdaad een grote kans is op een longembolie. Zo voorkom je onnodige CT-scans en daarmee onnodige kosten.

2

Overweeg pas een CT-scan bij onderzoek naar blindedarmontsteking bij kinderen als een echografie geen zekerheid biedt.

Het maken van een echo is een patiëntveilige en betrouwbare techniek om bij kinderen een blindedarmontsteking vast te stellen.

Een CT-scan moet alleen overwogen worden als de diagnose niet zeker vast te stellen is met een echografie. Het is beter om kinderen niet onnodig aan röntgenstraling bloot te stellen.

3

Maak niet standaard röntgenfoto's van de buik en borstkas bij volwassen patiënten met acute buikpijn.

Bij de beoordeling van patiënten met acute buikpijn zijn röntgenfoto's van de buik en borstkas niet nodig. Deze technieken hebben geen toegevoegde waarde ten opzichte van anamnese (de ziektegeschiedenis die de patiënt aan de dokter vertelt), lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek om de diagnose acute buikpijn vast te stellen.

Zo voorkom je dat er van de patiënt onnodig foto's, en daarmee onnodig kosten gemaakt worden.

4

Maak geen röntgenfoto maar een echografie als eerste (beeldvormend) onderzoek van de borst bij vrouwen jonger dan 30 jaar.

Vrouwen jonger dan 30 jaar hebben vaak dicht klierweefsel. Hierdoor is het moeilijker om een röntgenfoto van de borst te beoordelen. Echografie is daarom het onderzoek van eerste keuze bij deze vrouwen. Het maken van een echo is daarnaast patiëntvriendelijker.

5

Wees terughoudend met het maken van CT-scans van het hoofd bij patiënten met licht traumatisch hoofdletsel als zij een laag risico hebben op traumatische afwijkingen in de hersenen.

Licht hoofdletsel komt veel voor, bijvoorbeeld na een val of een ongeluk. Aan de hand van de geldende richtlijnen bij de behandeling van licht letsel aan het hoofd kan goed ingeschat worden of een CT-scan van het hoofd echt noodzakelijk is.



Nederlandse Vereniging voor Radiologie
Radiological Society of the Netherlands

Referenties:

Richtlijn diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie arteriële trombose, 2008.

Richtlijn diagnostiek en behandeling van acute appendicitis, 2010.

Richtlijn diagnostiek acute buikpijn bij volwassenen, 2013.

Richtlijn mammacarcinoom, 2012.

Richtlijn opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel, 2010.

Over Verstandig Kiezen

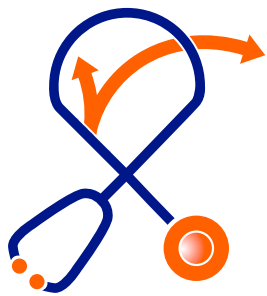
Deze 'Verstandige Keuzes binnen de radiologie' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website: demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes binnen de urologie

1

Doe geen botscan bij prostaatkanker als de kans op uitzaaiingen klein is.

Met een botscan wordt onderzocht of een patiënt met kanker uitzaaiingen in de botten heeft. Bij de meeste patiënten met prostaatkanker is de kans hierop erg klein. Daarom is het advies om niet bij alle patiënten met prostaatkanker een botscan te doen. Een botscan wordt wel aangeraden als:

- de PSA waarde meer dan 20 is;
- de Gleasonscore 8 of hoger is;
- het prostaatkankergezwel ver is doorgegroeid;
- de patiënt klachten heeft die op bot uitzaaiingen kunnen wijzen.

2

Begin bij een prostaatontsteking zonder koorts pas met antibiotica als de urinekweek groei van bacteriën laat zien.

Er zijn veel mannen met klachten die lijken op een prostaatontsteking. Als de patiënt geen koorts heeft, is het echter niet nodig om direct met antibiotica te beginnen. Onderzoek toont namelijk aan dat slechts een klein deel van deze mannen daadwerkelijk een prostaatontsteking heeft. Daarom is het beter om pas met antibiotica te starten als uit de urinekweek blijkt dat er sprake is van een echte prostaatontsteking.

