

H&W

Huisarts en Wetenschap

11

november 2022
jaargang 65

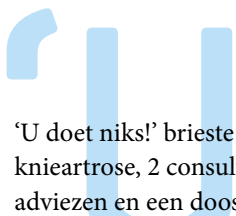
Therapeutisch nihilisme bij incontinentie

Waarom blijven slachtoffers
van seksueel geweld verborgen?

Zeldzame oorzaak acute buikpijn
bij jonge vrouw



Nihilisme



'U doet niks!' briede de forse dame met knieartrose, 2 consulten met voorlichting en adviezen en een doosje pijnstillers verder. Ironisch, want ik vond juist dat zij in actie moest komen: afvallen, meer bewegen. Het overkomt me zo af en toe: het verwijt passief te zijn, geen 'echte' behandeling te bieden. Meestal komt dit geluid van de patiënt, maar zoals zal blijken, niet altijd. Afwachten en vertrouwen op het zelfgeuzend vermogen van het lichaam is 1 van de oudste benaderingen van klachten en ziekten. Tot op de dag van vandaag vormt het een door huisartsen veelvuldig voorgeschreven 'recept', dat aansluit bij het *in dubio abstine* en het *primum non nocere*. Anno 2022 gaat het verder dan een principe of een eed. Want vaak is deze zogenaamde zachte aanpak of conservatieve benadering gestoeld op wetenschappelijk bewijs en heeft het dus niets met zwakte of behoudend zijn te maken. Maar niet altijd. Neem urine-incontinentie bij vrouwen, een veelvoorkomend probleem. Voor sommige vrouwen een (licht) ongemak, voor anderen een flinke belemmering in het dagelijkse leven, met schaamte, stress, frustratie, verlies van eigenwaarde en depressieve gevoelens. In deze H&W constateren Miranda Schreuder en collega's dat urine-incontinentie onnodig en onterecht onderbehandeld wordt, onder andere door therapeutisch nihilisme van de huisarts.

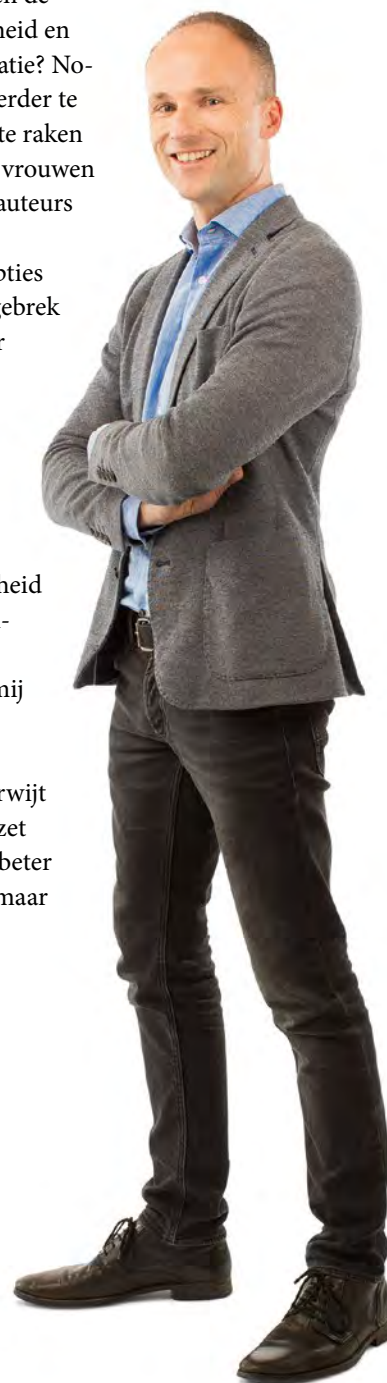
Deze term riep bij de H&W-redactie eerst enige weerstand op. Rechtvaardigen de onderzoeksbevindingen de stelligheid en kracht van deze negatieve kwalificatie? Nodigt het lezers voldoende uit om verder te lezen? Helpt het hen gemotiveerd te raken voortaan wel in actie te komen bij vrouwen met urine-incontinentie, zoals de auteurs bepleiten?

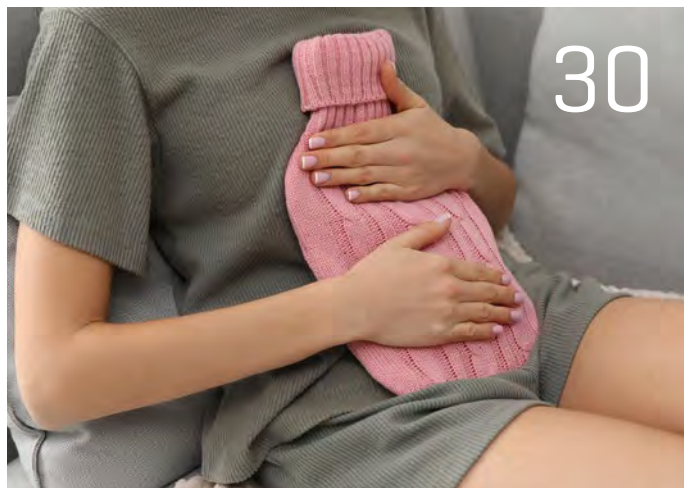
En waarom worden de behandelopties niet ten volle benut? Ligt dat aan gebrek aan kennis bij de huisarts of zijn er andere belemmerende factoren, zoals patiëntvoorkeuren? Graag was ik dit redactioneel begonnen met een casus over urine-incontinentie, maar vooraan in mijn geheugen vond ik er zogezegd nihil. Waarom zoekt slechts een minderheid van de vrouwen met urine-incontinentie hulp?

Tussen de patiënt uit de casus en mij kwam het goed. Zo ook tussen de redactie en de auteurs.


Nu alleen nog afwachten of het verwijt van therapeutisch nihilisme u aanzet vrouwen met urine-incontinentie beter te behandelen. Laat die patiënten maar komen!

Gijs Baaten, hoofdredacteur






Wetenschap

- 12 **Het beleid bij urine-incontinentie bij vrouwen**
Huisartsen doen te weinig met de adviezen uit de NHG-Standaard Urine-incontinentie bij vrouwen. Dat is een gemiste kans, want incontinentie is wel degelijk behandelbaar. De auteurs van dit artikel geven aan hoe het beter kan en bieden praktische tips.
- 16 **Valpreventie, een te weinig benutte optie**
Een val kan bij ouderen grote en blijvende gevolgen hebben, tot overlijden aan toe. Naast het tijdig signaleren van een hoog valrisico bij oudere patiënten is het van belang om geschikte interventies te vinden en de patiënt daarvoor te motiveren.
- 21 **Wat te doen aan de sociale oorzaken van ziekte?**
 Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen bij sociale problematiek via een 'sociaal recept' verwijzen naar een niet-medische instantie. Dit lijkt een veelbelovende toevoeging aan de gereedschapskist van de huisarts.
- 24 **Waarom blijven slachtoffers van seksueel geweld verborgen?**
Vaak is er wel aandacht voor mogelijke oorzaken van misbruik, maar ligt de focus minder op redenen waarom slachtoffers niet of laat hulp zoeken. En wat voor impact heeft seksueel geweld? Antwoorden op deze vragen zijn cruciaal voor passende zorg door de huisarts.

Praktijk

- 30 **Zeldzame oorzaak van acute buikpijn bij jonge vrouw**
Acute buikpijn bij jonge vrouwen kan in zeldzame gevallen worden veroorzaakt door een aangeboren afwijking aan de inwendige geslachtsorganen. Zulke anatomische afwijkingen kunnen gevolgen hebben voor de fertiliteit, seksualiteit en obstetrische uitkomsten.
- 34 **Uw diagnose 'Een hese stem na het schoonmaken'**
- 37 **Ecg-casus 'Veranderend ecg'**
- 38 **Pasgeborene met nieuw ontstane zwelling in hals**
Fibromatosis colli is een benigne aandoening waarbij er een scheefstand van de nek kan ontstaan. Het is een klinische diagnose die makkelijk kan worden bevestigd met echografie van de zwelling. De behandeling is meestal conservatief en bestaat dan uit fysiotherapie.
- 41 **Kennistoets 'Urine-incontinentie bij vrouwen'**
- 42 **Kleine kwaal: liplikeczeem**
Liplikeczeem ontstaat door het frequent likken van de lippen. Het eczeem zit precies tot waar de tong reikt. Het verdwijnt vanzelf als de patiënt stopt met likken. De belangrijkste complicatie is impetigo.
- 46 **'De huisarts heeft een belangrijke rol in de klimaatcrisis'**
Interview met Evelyn Brakema, huisarts in opleiding. Als medeoprichter en voorzitter van De Groene Zorg Alliantie stimuleert zij huisartsen en andere zorgprofessionals een actieve bijdrage te leveren aan de groene transitie. 



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Een op de 8 COVID-patiënten houdt lichamelijke klachten
- Vaker suïcidaal gedrag onder volwassen gebruikers van methylfenidaat
- Overlevers van borstkanker verwachten steun bij werkgerelateerde problemen
- Orthostase goede voorspeller voor overlijden
- Verhoogd risico op kanker bij ouderen met verstandelijke beperking

49 Nieuw onderzoek naar groenere behandeling met behulp van feedbackmodule

Lopend onderzoek van het Nivel waarin een feedbackmodule wordt ontwikkeld die huisartsen inzicht geeft in de klimaatimpact van hun voorschriften. 🌱

50 Liever een pleister bij overgangsklachten?

CAT over de effectiviteit van transdermale oestrogensuppletie versus orale oestrogensuppletie bij de behandeling van vasomotorische klachten bij postmenopauzale vrouwen.

NHG

55 Nieuw Meerjarenbeleidsplan NHG

55 Kaderhuisarts verbetert kwaliteit huisartsenzorg

56 Nieuwe visie 'Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek'

De nieuwe visie van InEen, LHV, NHG en psyHAG beschrijft hoe de kwaliteit van de psychische huisartsenzorg ook in de toekomst geborgd blijft. Belangrijk is dat psychische huisartsenzorg bovenal huisartsenzorg moet blijven.

58 Evaluatie overzichtstabellen inhalatoren

De overzichtstabellen van inhalatoren voor volwassenen met astma en COPD zijn een jaar geleden geïntroduceerd. Hoe werken ze in de praktijk?



huisartspodcast.nl/henw

- Luister naar de interviews over de artikelen met een podcastlogo op huisartspodcast.nl/henw.
- Veelgestelde vragen over liraglutide.



www.henw.org

- Een time-out bij de huisarts na de diagnose kanker?
- Onnodig voorschrijven van protonpompremmers
- Extreem weer als voorspeller van uitbraken van infectieziekten 🌱

Een op de 8 COVID-patiënten houdt lichamelijke klachten

Hieke Barends

Veel patiënten hebben langdurige klachten na COVID-19 (long-COVID). Het is echter vaak onduidelijk welke klachten je precies kunt toeschrijven aan long-COVID en hoe vaak ze voorkomen. Nederlandse onderzoekers maakten daarvan onlangs een betrouwbare inschatting op basis van een goed opgezet populatieonderzoek. Daaruit bleek het volgende: bij 1 op de 8 deelnemers was een toename in klachten 3 maanden na COVID-19 toe te schrijven aan de SARS-CoV-2-infectie.

Veel onderzoeken naar aanhoudende klachten na COVID-19 zijn uitgevoerd onder relatief ernstig zieke tweedelijns-patiënten, waardoor de uitkomsten niet goed te generaliseren zijn. Bovendien zijn vermeende COVID-klachten specifiek en komen ze ook veel voor bij mensen die geen COVID hebben. Dit onderzoek richtte zich daarom op lichamelijke klachten na COVID-19 in een algemene populatie. De onderzoekers hielden rekening met reeds bestaande klachten en vergeleken de bevindingen in de groep met COVID-19 met een controlegroep zonder COVID-19.

Dit onderzoek is onderdeel van een observationeel populatieonderzoek in Noord-Nederland. Van de in totaal 76.422 volwassen deelnemers had 5,5% COVID-19 op basis van een SARS-CoV-2-test of een diagnose die was gesteld door een arts. De onderzoekers vergeleken deze COVID-positieve deelnemers met op leeftijd, geslacht en tijd gematchte deelnemers uit de controlegroep die COVID-negatief waren. Zij verzamelden tussen april 2020 en augustus 2021 gegevens over 23 lichamelijke klachten met vragenlijsten op 24 herhaalde metingen en analyseerden het verloop van deze klachten.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 53,7 jaar en 60,8% was vrouw. Vergeleken met de controlegroep

kwamen de klachten in de COVID-groep 90-150 dagen na de SARS-CoV-2-infectie vaker voor dan in de periode daarvoor. De klachten waren onder andere pijn op de borst, ademhalingsmoeilijkheden, pijnlijke spieren, smaak- en geurverlies en algehele vermoeidheid. Bij 21,4% van de COVID-positieve deelnemers nam 1 van deze klachten substantieel toe in ernst tegenover 8,7% van de COVID-negatieve deelnemers uit de controlegroep. Dat wil zeggen dat bij zo'n 1 op de 8 (12,7%) deelnemers de toename in klachten kon worden toegeschreven aan de infectie.

Nadelen van het onderzoek zijn het feit dat de onderzoekspopulatie uit 1 regio in Nederland kwam en weinig divers was in afkomst (98% wit).



Foto: Shutterstock

Een aanzienlijk deel van de COVID-19-patiënten houdt dus last van klachten. Goed om deze kennis mee te nemen bij het herkennen van long-COVID, waarvan de definitie nog volop in ontwikkeling is. ■

Balling AV, et al. Persistence of somatic symptoms after COVID-19 in the Netherlands: an observational cohort study. Lancet 2022;400:452-61.

Vaker suïcidaal gedrag onder volwassen gebruikers van methylfenidaat

Mirrian Hilbink

Methylfenidaat is in Nederland geregistreerd voor kinderen met ADHD, maar niet voor volwassenen. Toch gebruiken volwassenen met ADHD het middel op grote schaal. Dat baart zorgen: bij volwassen gebruikers van methylfenidaat blijken suïcideopgingen vaker voor te komen dan bij niet-gebruikers.

Deze resultaten komen naar voren uit een cohortonderzoek onder 8905 personen die in de periode van juni 1996 tot januari 2018 zijn gestart met methylfenidaat en 88.293 gematchte niet-gebruikers. Gedurende het onderzoek werden de deelnemers vanaf de datum van

het eerste voorschrift methylfenidaat gevolgd. Daarbij verzamelden de onderzoekers gegevens over ernstige psychiatrische psychopathologie en mortaliteit. Na correctie voor relevante confounders vertoonden gebruikers van methylfenidaat vaker suïcidaal gedrag dan niet-gebruikers (HR 2,0; 95%-BI 1,1 tot 3,6). Het risico op suïcidaal gedrag was het grootst onder vrouwelijke gebruikers en binnen de leeftijdsgroep van 18 tot 40 jaar (respectievelijk HR 3,9; 95%-BI 1,5 tot 10,2 en HR 2,4; 95%-BI 1,2 tot 4,9). Tevens hadden methylfenidaatgebruikers een hogere kans op overlijden dan niet-gebruikers (HR 1,3; 95%-BI 1,1 tot 1,6). Binnen de groep methylfeni-

Overlevers van borstkanker verwachten steun bij werkgerelateerde problemen

Florien van Royen

Overlevers van borstkanker hebben een hoog risico op werkgerelateerde problemen. Een kwalitatief onderzoek uit Amsterdam laat zien dat zij hierin een ondersteunende rol van de huisarts verwachten, met name bij het reïntegreren. De door hen ervaren ondersteuning wisselt echter.

De overlevingskansen van patiënten met borstkanker zijn de laatste jaren significant toegenomen. Daardoor gaan veel patiënten na genezing weer aan het werk en dat heeft een positieve invloed op hun fysieke en mentale gezondheid. Het NHG adviseert dan ook om psychosociale aspecten (zoals terugkeer naar het werk) te bespreken tijdens de behandelingsfase van borstkanker. Om te weten hoe overlevers van borstkanker de begeleiding van hun huisarts ervaren en wat zij van hen verwachten, voerden onderzoekers van

het Amsterdam UMC een kwalitatief onderzoek uit.

De deelnemers werden gerekruteerd uit 598 respondenten van een enquête over psychosociale begeleiding bij terugkeer naar het werk, allen lid van de Borstkankervereniging Nederland. Uiteindelijk waren er 25 deelnemers (alle vrouw; gemiddelde leeftijd 51 jaar; 68% hoogopgeleid) met wie de onderzoekers 4 focusgroepgesprekken hielden. Dat deden zij aan de hand van een vooraf opgestelde lijst met gespreksonderwerpen. De ervaringen van de deelnemers liepen uiteen. Sommigen ervoeren geen of slechts een beperkte begeleiding van hun huisarts,

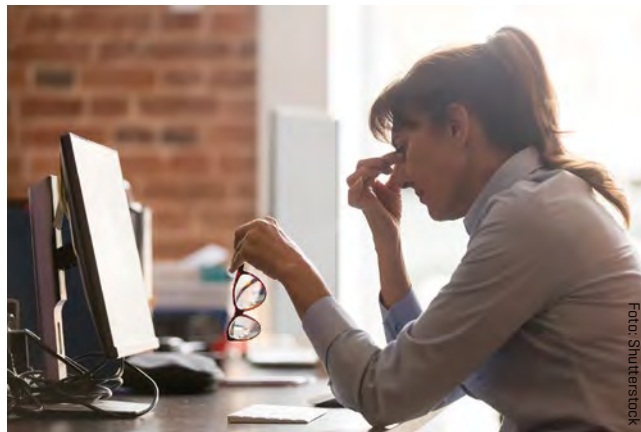


Foto: Shutterstock

anderen ervoeren juist wel een adviserende, ondersteunende en/of verwijzende rol. De begeleiding bestond bijvoorbeeld uit ondersteunende gesprekken en verwijzing naar andere zorgprofessionals zoals een psycholoog of bedrijfsarts. De deelnemers gaven aan dat zij begeleiding van hun huisarts verwachten als zij problemen hebben bij terugkeer naar het werk. Hierbij vonden zij het belangrijk dat de huisarts op de hoogte is van hun ziektegeschiedenis en thuis- en werksituatie. Een kanttekening bij dit onderzoek is de selectie van deelnemers: allen lid van de Borstkankervereniging Nederland en de meesten hoogopgeleid. Het is bekend dat juist laagopgeleide overlevers van borstkanker meer werkgerelateerde problemen ondervinden.

De NHG-Standaard Borstkanker biedt weinig handvatten voor werkbegeleiding bij patiënten die borstkanker hebben gehad. Ook is nog onduidelijk hoe huisartsen tegen deze rol aankijken en of zij zich hierin voldoende bekwaam voelen. Moeten er betere richtlijnen en trainingen komen zodat huisartsen aan de verwachtingen van overlevers van borstkanker kunnen voldoen? ■

Sarfo MC, et al. Views of breast cancer survivors on work participation guidance by general practitioners: a qualitative study. BMC Primary Care 2022;23:152.

raden een zorgvuldige afweging aan tussen het therapeutisch effect en mogelijke bijwerkingen bij het voorschrijven van dit middel.

Het NHG adviseert om als huisarts geen methylfenidaat bij volwassen patiënten te starten en het recept alleen te herhalen als men zich daartoe deskundig voelt en een overdracht met (controle)instructie van de behandelend psychiater ontvangt. Dit onderzoek ondersteunt de terughoudendheid van het NHG wat betreft het voorschrijven van methylfenidaat. Het is derhalve raadzaam om alert te zijn op het verband tussen methylfenidaatgebruik en suïcidaal gedrag en bij problemen laagdrempelig te overleggen met en zo nodig terug te verwijzen naar de behandelend psychiater. ■

Stricker B, et al. General practice database on mortality in adults on methylphenidate: cohort study. BMJ Open 2022;12:e057303.