3

Maak niet standaard een balzakecho bij jongens met een niet ingedaalde bal.

Bij jongens met een niet ingedaalde bal is lichamelijk onderzoek erg belangrijk. Een echo van de balzak geeft hierbij nauwelijks toegevoegde informatie. Daarom hoort een echo bij deze patiënten niet routinematig ingezet te worden. Alleen op indicatie kan een echo noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld bij zeer zware kinderen.

4

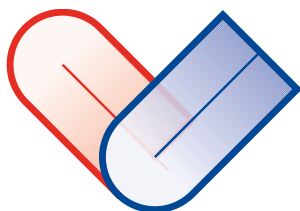
Maak niet standaard een CT-scan van de buik bij patiënten met bloed in de urine dat met het blote oog niet zichtbaar is.

Bloed in de urine kan wijzen op een kankergezwell in de urinewegen. Vaak is dit bloed niet zichtbaar met het blote oog, maar wel met een stickje of onder de microscoop. Bij deze patiënten kan de kans op kanker in de urinewegen ingeschat worden. Als deze kans klein of gemiddeld is, kan een echo van de buik worden gemaakt. Wanneer het risico op kanker groot is, wordt direct een CT-scan geadviseerd.

5

Kies niet standaard voor een buikecho of kijkonderzoek van de blaas bij terugkerende blaasontstekingen.

Terugkerende blaasontsteking bij vrouwen is een veel voorkomend probleem. Een oorzaak van deze ontstekingen wordt bijna nooit gevonden. Ook een echo van de buik of een kijkonderzoek van de blaas levert zelden een oorzaak op. Daarom wordt geadviseerd om deze onderzoeken niet standaard te doen.



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Referenties:

Richtlijn Prostaatcardinoom (2014)

Richtlijn Bacteriële urineweginfecties bij adolescenten en volwassenen (2009)

SWAB Guidelines on Antibacterial Therapy of Patients with Bacterial Central Nervous System Infections.

Richtlijn niet scrotale testis (2012)

Tasian G.E., Copp, H.L., Baskin, L.S. (2011). Diagnostic imaging in cryptorchidism: utility, indications, and effectiveness. Journal of Pediatric Surgery. 46, 2406-2413.

Richtlijn Hematurie (2010)

Over Verstandig Kiezen

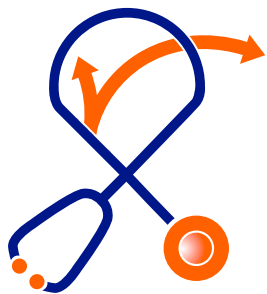
Deze 'Verstandige Keuzes binnen de urologie' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website: demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes in de reumatologie

1

Vraag bij voorkeur alleen een CRP of bezinking aan tijdens de follow-up van patiënten met reumatoïde artritis.

De correlatie tussen CRP en bezinking (BSE) is hoog, waardoor het niet zinvol is om bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) beide bepalingen tegelijkertijd te doen. Op basis van testkarakteristieken (CRP hogere specificiteit dan BSE), kosten (BSE is goedkoper dan CRP) en overige factoren (CRP wordt minder beïnvloed door leeftijd en geslacht), kan één van beide bepalingen komen te vervallen zodat alleen BSE of CRP gedaan wordt tijdens de follow-up van RA patiënten.

2

Het voorschrijven van biological doseringen hoger dan de registratiedosering is niet zinvol.

Biologicals zijn evenals andere medicamenten geregistreerd in een dosering die op groepsniveau een maximaal effect geeft. Hogere doseringen zijn niet of nauwelijks effectiever, en gaan gepaard met meer bijwerkingen. Tenslotte zijn deze behandelingen niet kosteneffectief. Als een patiënt niet voldoende respondeert binnen 4 tot 6 maanden na start, stap dan over op een ander anti-reumatisch middel, dit geeft een hogere kans op respons dan het verhogen van de dosis.