Foto: Shutterstock

Vervolg van pagina 6

daatgebruikers vond 30% van de overlijdens plaats binnen 80 dagen na de start met methylfenidaat, terwijl overlijden onder de niet-gebruikers was verspreid over een langere periode.

De resultaten uit dit onderzoek laten een verhoogd risico zien op suïcidepogingen onder volwassen gebruikers van methylfenidaat. Ook al is een causaal verband niet aangetoond, de auteurs

Orthostase goede voorspeller voor overlijden

Aimée Kok-Pigge

Orthostatische hypotensie komt vaak voor op oudere leeftijd. Een Nederlands tweedelijns onderzoek laat zien dat aanhoudende orthostatische hypotensie een verhoogd risico op overlijden geeft. Dit risico is onafhankelijk van andere risicofactoren voor overlijden, zoals cardiovasculaire ziekten, of risicofactoren voor orthostatische hypotensie, zoals de ziekte van Parkinson.

In dit observationele onderzoek bekeek men het verband tussen (ernst van) orthostatische hypotensie en mortaliteit bij 1240 patiënten die waren verwezen naar de polikliniek Geriatrie. De gemiddelde leeftijd was 79,4 jaar (+/- 7 jaar) en 53% was vrouw. Als onderdeel van een algehele screening verrichtten de onderzoekers ook een orthostasemeting met een bloeddrukmeting 1 en 3 minuten na opstaan. Zij verkregen de informatie over het aantal overledenen uit de gemeentelijke basisadministratie.

Uit de screening bleek dat 443 patiënten (35%) orthostatische hypotensie hadden (systolische daling > 20 mmHg, of diastolische daling > 10 mmHg). Van hen had 12% alleen vroege orthostatische hypotensie, bij 23% hield de hypotensie aan of was er alleen hypotensie op 3 minuten.

'Als arts ben je je bewust van de relatie tussen gezondheid, klimaat en milieu. Je zet je in voor een duurzame zorgsector en gezonde leefwereld'

Bron: KNMG. Herziene KNMG-gedragscode voor artsen, regel 14. <https://www.knmg.nl/adviesrichtlijnen/dossiers/gedragscode-voor-artsen/gedragsregel14.htm>.



Na gemiddeld 2 jaar follow-up waren 273 patiënten (22%) overleden. Alleen patiënten met een late of aanhoudende orthostatische hypotensie hadden een hoger risico op overlijden (HR 1,50; 95%-BI 1,18 tot 1,93). Dit effect hield aan na correctie voor leeftijd, geslacht, bloeddruk in liggende positie, inducerende medicatie en cardiovasculaire ziekten. Dit gold ook nog na correctie voor de ziekte van Parkinson en 'Lewy body'-dementie, beide sterk geassocieerd met orthostatische hypotensie. Daarnaast bleek de grootte van zowel het systolische als het diastolische bloeddrukverval te zijn geassocieerd met een hoger mortaliteitsrisico. Late of aanhoudende orthostatische hypotensie bij ouderen lijkt dus een voorspeller voor mortaliteit, mogelijk door de verlengde orgaanhypoperfusie. Daarnaast lijken de duur en mate van bloeddruk-

daling een indicator voor de mate van verminderde fysieke en cardiovasculaire reserves (*frailty*).

Het verband tussen orthostatische hypotensie en mortaliteit wordt benoemd in de NHG-Standaard Duizeligheid, maar op basis van kleinere cijfers en zonder onderscheid in vroege of aanhoudende hypotensie. Het gebruik van een objectieve indicator voor de mate van (fysieke) frailty is nieuw. Te nieuw voor praktische toepassing in de praktijk, omdat de correlatie met gevalideerde *frailty indices* helaas nog ontbreekt. ■

Wiersinga JHI, et al. Orthostatic hypotension and mortality risk in geriatric outpatients: the impact of duration and magnitude of the blood pressure drop. J Hypertens 2022;40:1107-14.

Verhoogd risico op kanker bij ouderen met verstandelijke beperking

Silvan Licher

Mensen met een verstandelijke beperking zijn de afgelopen decennia steeds ouder geworden. Daarbij nemen de risico's op kanker snel toe. In 2 grote populatieonderzoeken werd – onafhankelijk van elkaar – zelfs berekend dat het risico op kanker bij mensen met een verstandelijke beperking 50% hoger is dan bij mensen zonder verstandelijke beperking. Als er (alarm)symptomen van kanker zijn, lijkt aanvullend onderzoek bij deze doelgroep laagdrempelig aangewezen.

Een verstandelijke beperking is vaak een gevolg van een chromosomale of genetische afwijking. Een dergelijk defect zou daarmee ook het risico op kanker kunnen verhogen. Binnen 2 onafhankelijke populatieonderzoeken in Nederland (12 miljoen mensen) en Zweden (3,5 miljoen mensen) ging men dit na. De onderzoekers bekeken de (geboorte)gegevens van 215.105 mensen (187.149 in Nederland en 27.956 in Zweden) met een verstandelijke beperking en vergeleken die met hun (niet verstandelijk beperkte) broers en zussen en de algemene bevolking. De onderzoekers gingen in de nationale kankerregisters na wie, wanneer en met welk type kanker werd gediagnosticeerd.

NEDERLANDSE UITKOMSTEN

Binnen het Nederlandse onderzoek ontstond er landelijke dekking door de populatiegegevens van het Centrale Bureau voor Statistiek te linken aan declaratiegegevens voor zorg die mensen met een verstandelijke beperking ontvangen. In het Nederlandse onderzoek stierven mensen met een verstandelijke beperking doorgaans 15 jaar eerder dan mensen in de algemene bevolking. De naar leeftijd en sekse gestandaardiseerde mortaliteitsratio's (SMR's) bevestigden dit beeld. Zij toonden een anderhalf keer zo hoog risico (SMR 1,66; 95%-BI 1,43 tot 1,89) op kanker binnen het nationale



screeningsprogramma (darm-, borst- en baarmoederhalskanker) onder mensen met een verstandelijke beperking. Er was ook een verhoogd risico op sommige kankersoorten die vaker voorkomen bij oudere patiënten, zoals longkanker (SMR 1,24; 95% BI 1,13 tot 1,35) of blaaskanker (SMR 2,07; BI 1,61 tot 2,54). Mensen met een verstandelijke beperking liepen in het bijzonder een hoger risico om een kanker van onbekende oorzaak te krijgen (SMR 2,48; 95% BI 2,06 tot 2,89).

ZWEEDSE UITKOMSTEN

In het Zweedse onderzoek waren deze resultaten gelijksoortig van aard. Het voordeel van het grote Zweedse populatiecohort is dat nagenoeg 100% van de kinderen deelneemt aan de Zweedse gezondheidschecks en dat registratie van een kankerdiagnose bij wet verplicht is. Na een mediaan van 8,9 jaar follow-up (tot een leeftijd van 43 jaar) waren er 188 mensen met een verstandelijke beperking gediagnosticeerd met enige vorm van kanker. Dit was bijna 60% hoger dan het aantal diagnoses van kanker onder mensen zonder beperking (hazardratio 1,57; 95%-BI 1,35 tot 1,82), gecorrigeerd

voor belangrijke confounders. Het risico op kanker was met name hoger bij een syndromale oorsprong van de beperking dan bij een niet-syndromale oorsprong. De hoogte van het IQ stond niet in relatie met kanker, noch hadden broers of zussen van iemand met een verstandelijk beperking een verhoogd risico op kanker.

CONCLUSIE

Deze analyses ondersteunen het risico-verhogende aandeel van de beperking zelf, boven de invloed van familie- of omgevingsfactoren. Deze onderzoeken geven nauwkeurige schattingen voor het verhoogde risico op verschillende types van kanker onder mensen met een beperking. Als huisarts moeten we daarom bij volwassenen met een verstandelijke beperking dus extra beducht zijn op (alarm)symptomen van kanker. ■

Cuypers M, et al. Cancer-related mortality among people with intellectual disabilities. A nationwide population-based cohort study. Cancer 2022;128:1267-74.

Liu Q, et al. Cancer risk in individuals with intellectual disability in Sweden. A population-based cohort study. PLoS Med 2021 Oct 21;18:e1003840.

Het beleid bij urine-incontinentie bij vrouwen

Miranda Schreuder*, Nadine van Merode*, Antal Oldenhof, Feikje Groenhof, Marlous Kortekaas, Hedy Maagdenberg, et al.

Sinds jaar en dag krijgen de diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie weinig aandacht in de huisartsenpraktijk. Huisartsen hebben weinig vertrouwen in de behandelingsmogelijkheden en patiënten zijn niet altijd gemotiveerd om bijvoorbeeld een plasdagboek bij te houden. In dit retrospectieve cohortonderzoek zagen we dat huisartsen de NHG-Standaard Urine-incontinentie bij vrouwen niet heel strikt volgen en slechts in een minderheid van de gevallen diagnostische hulpmiddelen gebruiken of medicatie of opvangmateriaal voorschrijven. Hier is duidelijk ruimte voor verbetering.

De eerste versie van de NHG-Standaard Incontinentie voor urine dateert van 1995, maar urine-incontinentie wordt nog steeds onderbehandeld in de Nederlandse huisartsenpraktijk. In 2005 bleek uit onderzoek dat slechts 29% van de vrouwen binnen 1 jaar na de diagnose behandeld werd.¹ De meest genoemde redenen waren personeelsgebrek (43%) en tijdgebrek (39%),² maar ook gebrek aan motivatie bij de patiënt en therapeutisch nihilisme van de huisarts speelden een rol.³ Wij onderzochten hoe het staat met de diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie bij vrouwen en in hoeverre huisartsen de NHG-Standaard volgen [[online kader](#)].