3

Vraag alleen Lyme-diagnostiek aan indien er gewrichtsklachten zijn die passen bij de ziekte van Lyme.

Gewrichtsklachten bij de ziekte van Lyme uiten zich vaak als een asymmetrische mono- of oligoarthritis, met name van de knie. Lymediagnostiek is dan ook alleen zinvol in de reumatologie bij patiënten met een mono- of oligoarthritis waarbij de knie betrokken is en andere oorzaken zijn uitgesloten óf bij patiënten met een mono- of oligoarthritis van grote gewrichten waarbij er in de anamnese aanwijzingen zijn voor Lyme-borreliose (o.a. een tekenbeet). Aspecifieke gewrichtsklachten of vermoeidheid in combinatie met een (mogelijke) tekenbeet zijn geen indicaties voor Lyme diagnostiek.

4

Vraag alleen een ANA aan indien er, na anamnese en lichamelijk onderzoek, een redelijke kans is op een met ANA geassocieerde aandoening.

25-30% van de gezonde bevolking heeft een positieve ANA (lage titer) en door dit hoge percentage fout-positieven is de ANA niet geschikt als screeningstest op een reumatische aandoening. Alleen bij een gereede verdenking (anamnese, lichamelijk onderzoek, beperkt aanvullend onderzoek) op een geassocieerde aandoening, heeft een ANA meerwaarde in het diagnostisch traject. Deze relatief zeldzame aandoeningen zijn (binnen de reumatologie): systemische lupus erythematosus, systemische sclerose, polymyositis/dermatomyositis, mixed connective tissue disease en het syndroom van Sjögren.

5

Schrijf bij voorkeur een traditioneel NSAID zoals ibuprofen, naproxen of diclofenac voor - indien nodig met PPI - en niet een selectief NSAID (etoricoxib en celecoxib).

Er is geen verschil in effectiviteit op groepsniveau tussen traditionele NSAIDs en selectieve NSAIDs. Ook is de kans op maagcomplicaties even groot bij gebruikers van traditionele NSAIDs gecombineerd met een protonpompremmer als van een selectief NSAID. Tenslotte zijn er nauwelijks verschillen in overige bijwerkingen. De kosten liggen voor een coxib een stuk hoger dan voor een traditioneel NSAID.



Nederlandse Vereniging
voor Reumatologie

Referenties:

R.Crowson et al. *Which measure of inflammation to use? A comparison of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein measurements from randomized clinical trials of golimumab in rheumatoid arthritis.* J Rheumatol 2009. Wolfe F. *Comparative usefulness of C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate in patients with rheumatoid arthritis.* J Rheumatol 1997.

Bongartz et al. *Anti-TNF antibody therapy in rheumatoid arthritis and the risk of serious infections and malignancies: systematic review and meta-analysis of rare harmful effects in randomized controlled trials.* JAMA 2006. Pavelka et al. *Increasing the infliximab dose in rheumatoid arthritis patients: a randomised, double blind study failed to confirm its efficacy.* Ann Rheum Dis 2009.

NHG standaard artritis 2009. *Leerboek reumatologie en klinische immunologie* 2013.

Solomon et al. *Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: antinuclear antibody testing.* Arthritis & Rheumatism 2002.

Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes bij in de reumatologie' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website www.demedischspecialist.nl.



Verstandige keuzes bij interne geneeskunde 1

1

Prik op de klinische afdeling alleen meer dan twee keer per week bloed als er een indicatie is.

Niet meer bloed prikken dan nodig is, levert patiëntvriendelijke zorg op zonder verlies van kwaliteit en veiligheid. Goede afspraken hierover maakt diagnostiek ook een stuk goedkoper.