METHODE

Voor een gedetailleerde beschrijving van dit retrospectieve cohortonderzoek verwijzen we naar ons originele artikel.⁵ Met een geautomatiseerde zoekstrategie verzamelden we geanonimiseerde gegevens uit de huisartsenregistraties van Amsterdam UMC locatie VUmc (205.488 patiënten), Universitair Medisch Centrum Utrecht (324.374 patiënten) en Universitair Medisch Centrum Groningen (194.981 patiënten). De opzet was om uit elke database 150 dossiers te includeren van vrouwen die in 2017 18-75 jaar oud waren en ≥ 1 contact hadden met een relevante

ICPC- of ATC-code. Geëxcludeerd werden dossiers van vrouwen die in de 3 jaar daarvoor al een vergelijkbaar contact hadden gehad, dossiers van vrouwen met een motorische of visusstoornis die functionele urine-incontinentie kan veroorzaken (zoals een dwarslaesie of blindheid) en ook dossiers waarbij het consult alleen een urineweginfectie betrof.

De dossiers van vrouwen met een bevestigde urine-incontinentie volgden we tot 1 jaar na de indexconsultatie. We onderscheidde stressincontinentie (SUI), urgency-incontinentie (UUI), gemengde incontinentie (MUI) en niet-gespecificeerde incontinentie op basis van de diagnose van de huisarts of op basis van symptomen zoals 'incontinentie door toenemende druk' (SUI) en 'plotselinge, intense aandrang gevolgd door onvrijwillig urineverlies' (UUI). Als maat voor de ernst namen we de gerapporteerde frequentie van voorkomen.

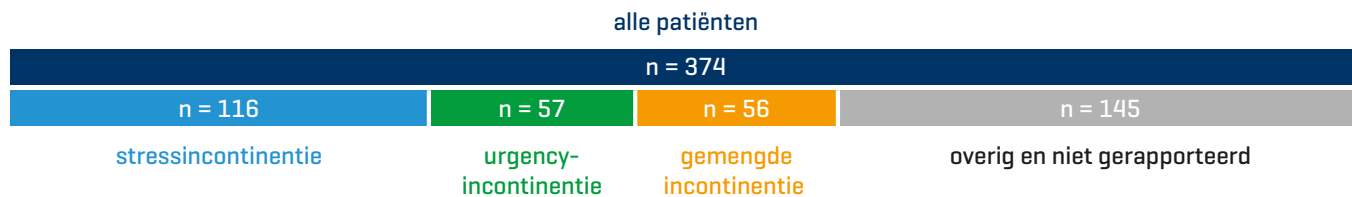
Analyse

Op basis van onze 3 databases plus de bevolkingsgegevens van het CBS maakten we een schatting van de incidentie van urine-incontinentie. Gegevens over diagnostiek en behandeling analyseerden we voor elk type urine-incontinentie afzonderlijk; beschrijvende kenmerken zijn gerapporteerd als proporties met 95%-betrouwbaarheidsintervallen waar zinvol. Daarnaast hebben we berekend hoeveel patiënten opvangmateriaal kregen zonder verdere diagnostiek of behandeling, hoeveel patiënten zowel bekkenbodemspieroefeningen als verwijzing voor fysiotherapie kregen, hoeveel patiënten zowel blaasstraining als medicatie kregen en hoeveel patiënten zonder andere behandeling werden doorverwezen naar de gynaecologie

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Schreuder MC*, Van Merode NA*, Oldenhof AP, Groenhof F, Kortekaas MF, Maagdenberg H, Van der Wouden JC, Van der Worp H, Blanker MH. Primary care diagnostic and treatment pathways in Dutch women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 2022;40:87-94. Publicatie gebeurt met toestemming.
*Gedeeld eerste auteur.

Infographic 1

Type urine-incontinentie binnen geïnccludeerde groep vrouwen



of urologie. Ook analyseerden we de voorgeschreven anticholinergica. Alle analyses werden uitgevoerd met behulp van IBM SPSS versie 25.

De medisch-ethische toetsingscommissie van het UMCG verklaarde het onderzoek niet WMO-plichtig. Patiënten die bezwaar maakten tegen het gebruik van hun gegevens werden geëxcludeerd en alle gegevens werden gepseudonimiseerd en geanonimiseerd voordat ze werden geëxtraheerd.

RESULTATEN

Van de in totaal 2800 gescreende dossiers (800 uit Groningen en 1000 elk uit Utrecht en Amsterdam) includeerden we de dossiers van 374 vrouwen die zorg kregen van 183 huisartsen (1-9 vrouwen per huisarts). Hun gemiddelde leeftijd was 50,3 ± 15,1 jaar. We schatten de incidentie van urine-incontinentie in de bevolking op 61 per 10.000 vrouwen per jaar.^{5,6}

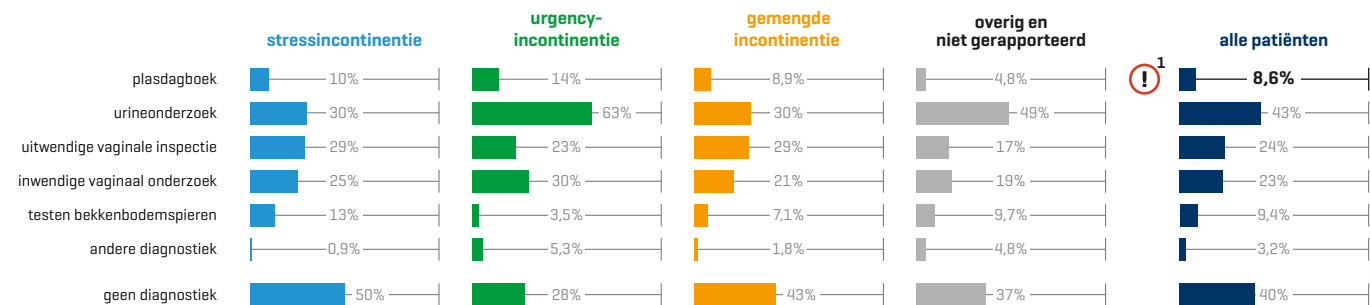
Huisartsen specificieerden het type urine-incontinentie in 229 dossiers (61,2%): 116 (31,0%) SUI, 57 (15,2%) UII en 56 (15,0%) MUI [infographic 1].

De ernst van de urine-incontinentie werd in slechts 81 (21,7%) dossiers beschreven en de duur van klachten in 131 (35,0%) dossiers.

Diagnostiek

In 151 dossiers (40,4%) was geen enkele vorm van diagnostiek geregistreerd [infographic 2]. Vrouwen met UII kregen nog het vaakst een onderzoek, vooral urineonderzoek (36 vrouwen, 63,2%). Urineonderzoek was sowieso de meest ingezette diagnostiek (bij 159 vrouwen, 42,5%), plasdagboeken werden het minst ingezet (bij 32 vrouwen, 8,6%).

Infographic 2



¹ **Plasdagboek:** mogelijk is het gebruik hiervan beperkt doordat huisartsen niet verwachten dat het plasdagboek invloed heeft op hun beleid, of doordat ze vinden dat het invullen daarvan te belastend is voor patiënten.

WAT IS BEKEND?

- De NHG-Standaard Incontinentie voor urine werd in 1995 gepubliceerd; herzieningen verschenen in 2006 en 2015.
- In 2005 wees onderzoek uit dat urine-incontinentie na invoering van de standaard werd onderbehandeld in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen volgen de adviezen in de NHG-Standaard nog steeds niet heel strikt op.
- Rond 40% van de vrouwen met urine-incontinentie krijgt geen diagnostiek; het plasdagboek wordt weinig ingezet.
- Bijna 1 op de 6 vrouwen met urine-incontinentie krijgt geen behandeling of verwijzing.

Beleid

In bijna 1 op de 6 dossiers (59 vrouwen, 15,8%) werd geen behandeling of verwijzing gerapporteerd [infographic 3]. Het meest gerapporteerde beleid was voorlichting (17,9%) en opvangmateriaal (13,4%). Honderdzes (28,7%) vrouwen werden verwezen voor fysiotherapie. Bij 11 van deze vrouwen gaf de huisarts zelf ook bekkenbodemspieroefeningen.

In 26 (7,0%) gevallen schreef de huisarts een anticholinergicum (n = 21), mirabegron (n = 2) of beide (n = 3) voor. Voorgeschreven anticholinergica waren solifenacine (n = 12), tolterodine (n = 10) en oxybutynine (n = 1), waarbij het type anticholinergicum in 1 geval niet werd gemeld. Slechts 1 vrouw kreeg blaastraining met medicamenteuze behandeling. De helft van de medicatievoorschriften werd geëvalueerd in vervolfgafspraken. Van de 50 vrouwen die een recept voor opvangmateriaal kregen, hadden er 35 (70,0%) geen diagnostiek gehad, 34 (68,0%) geen andere behandeling en 30 (60,0%) noch diagnostiek noch een behandeling. Ten slotte werden 81 (21,7%) vrouwen verwezen naar gynaecologie of urologie; 47 (58,0%) vrouwen hiervan werden zonder behandeling door de huisarts doorverwezen.

BESCHOUWING

Dit retrospectieve cohortonderzoek suggereert dat Nederlandse huisartsen de adviezen in de NHG-Standaard over diagnostiek en behandeling van vrouwen met urine-incontinentie nog steeds niet heel strikt volgen en is in lijn met eerder

onderzoek.¹ Omdat de resultaten van dit onderzoek gebaseerd zijn op een groot aantal dagelijkse praktijkregistraties, kunnen ze beschouwd worden als representatief voor de werkwijze van alle Nederlandse huisartsen. Dat betekent overigens niet per definitie dat huisartsen de NHG-Standaard slecht volgen, want de korte samenvatting van consulten volgens het SOEP-systeem kan hebben geleid tot onderrapportage in de dossiers.

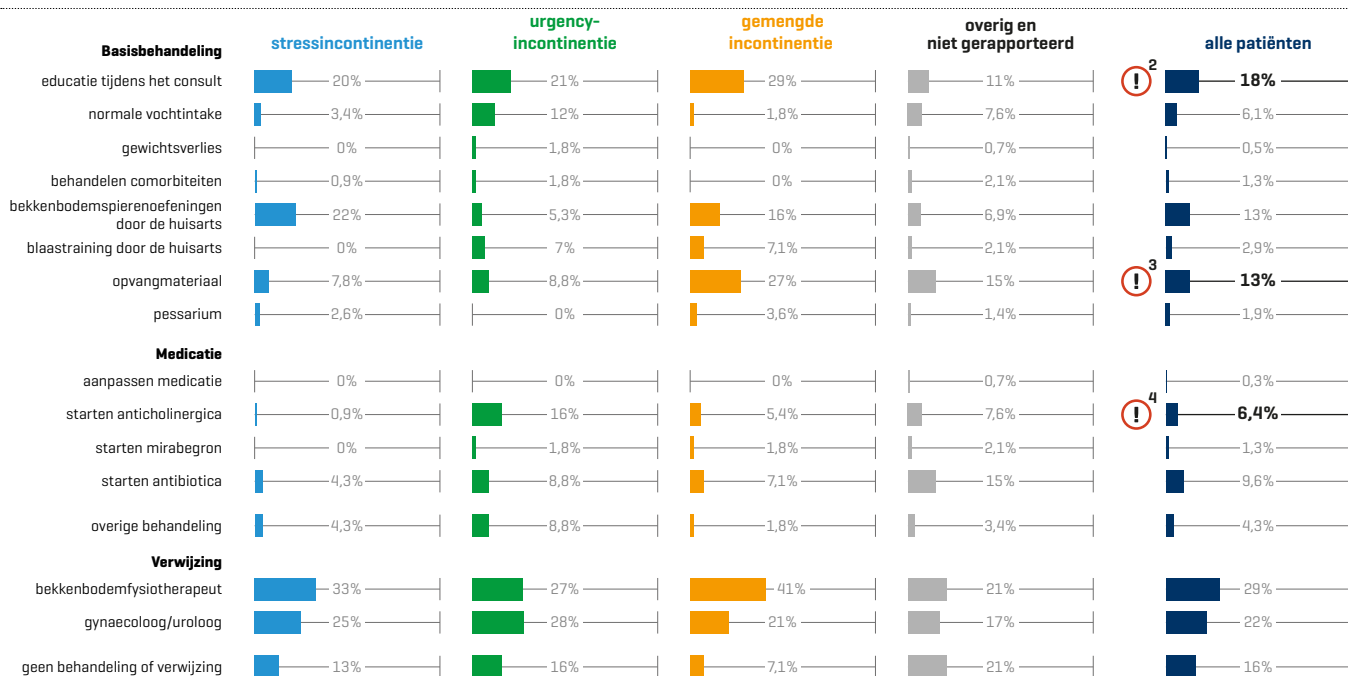
Voorlichting

Elders hebben vrouwen aangegeven dat gebrek aan kennis een barrière kan zijn voor het zoeken van hulp bij urine-incontinentie.⁷ In ons onderzoek rapporteerde slechts 18% van de huisartsen dat ze voorlichting hadden gegeven, maar het kan zijn dat het geven van voorlichting zo voor de hand ligt dat het niet altijd gerapporteerd werd.

Plasdagboek

Een plasdagboek kan inzicht geven in de ernst en frequentie van de klachten als de anamnese onduidelijk is, kan helpen bij de evaluatie van een behandeling en heeft soms zelfs een therapeutisch effect.^{8,9} Toch blijkt uit ons onderzoek – net als uit eerder onderzoek – dat huisartsen het plasdagboek niet snel inzetten.² Wij achten het onwaarschijnlijk dat informatie uit een plasdagboek, als dat wordt ingezet in de praktijk, niet in het dossier wordt opgenomen. Mogelijk is het gebruik hiervan beperkt doordat huisartsen niet verwachten dat het plasdag-

Infographic 3



2 **Educatie:** slechts 18% van de huisartsen rapporteert voorlichting te hebben gegeven.

3 **Opvangmateriaal:** bij meer dan de helft van de vrouwen die opvangmateriaal kregen voorgeschreven, kwam diagnostiek of een andere behandeling niet in de rapportage voor.

4 **Anticholinergica:** ondanks het advies in de NHG-Standaard zijn huisartsen terughoudend in het voorschrijven van anticholinergica.



De verbetering van de incontinentiezorg moet van 2 kanten komen: van de huisarts én van de patiënt.

Foto: Shutterstock

boek invloed heeft op hun beleid, of dat het invullen daarvan te belastend is voor patiënten.¹⁰ Er zijn mogelijkheden om het gebruik van een plasdagboek makkelijker te maken, zodat patiënten het beter bijhouden. Zo adviseert de NHG-Standaard een 3-daags in plaats van een 7-daags plasdagboek.⁸ Een digitaal plasdagboek, bijvoorbeeld via een app, maakt het bijhouden makkelijker en vergroot de betrouwbaarheid van de ingevulde gegevens.¹¹ Een opkomende techniek is een plasdagboek-app gebaseerd op akoestische uroflowmetrie.¹²

Opvangmateriaal

In een onderzoek onder 314 oudere thuiswonende vrouwen met urine-incontinentie bleek dat 87% een vorm van opvangmateriaal gebruikte.¹³ Opvangmateriaal werd in ons onderzoek echter aan slechts 13,4% geadviseerd of voorgeschreven en in meer dan de helft van de dossiers waarbij opvangmateriaal werd voorgeschreven werd niet gerept van diagnostiek of van een andere behandeling. Nu loopt het voorschrijven van opvangmateriaal regelmatig via de praktijkassistente en schiet een uitnodiging voor een consult er vaak bij in.³ Dat is een gemiste kans waarbij vrouwen mogelijk van een curatieve behandeling worden weerhouden, want opvangmateriaal is slechts een tijdelijke oplossing.

Medicatie

In ons onderzoek waren de huisartsen terughoudend met het voorschrijven van anticholinergica. De NHG-Standaard stelt dat medicatie kan worden overwogen als blaastraining ineffectief is, maar wij zagen meer anticholinergicavoorschriften dan adviezen om te starten met blaastraining. De vaakst voorgeschreven anticholinergica waren solifenacine en tolterodine, wat in lijn is met de *Monitor voorschrijfgedrag huisartsen*.¹⁴ De NHG-Standaard adviseert echter transdermaal oxybutynine en tolterodine met gereguleerde afgifte, wat goedkoper is, terwijl de veiligheid, effectiviteit en bijwerkingen vergelijkbaar zijn.⁸ Ook het advies om een medicamenteuze behandeling na 4-6 weken te evalueren wordt volgens onze data niet altijd gevolgd.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

De incontinentiezorg in de huisartsenpraktijk kan op een aantal punten beter. De verbetering moet van 2 kanten komen: van de huisarts én van de patiënt. Knelpunten bij de huisarts zijn therapeutisch nihilisme, tijdgebrek en de complexiteit van incontinentiezorg.³ Het bewustzijn bij huisartsen kan worden vergroot door in de huisartsenopleiding meer aandacht aan incontinentiezorg te besteden. Kaderhuisartsen urogynaecologie zouden daarover kunnen meedenken. Ook bij patiënten moet het bewustzijn groeien dat incontinentie behandelbaar is. Voorlichting kan daar een rol in spelen, maar ook e-health zal steeds belangrijker zijn bij de behandeling. Zie bijvoorbeeld de app URinControl, die even effectief is als een behandeling in de eerste lijn, of Thuisarts.nl.¹⁵

CONCLUSIE

Huisartsen doen te weinig met de adviezen uit de NHG-Standaard Urine-incontinentie bij vrouwen en dat is een gemiste kans, want incontinentie is wel degelijk behandelbaar. Wij denken dat het goed zou zijn kaderhuisartsen urogynaecologie te betrekken bij het vormgeven van incontinentiezorg binnen de huisartsenopleiding en patiënten via Thuisarts.nl beter te informeren over de behandelopties, waaronder e-health-toepassingen. ■

LITERATUUR

1. Penning-van Beest FJ, Sturkenboom MC, Bemelmans BL, Herings RM. Undertreatment of urinary incontinence in general practice. *Ann Pharmacother* 2005;39:17-21.
2. Albers-Heitner P, Berghmans B, Nieman F, Lagro-Janssen T, Winkens R. Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract* 2008;14:807-11.
3. Teunissen D, Van den Bosch W, Van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in the elderly: attitudes and experiences of general practitioners. A focus group study. *Scand J Prim Health Care* 2006;24:56-61.

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

Schreuder MC*, Van Merode NA*, Oldenhof AP, Groenhof F, Kortekaas MF, Maagdenberg H, Van der Wouden JC, Van der Worp H, Blanker MH. Het beleid bij urine-incontinentie bij vrouwen. *Huisarts Wet* 2022;65(11):12-5. DOI:10.1007/s12445-022-1585-9. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: M.C. Schreuder, promovendus: m.c.schreuder@umcg.nl; N.A.M. van Merode, promovendus; A.P. Oldenhof, promovendus; F. Groenhof, datamanager-onderzoeker; dr. H. van der Worp, senior onderzoeker; dr. M.H. Blanker, huisarts, epidemioloog, universitair hoofddocent. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschap en Huisartsgeneeskunde, Utrecht: dr. M.F. Kortekaas, huisarts-epidemioloog. Zorginstituut Nederland, Diemen: dr. H. Maagdenberg, adviseur Zinnige Zorg. Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Vrije Universiteit, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. *Gedeeld eerste auteur.

Valpreventie, een te weinig benutte optie

Wytske Meekes, Chantal Leemrijse, Yvette Weesie, Ien van de Goor, Gé Donker, Joke Korevaar

Kwetsbare oudere patiënten die bang zijn om te vallen of die in het afgelopen jaar zijn gevallen, hebben een verhoogd risico om (weer) te vallen. Een val kan grote en blijvende gevolgen hebben, tot overlijden aan toe. Bewezen is dat met name beweginginterventies het valrisico kunnen verlagen. Wij onderzochten in 32 huisartsenpraktijken welke valpreventieve zorg huisartsen momenteel geven aan kwetsbare oudere patiënten met een verhoogd valrisico. Naast het tijdig signaleren van een hoog valrisico bij oudere patiënten blijkt het van belang om geschikte interventies te vinden en de patiënt daarvoor te motiveren.