2

Voorkom het plaatsen van een urineverblijfskatheter bij stabiele patiënten op de Spoedeisende Hulp (SEH) die zelf nog kunnen plassen.

Het plaatsen van een urineverblijfskatheter brengt namelijk risico's - en extra kosten - met zich mee. Zo zijn katheter-geassocieerde urineweginfecties een frequent voorkomend probleem in de Nederlandse ziekenhuizen.

3

Doe geen onderzoek naar een erfelijke stollingsafwijking bij een eerste trombose of embolie.

De uitkomst van dit stollingsonderzoek zal de behandeling niet beïnvloeden. Daarnaast voorkomt het onnodig screenen en onrust bij de patiënt en de familie als er sprake is van een positieve uitslag. Het niet doen van dit onderzoek is patiëntvriendelijk en kostenbesparend.

4

Stap indien mogelijk over van intraveneuze naar orale antibiotica en overweeg ontslag naar huis.

Het is wetenschappelijk bewezen dat een vroege overstap van antibiotica toedienen via het infuus naar het slikken van orale antibiotica verantwoord en veilig is. Een vroege overstap is patiëntvriendelijker, minder bewerkelijk voor de verpleging en leidt tot aanzienlijke kostenbesparing. Een bijkomend voordeel is dat de patiënt eerder met ontslag kan, wat uiteraard niet alleen beter is voor de patiënt, maar nóg meer kostenbesparing oplevert.

5

Maak geen standaard röntgenfoto van de buik en de borstkas bij volwassen patiënten met acute buikpijn.

In de beoordeling bij patiënten met acute buikpijn zijn röntgenfoto's van de buik en borstkas niet nodig. Deze technieken hebben geen toegevoegde waarde ten opzichte van anamnese (de ziektegeschiedenis die de patiënt aan de dokter vertelt), lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek om de diagnose acute buikpijn vast te stellen. Zo voorkom je dat er van de patiënt onnodig foto's, en daarmee onnodig kosten gemaakt worden.



nederlandse internisten vereniging

Voor literatuurverwijzingen zie
<http://www.internisten.nl/verstandigkiezen>

Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes bij interne geneeskunde' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website: demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes bij interne geneeskunde 2

1

Alleen op indicatie beeldvormende follow-up onderzoeken (PET en/of CT-scan) bij maligne lymfoom (lymfklierkanker).

Na afsluiting van een behandeling niet routinematig een follow up scan maken ter uitsluiting van een recidief. In meer dan 20% van de gevallen zijn PET-scans vals-positief. Dit leidt tot onnodig aanvullend onderzoek en als gevolg hiervan tot onnodige blootstelling aan bestraling of biopsieën, ongerustheid bij de patiënt en onnodige kosten. Het gaat hier expliciet niet om een evaluatie na einde behandeling (eindevaluatie), die wel geadviseerd wordt en noodzakelijk is.

2

Niet standaard een protonpompremmer (PPI) voor patiënten die starten met een prednison behandeling.

Wanneer alleen glucocorticoiden (zoals prednison) worden gebruikt, is geen maagbescherming nodig. Bij een maagzweer in de anamnese of bij aanwezigheid van een andere risicofactor zoals het gebruik van NSAID's, SSRI's, salicylaten of anticoagulantia is maagbescherming met een PPI geïndiceerd.

3

Vraag bij een invasieve ingreep niet standaard een stollingsonderzoek aan, maar doe dat op geleide van een bloedingsanamnese.

Bij invasieve ingrepen wordt er in het lichaam gebioteerd of gesneden. Om te onderzoeken of er sprake is van een versterkte bloedingsneiging (hemorragische diathese) is het noodzakelijk eerst de bloedingsaard en -geschiedenis te onderzoeken. Dan wordt bijvoorbeeld navraag gedaan over het voorkomen van door- of nabloeden bij trauma of operaties, andere aandoeningen bijvoorbeeld aan lever of nieren, bloedingsziekten in de familie en medicijngebruik.