Ouderen vallen vaak: een derde van de 65-plussers valt minstens eenmaal per jaar en van de 75-plussers de helft.¹ De directe gevolgen variëren van een blauwe plek tot een gebroken heup, maar op termijn kan een val leiden tot verminderde zelfstandigheid of zelfs tot overlijden. In 2020 overleden in Nederland 5012 65-plussers aan de gevolgen van een val.¹

Kwetsbaarheid is een belangrijke risicofactor voor vallen, omdat daarin veel valrisicofactoren samenkomen, zoals verminderde spierkracht en balans, gebruik van slaapmedicatie en duizeligheid.²⁻⁴ Kwetsbare ouderen die bang zijn om te vallen of die in het afgelopen jaar zijn gevallen, hebben grote kans om (weer) te vallen.⁵

Er zijn verschillende evidencebased interventies die het risico op vallen kunnen verminderen: beweginginterventies, medicatiereview, aanpassingen in huis en het aanpakken van visusproblemen.^{6,7} Over het algemeen wordt aangeraden deze 'valpreventieve zorg' op meerdere vlakken tegelijk aan te bieden.

Ouderen beseffen vaak zelf niet dat zij een verhoogd valrisico hebben of weten niet wat zij ertegen kunnen doen. Zij zullen dus niet snel uit zichzelf om zulke interventies vragen. Daarom is het belangrijk ouderen met een hoog valrisico te identificeren en hen te begeleiden naar geschikte interventies. Huisartsen zijn meestal het eerste

aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen en zij kennen de medische geschiedenis en de omgeving van hun oudere patiënten. Zij zijn dus in een goede positie om de onderliggende oorzaken van het valrisico bij een patiënt in beeld te brengen en te verwijzen naar bijvoorbeeld een fysio- of oefentherapeut voor een beweegprogramma, een cardioloog voor cardiovasculair onderzoek of een ergotherapeut voor aanpassingen in huis.

Tot nog toe is er weinig bekend over de mate waarin huisartsen bekend zijn met het valrisico bij hun kwetsbare oudere patiënten en over welk type zorg zij dan bieden. Wij onderzochten wat huisartsen doen aan valpreventie bij kwetsbare ouderen, welke andere zorgverleners daarbij betrokken zijn en waarom sommige patiënten ondanks een hoog valrisico geen preventieve zorg ontvangen.

METHODE

Dit onderzoek werd uitgevoerd door Nivel en Tranzo, en gefinancierd door ZonMw. De gegevens kwamen van 32 huisartsenpraktijken die in 2018 deelnamen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.¹⁰ We includeerden patiënten ≥ 75 jaar op basis van ICPC-codes in het elektronische patiëntendossier (EPD). Het onderzoeksteam selecteerde samen met 2 huisartsen ICPC-codes die gerelateerd kunnen worden aan kwetsbaarheid of valrisico (bijvoorbeeld fracturen, balansproblemen).¹¹⁻¹³ Wanneer een huisarts een van deze ICPC-codes invoerde in het EPD bij een patiënt van ≥ 75 jaar verscheen er een pop-up met de vraag: 'Is deze patiënt kwetsbaar?' De huisarts kon de vraag beantwoorden op grond van de eigen expertise of met behulp van een screeningsinstrument, zoals de Tilburg Frailty Indicator, de Groningen Frailty Indicator

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Meekes WM, Leemrijse CJ, Weesie YM, van de Goor IAM, Donker GA, Korevaar JC. Falls prevention at GP practices: a description of daily practice. BMC Fam Pract 2021;22:190. Publicatie gebeurt met toestemming.

of het Transmuraal Zorgassessment Geriatrie. Antwoorde de huisarts bevestigend, dan verscheen een (digitale) vragenlijst over de valgeschiedenis en valangst van de patiënt, de gegeven interventie en de redenen om deze niet te geven. De huisartsen konden de vragenlijst direct invullen of op een later tijdstip. Als de huisarts aangaf dat de patiënt een valgeschiedenis en/of valangst had, dan classificeerden we dat als een hoog valrisico.⁵

RESULTATEN

Op basis van de ICPC-codes includeerden we 2478 patiënten, van wie de huisartsen aangaven dat er 1512 (61%) kwetsbaar waren. Voor 1394 kwetsbare patiënten ontvingen wij een ingevulde vragenlijst, voor 118 patiënten ontbrak deze. Van de 1394 geanalyseerde kwetsbare patiënten waren er 889 (64%) vrouw; de gemiddelde leeftijd was 85 jaar (SD 5,8; uitersten 75-102). Bij een kwart had de huisarts kwetsbaarheid vastgesteld met een screeningsinstrument en bij driekwart op basis van de eigen expertise. Van 276 patiënten (20%) wist de huisarts niet of ze een valgeschiedenis hadden en van 408 patiënten (29%) niet of ze valangst hadden. Van de 726 (52%) patiënten met een bevestigde valgeschiedenis en/of valangst (dus een hoog valrisico) kregen er 271 (37%) een interventie om het valrisico te verminderen. Van de 522 patiënten met een valgeschiedenis had 66% ook valangst ($p < 0,01$) ([**infographic**]).

De voornaamste onderliggende oorzaken van het hoge valrisico waren mobiliteitsproblemen, valangst, cardiovasculaire problemen, duizeligheid of medicatie. De zorgverleners die naast de huisarts het meest betrokken waren bij de valpreventie waren fysiotherapeut, thuiszorg of wijkverpleging, praktijk-ondersteuner, cardioloog, ergotherapeut en geriater.

De huisartsen konden meerdere redenen opgeven waarom ze hadden afgezien van een interventie om opnieuw vallen te voorkomen. De 3 meest genoemde redenen waren dat de patiënt dacht dat de interventie te intens zou zijn of te veel gedoe zou geven (37%), dat de patiënt het valrisico niet erkende (14%), of dat huisarts en patiënt beiden het valrisico niet hoog inschatten (13%). Minder vaak genoemde redenen waren zwakte, ziekte, cognitieve beperking, immobiliteit, overlijden of opname in een ziekenhuis of verpleeghuis van de patiënt. Ook werd genoemd dat de patiënt al eerder valpreventie of hulpmiddelen had gekregen, dat er andere zorgprioriteiten waren of dat de huisarts vergeten was valpreventie te bespreken met de patiënt of er geen effect van verwachtte.

BESCHOUWING

Valgeschiedenis signaleren

Van de 1394 kwetsbare oudere patiënten in ons onderzoek hadden er 522 (37%) een valgeschiedenis, dus een hoog valrisico.⁵ Ander onderzoek naar valincidenten rapporteert percentages van 20-30%.^{14,15} Dit verschil zou verklaard kunnen worden door onze onderzoeksmethode, waarin huisartsen tijdens het consult een pop-up in beeld kregen met de vraag of de patiënt een valgeschiedenis had, zodat ze dit direct bij

WAT IS BEKEND?

- Vallen brengt veel ouderen in grote problemen.
- Kwetsbare oudere patiënten met een valgeschiedenis en/of valangst hebben een grote kans om [weer] te vallen.
- Er zijn effectieve [beweeg]interventies beschikbaar die de kans op vallen verminderen.

WAT IS NIEUW?

- Van veel kwetsbare oudere patiënten weet de huisarts niet of zij het afgelopen jaar gevallen zijn of valangst hebben.
- Ook ouderen met een hoog valrisico krijgen niet altijd valpreventie aangeboden door hun huisarts.
- De meeste kwetsbare ouderen met een hoog valrisico doen niet mee aan valpreventie-activiteiten; ze vinden die te intensief of te veel gedoe, of ze erkennen hun eigen valrisico niet.
- De voornaamste onderliggende oorzaken van een hoog valrisico zijn mobiliteitsproblemen, valangst, cardiovasculaire problemen, duizeligheid en medicatie.

de patiënt konden verifiëren. Zo'n pop-up zou een geschikte manier kunnen zijn om huisartsen te ondersteunen bij het identificeren van patiënten met een hoog valrisico.

Valpreventie uitbreiden

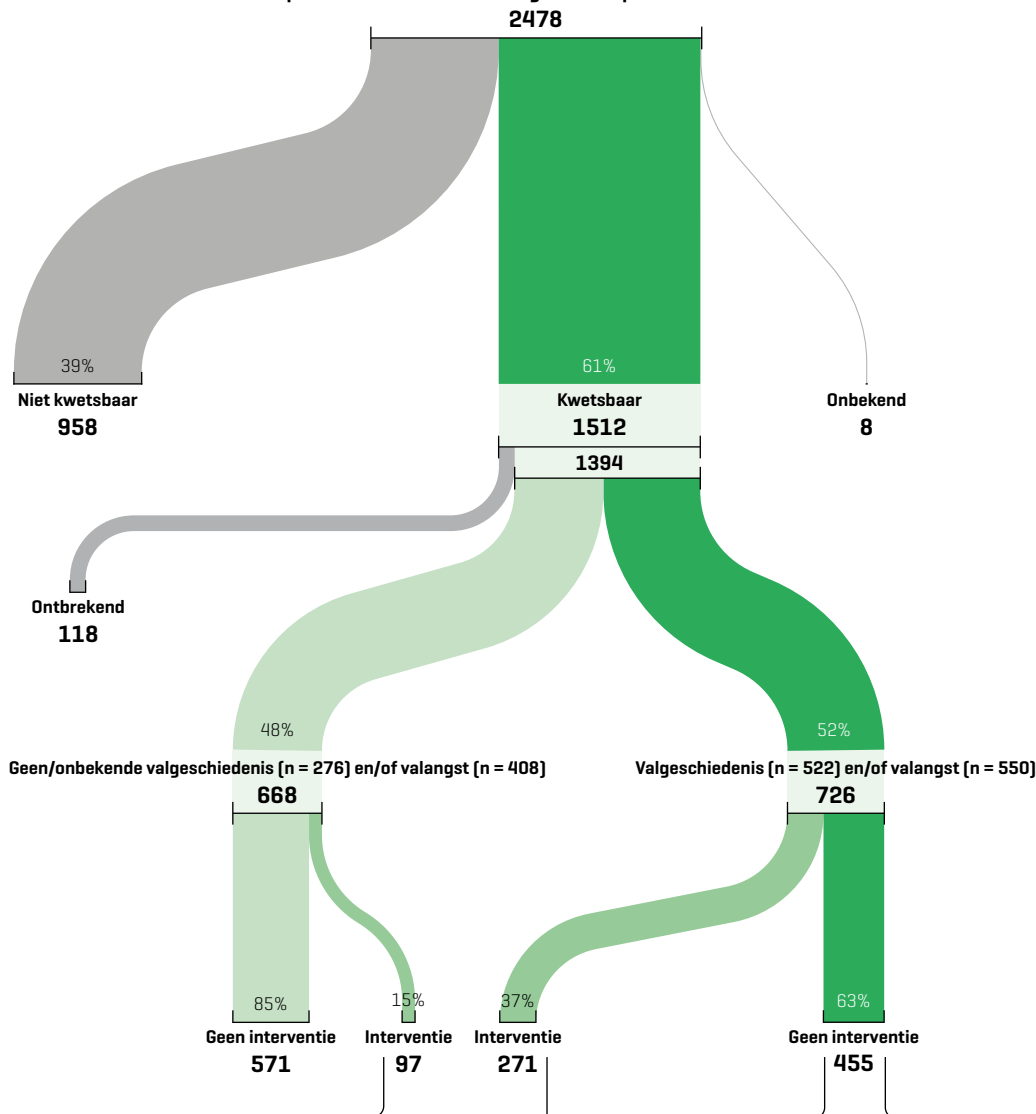
Uit ons onderzoek bleek dat slechts 37% van de patiënten met een hoog valrisico ook een interventie kreeg om vallen te voorkomen. Dit bevestigt nog eens hoe belangrijk het is om het valrisico bij kwetsbare oudere patiënten niet alleen systematisch te monitoren, maar zo nodig ook te laten volgen door gepaste interventies. Het merendeel van de patiënten in ons onderzoek ontving (nog) geen valpreventieve zorg, meestal omdat de patiënt de behandeling te intensief of te veel gedoe vond. Dat suggereert dat niet alle interventies voldoende aansluiten bij de behoefte van patiënten. Onze focus lag op kwetsbare ouderen met valangst en/of een valgeschiedenis, maar het risico op een val, met alle nadelige gevolgen van dien, begint al toe te nemen voordat iemand kwetsbaar wordt. Daarom zou het goed zijn om met *case-finding* in beeld te brengen welke niet-kwetsbare oudere patiënten een hoog valrisico hebben. Valpreventie zou dan eerder aangeboden kunnen worden en misschien op minder bezwaren stuiten bij de patiënt.

Motivatie

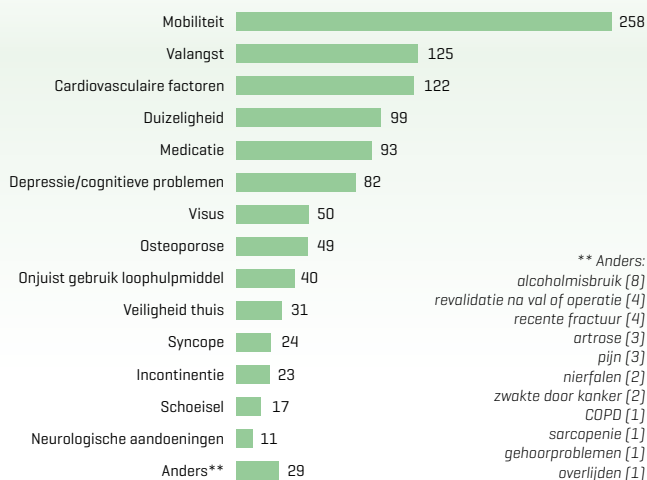
Mensen associëren vallen met ouderdom en verlies van zelfstandigheid, en hebben het er liever niet over.^{16,17} Dit stigma raakt aan de tweede door onze respondenten genoemde reden om geen valpreventieve zorg aan te bieden: patiënten erkennen niet dat zij een hoog valrisico hadden, terwijl de huisarts dit wel had gediagnosticeerd. In ons onderzoek, maar ook in

Stroomschema onderzoek valpreventie bij patiënten ≥ 75 jaar

Alle patiënten die in aanmerking komen op basis van ICPC-code



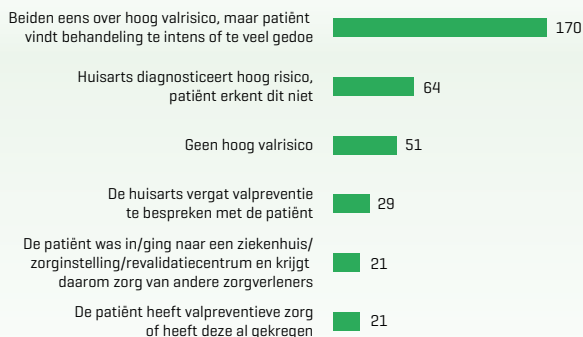
Onderliggende oorzaken hoog valrisico van patiënten die valpreventieve zorg ontvingen*



** Anders:
 alcoholmisbruik (8)
 revalidatie na val of operatie (4)
 recente fractuur (4)
 artrose (3)
 pijn (3)
 nierfalen (2)
 zwakte door kanker (2)
 COPD (1)
 sarcopenie (1)
 gehoorproblemen (1)
 overlijden (1)

* Huisartsen konden meer dan 1 antwoord selecteren

Top 6 redenen voor het niet bieden van valpreventie-interventies aan kwetsbare ouderen met valgeschiedenis en/of valangst*



* Huisartsen konden meer dan 1 antwoord selecteren



Ook ouderen met een hoog valrisico krijgen niet altijd valpreventie aangeboden door hun huisarts.

Foto: Shutterstock

ander onderzoek, gaven zorgverleners aan dat veel patiënten slecht te motiveren zijn voor interventies om vallen te voorkomen.¹⁸ Het is dus zaak om die motivatie te bevorderen, bijvoorbeeld door de patiënt bewust te maken van het belang van valpreventie, door realistische verwachtingen te scheppen en haalbare doelen te stellen, en door tijdens de interventie stap voor stap het zelfvertrouwen te vergroten.¹⁸ Daarbij kan het helpen om de nadruk niet zozeer te leggen op het vallen zelf als wel op het behoud van zelfstandigheid.

Multifactoriële interventies

Behalve de motivatie van de patiënt, en de vaardigheden van en tijdsinvestering door de huisarts, beïnvloeden ook andere factoren de kwaliteit van valpreventie in de eerste lijn: de samenwerking, zowel binnen het team als met andere disciplines zoals fysio- of oefentherapeuten, de vergoeding van interventies, de beschikbare middelen (tijd en personeel) en gezondheidsproblemen bij de patiënt zijn enkele van die factoren.¹⁸⁻²² Dat geldt ook voor de motivatie en vaardigheden van huisartsen en praktijkondersteuners. Belangrijk is dat huisartsen en praktijkondersteuners een goed netwerk van zorgaanbieders hebben en weten welke interventies (met name beweginginterventies) voor welke doelgroepen worden aangeboden. De multidisciplinaire richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen geeft aan welke interventies effectief en geschikt zijn.¹¹ Er is sterk bewijs voor beweginginterventies en de richtlijn advi-

seert dan ook een multifactoriële aanpak waarin op zijn minst 1 bewegingcomponent is opgenomen. Als een enkelvoudige interventie wordt overwogen – wat incidenteel wel kan – moet dat een beweginginterventie zijn, tenzij er een specifieke andere risicofactor is vastgesteld.¹¹ In ons onderzoek bleken huisartsen inderdaad het vaakst beweginginterventies toe te passen en meestal naar de fysiotherapeut te verwijzen voor valpreventieve zorg. Andere risicofactoren, die in een multifactoriële aanpak kunnen worden aangepakt, zijn medicatie (cardiovasculaire medicatie, psychofarmaca), valangst, vitamine D-tekort, omgevingsfactoren, schoeisel en slechtiendheid.¹¹ Ook het bredere volksgezondheidsbeleid kan een bijdrage leveren aan een goed ingebedde, bredere aanpak van valpreventie en bewegen voor ouderen. Denk aan het stimuleren van bewegen door ouderen, het opnemen van valpreventieve zorg in het basispakket, het doorontwikkelen van bestaande interventies en het trainen van professionals. Zorginstituut Nederland heeft recentelijk in een advies aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport geconcludeerd dat valpreventie effectief is en onder de te verzekeren zorg kan vallen.²³ Het woord is nu aan de minister.

Sterke punten en beperkingen

Onze methode van dataverzameling, via een pop-up in het EPD tijdens een consult, is zowel een beperking als een sterk punt van ons onderzoek. De pop-up en de vragenlijst over

valpreventie op zichzelf kunnen de deelnemende huisartsen bewuster gemaakt hebben van de mogelijkheid van valpreventie. Dat leidde mogelijk tot overschatting van het aantal patiënten met een valgeschiedenis en/of valangst dat huisartsen daadwerkelijk in beeld hebben. Aan de andere kant was de methode ook een sterk punt: dat de vragenlijst in het EPD geïntegreerd was en huisartsen op het probleem attenderde, maakte completere dataverzameling mogelijk.