4

Geneesmiddelen worden in principe voorgeschreven op stofnaam.

Op basis van het uitgangspunt 'Goedkoop als het kan, duur als het moet' worden geneesmiddelen in principe voorgeschreven op stofnaam. Door geen merknaam te gebruiken, kan de apotheker een generieke variant afleveren indien beschikbaar. De KNMP Handleiding Geneesmiddelensubstitutie geeft aan wanneer niet gesubstitueerd kan worden.

5

Bij het bespreken van de behandeling met de patiënt ook de behandelbeperkingen bespreken.

Bij het bespreken van de behandeling met de patiënt is het van belang om ook te bespreken of de patiënt niet wil dat bepaalde behandelingen worden uitgevoerd of dat bepaalde behandelingen niet zinvol zijn. In overleg kan bepaald worden wat de behandelbeperkingen zijn voor de patiënt en vervolgens worden deze schriftelijk vastgelegd.



nederlandse internisten vereniging

Voor literatuurverwijzingen zie
<http://www.internisten.nl/verstandigkiezen>

Over Verstandig Kiezen

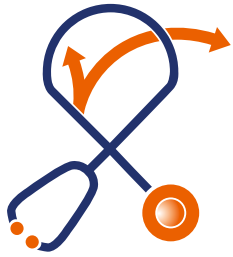
Deze 'Verstandige Keuzes bij interne geneeskunde' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt op de website: demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes



Verstandige keuzes voor klinische chemie en laboratoriumdiagnostiek

1

Vraag niet ad-random algemene diagnostiek aan, maar zet laboratoriumtesten gericht in.

Wanneer een ziekte meer voorkomt, bv. in de familie of in een bepaalde leeftijdsgroep, zal de positief voorspellende waarde van een diagnostische test hoger zijn. In bepaalde gevallen is het geïndiceerd om gerichte diagnostiek aan te vragen om zo ziekten aan te kunnen tonen. Vooral huisartsen zien een breed scala aan patiënten, waarbij de kans op aanwezigheid van een bepaalde aandoening, laag is. Het is daarom niet zinnig om ad-random diagnostiek aan te vragen. De gevonden uitslagen kunnen vals-positief zijn en zorgen daarmee juist voor ongerustheid bij de patiënt en tot (onnodige) vervolgdagnostiek en de daarmee gepaard gaande kosten.

2

Gebruik de 'Calprotectine in feces'-test om ontstekings- darmziekten uit te sluiten

Bepaalde aandoeningen komen relatief weinig voor. In dergelijke gevallen kan een huisarts ervoor kiezen om een test aan te vragen om de ziekte uit te kunnen sluiten. Een voorbeeld hiervan is de test om de hoeveelheid calprotectine in de ontlasting (feces) te meten. Calprotectine is een eiwit dat vrijkomt bij ontstekingen in het darmkanaal. Deze test kan bij patiënten met darmklachten onderscheid maken tussen inflammatoire darmziekten (IBD; Crohn en colitis ulcerosa) en het prikkelbare darmsyndroom (IBS). Ook kan een ontsteking in de darm uitgesloten worden. Hierdoor is verder belastend onderzoek voor de patiënt zoals een endoscopie meestal niet nodig. Door het toepassen van goedkoper screenend onderzoek kan (duurder en minder patiëntvriendelijk) vervolgonderzoek worden voorkomen.

3

Gebruik tumormarkers niet voor het screenen naar kankersoorten

Tumormarkers (ofwel tumormerkstoffen) zijn normaliter niet meetbaar in het bloed. Wanneer een tumor groeit en specifieke stoffen uitscheidt, zijn deze wel aantoonbaar. Het meten van tumormarkers wordt gedaan bij patiënten met bewezen kanker om de prognose en effecten van therapie te monitoren. Het aanvragen van tests om tumormarkers in het bloed te meten is alléén zinvol bij mensen met een verhoogde verdenking en risico op een kankersoort. Het ad-random screenen op tumormarkers bij patiënten met vage klachten is niet zinvol en leidt tot onzekerheid bij de patiënt, onnodige vervolgonderzoeken en behandeling. In de huidige bevolkingsonderzoeken worden geen tumormerkstoffen gebruikt om deze reden.

4

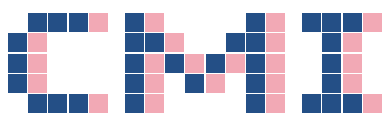
Laat geen vitamineonderzoek (B12/D/foliumzuur) uitvoeren bij patiënten met specifieke (vage) klachten.

Door een breed geloof in het algemene belang van vitamines wordt er vaak te snel besloten om vitamineniveaus te meten of worden uit voorzorg vitaminesupplementen genomen. Zonder aanwijzingen voor een tekort (of overschot) is er geen reden om vitamineonderzoek in te zetten. Ook is vaak onvoldoende helder naar welke vitamineniveaus gestreefd moet worden. Onder bijzondere omstandigheden of bij passende klachten kan vitamineonderzoek wel geïndiceerd zijn. Voor vitamine D zijn er nog geen bewijzen over de relatie met aandoeningen zoals kanker, diabetes en hart- en vaatziekten en heeft vitamine D-onderzoek geen aanvullende betekenis. Onderzoek naar foliumzuur of B12 is zinvol bij tekenen van bloedarmoede, polyneuropathie en dementie. Of in bijzondere situaties, zoals bij slechte opname door de darmen, ondervoeding en verhoogde behoefte (zoals zwangerschap of chronisch gebruik van metformine of protonpompremmers).

5

Gebruik specifiek IgE ter ondersteuning bij allergie en meet geen totaal IgE.

Bij een allergie worden vaak IgE antistoffen gevormd tegen de stof (het allergeen) waarvoor ze allergisch zijn, zgn allergeenspecifiek IgE (slgE). Dit slgE kan een rol spelen bij het vaststellen van de allergie. Het is alleen zinvol om, op basis van de anamnese van de patiënt, een specifieke IgE test (slgE) aan te vragen. Let wel, zonder duidelijke specifieke klinische klachten geeft een positieve slgE slechts aan dat er sprake is van herkenning van de allergeen door het afweersysteem, zogenaamde sensibilisatie, maar dit betekent niet zondermeer een bewijs voor het bestaan van een allergie. Het slgE vormt slechts een fractie van het totale IgE in het bloed. Het aanvragen van totaal IgE ter ondersteuning van de diagnose allergie is niet zinvol.



COLLEGE VAN MEDISCH IMMUNOLOGEN
COLLEGE OF MEDICAL IMMUNOLOGISTS

Referenties:

De referenties voor deze Verstandige Keuzes vindt u op www.nvkc.nl/patiënt/verstandig-kiezen

Over Verstandig Kiezen

Deze 'Verstandige Keuzes voor klinische chemie en laboratoriumdiagnostiek' zijn onderdeel van het programma 'Verstandig Kiezen'.

De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen met dit programma medisch specialisten en patiënten stimuleren om in gesprek te gaan over het nut en de noodzaak van zorgmogelijkheden.

'Verstandige Keuzes' zijn evidence based aanbevelingen waarover artsen en patiënten het gesprek zouden moeten voeren. Zo kunnen zij samen bepalen wat de best passende behandeling is voor deze patiënt.

In het programmaonderdeel 'Verstandige Keuzes' wordt samengewerkt met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over Verstandig Kiezen vindt u op de website demedischspecialist.nl/verstandigekeuzes

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten
Oktober 2019

Vormgeving: IJzersterk.nu

Vrijwaring

De Federatie Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan dit document. Desondanks accepteren wij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

Alle rechten voorbehouden

© 2019. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst (gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Bezoekadres:
Federatie Medisch Specialisten
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postadres:
Postbus 20057
3502 LB Utrecht
www.demedischspecialist.nl