Een tweede beperking van dit onderzoek was dat de huisartsen de vragenlijsten invulden, dus misschien soms het antwoord gaven waarvan zij dachten dat de patiënt dat vond. Onze resultaten moeten dus geïnterpreteerd worden vanuit het perspectief van de huisarts, niet vanuit dat van de patiënt. Een sterk punt was het netwerk van 32 huisartsenpraktijken (65 huisartsen, 43,7 FTE's), verspreid over heel Nederland, dat aan ons onderzoek deelnam. De patiëntenpopulatie, 0,7% van de Nederlandse bevolking, is representatief voor de gehele bevolking met betrekking tot leeftijd, geslacht, regionale distributie en graad van urbanisatie. Ons onderzoek geeft dus een goede weerspiegeling van de dagelijkse praktijk van de Nederlandse huisarts.

CONCLUSIE

Een val kan ouderen in grote problemen brengen en (beweeg-)interventies om vallen te voorkomen zijn bewezen effectief. Huisartsen zouden in hun dagelijkse praktijk meer aandacht moeten besteden aan het tijdig signaleren van een hoog valrisico bij (kwetsbare) oudere patiënten, zodat ze vervolgens een geschikte (beweeg)interventie kunnen aanbieden.

Soms is de kwetsbare oudere zelf moeilijk te motiveren om aan valpreventie te gaan doen. Het kan dan helpen te benadrukken dat het tijdig volgen van een (beweeg)interventie niet alleen het risico op een val vermindert, maar vooral ook goed is voor het behoud van de zelfstandigheid en de kwaliteit van leven. ■

LITERATUUR

1. VeiligheidNL. Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2020 2021. <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/feiten-cijfers>, geraadpleegd augustus 2022.
2. Cheng MH, Chang SF. Frailty as a risk factor for falls among community dwelling people: evidence from a meta-analysis. *J Nurs Scholarsh* 2017;49:529-36.
3. Boelens C, Hekman EE, Verkerke GJ. Risk factors for falls of older citizens. *Technol Health Care* 2013;21:521-33.

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

Meekes WM, Leemrijse CJ, Weesie YM, Van de Goor IA, Donker GA, Korevaar JC. Valpreventie, een te weinig benutte optie. *Huisarts Wet* 2022;65(11):16-20. DOI:10.1007/s12445-022-1584-x. Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tranzo, Tilburg: dr. W.M.A. Meekes, onderzoeker: w.m.a.meekes@tilburguniversity.edu; dr. I.A.M. van de Goor, onderzoeker. Nivel, Utrecht: dr. C.J. Leemrijse, senior onderzoeker huisartsgeneeskunde; Y.M. Weesie, dataspecialist; dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog, projectleider peilstations Nivel Zorgregistraties eerste lijn; dr. ir. J.C. Korevaar, programmaleider huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Aanvullingen en verbeteringen

In het artikel 'coxitis fugax en andere niet-traumatische heupaandoeningen bij kinderen' van Eline Urlings et al. (H&W 2022-10) staat in de printversie abusievelijk dat er aan de heup geen afwijkingen zichtbaar zijn en het kind koorts heeft. Hier had moeten staan: '... er aan de heup geen afwijkingen zichtbaar zijn en het kind **geen** koorts heeft.'



Wat te doen aan de sociale oorzaken van ziekte?

Peter Lucassen, Imke Rasing, Huub ter Haar, Henk Schers, Tim olde Hartman

Bij veel klachten in de huisartsenpraktijk speelt sociale problematiek een rol. Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen via een ‘sociaal recept’ verwijzen naar een niet-medische instantie voor het aanpakken van risicofactoren, financiële problemen, eenzaamheid of chronische psychiatrische klachten. Meestal gaat het dan om gezamenlijke activiteiten onder begeleiding of om laagdrempelig advies bij bijvoorbeeld financiële problemen. Het veld is nog jong, het aanbod is divers en lang niet overal even groot. Om een sociaal recept effectief te kunnen inzetten, moeten huisartsen goed op de hoogte zijn van de lokale mogelijkheden en de patiënt kunnen motiveren. De effectiviteit van het sociaal recept is nog onvoldoende onderbouwd, maar de patiënttevredenheid is meestal groot en het lijkt een veelbelovende toevoeging aan de gereedschapskist van de huisarts.

Gezondheid en ziekte worden voor een belangrijk deel bepaald door sociale factoren. In Nederland heeft naar schatting 30% van de huisartsconsulten een sociale achtergrond.^{1,2} Mensen met een lagere sociaal-economische status hebben vaker chronische ziekten zoals diabetes en depressie, en hun levensverwachting is veel lager dan die van mensen in betere omstandigheden. De oplossing voor een groot deel van de sociaal-economische oorzaken van slechte gezondheid (woonomstandigheden, inkomensverschillen, milieuverontreiniging) ligt bij politiek en overheid. Huisartsen zullen – bewust of onbewust – wel vaak rekening houden met die factoren, maar concreet kunnen ze er weinig aan doen. Dat ligt echter anders bij leefstijl (sterk afhankelijk van de sociale omgeving), financiële problemen en eenzaamheid. Hiervoor bestaat sinds enkele jaren de mogelijkheid van een ‘sociaal recept’, waarbij een medische instantie verwijst naar een niet-medische instantie.³ Dit nieuwe veld ligt in het verlengde van het maatschappelijk werk. Sommige interventies houden in dat de patiënt gaat deelnemen aan een sociale activiteit, waardoor de leefstijl in gunstige zin verandert, de eenzaamheid vermindert en de zelfredzaamheid verbetert, zodat mensen de regie weer in eigen hand kunnen nemen.⁴ Een andere vorm is bijvoorbeeld een verwijzing naar een nuldelijns hulpverlener die deskundig is op het terrein van gemeentelijke voorzieningen en het bij elkaar brengen van mensen. Gemeenschappelijk uitgangspunt is steeds de beweging van ‘ziekte en zorg’ naar ‘gezondheid en



Een ‘sociaal recept’ kan de patiënt helpen om de regie weer in eigen hand te nemen.

Foto: Shutterstock

gedrag’. Wat huisartsen nodig hebben om het sociaal recept effectief te kunnen gebruiken, is kennis van de lokale mogelijkheden – die erg kunnen verschillen – en de vaardigheid om patiënten te motiveren. Datzelfde geldt voor de POH-s en de POH-ggz.

In deze beschouwing geven wij een overzicht van de ons bekende initiatieven. Dit overzicht kan dienen als gids voor het verwijzen van patiënten en als inspiratie om zelf initiatieven te ontwikkelen. Tot slot gaan wij kort in op de effectiviteit van het sociaal recept.

VORMEN VAN HET SOCIAAL RECEPT IN NEDERLAND

Het sociaal recept gaat uit van het gegeven dat gezondheid en welzijn niet alleen bepaald worden door lichamelijk en mentaal functioneren, maar ook door het functioneren van de patiënt in de maatschappij. Het toepassingsgebied is breed en reikt van risicofactoren (roken, weinig bewegen, adipositas) naar ziekte (diabetes mellitus, COPD, hart- en vaatziekten), eenzaamheid, financiële problemen en chronische psychiatrische problematiek. Veel initiatieven zijn gebaseerd op de

DE KERN

- Met een 'sociaal recept' kan een huisarts of praktijkondersteuner verwijzen naar een niet-medische instantie.
- De verwijzing is meestal voor deelname aan een sociale activiteit of hulp bij financiën en huisvesting.
- Er zijn in Nederland een aantal initiatieven die uitgaan van de concepten 'positieve gezondheid' en 'positieve psychologie'.
- Om het sociaal recept effectief te kunnen inzetten, moet de huisarts goed op de hoogte zijn van de lokale mogelijkheden en de patiënt goed kunnen motiveren.
- De effectiviteit is nog onvoldoende onderbouwd, maar de patiënttevredenheid is groot.

concepten 'positieve gezondheid' en 'positieve psychologie'. Het doel is niet in de eerste plaats genezing, maar verhoging van het welzijn door beter functioneren. De interventies zijn vaak groepsactiviteiten zoals een gecombineerde leefstijlinterventie (bewegen, stoppen met roken, kooklessen) of een groepsactiviteit gericht op ervaren eenzaamheid.

Welzijn op recept

'Welzijn op recept' is een al wat langer bestaande vorm van sociaal recept waarbij de huisarts mensen verwijst naar een welzijnscoach die met de patiënt op zoek gaat naar een geschikte activiteit. Het gaat dan om klachten zoals piekeren, slecht slapen, moeheid, hoofdpijn en nek-, schouder- en rugklachten, die vaak te maken hebben met psychosociale problematiek (eenzaamheid, verlieservaringen, relatieproblemen). Het is de bedoeling dat de patiënt positieve ervaringen en sociale contacten opdoet door betekenisvolle activiteiten en dat dat zorgt voor een betere ervaren gezondheid. Symptoomvermindering is zeker niet het eerste doel. Kernelementen zijn verwijzing door de huisarts (beoordeelt de geschiktheid van de patiënt), ondersteuning door de welzijnscoach (beoordeelt de juistheid van de verwijzing, zoekt naar een passende activiteit) en de uiteindelijke activiteit (sluit aan bij de wensen en behoeften van de patiënt). Activiteiten waarnaar vaak verwezen wordt, zijn creatieve activiteiten, sport en beweging en vrijwilligerswerk. Welzijn op recept is beschikbaar in 90 gemeenten.⁵

Herstelcirkel in de wijk

'Herstelcirkel in de wijk' is een samenwerkingsverband van het Radboudumc, een multidisciplinaire zorggroep in Nijmegen en een zorginnovatiebureau, met financiële ondersteuning van een zorgverzekeraar. Doel is de regie en verbinding van mensen met een chronische aandoening te bevorderen met behulp van leefstijlactiviteiten die door het sociale netwerk worden gestimuleerd. De interventies zijn complementair aan de gewone zorg en ze zijn zowel gericht op mensen met een chronische lichamelijke aandoening, zoals diabetes mellitus, als op mensen met chronische psychische klachten. Die laatste, aanzienlijke groep zijn bijvoorbeeld patiënten met

angstklachten of depressiviteit die uitbehandeld zijn of niet meer gemotiveerd zijn voor een behandeling. Het idee is dat de deelnemers iets willen veranderen, omdat ze het gevoel hebben in een vicieuze cirkel terecht te zijn gekomen. Samen met een Leefkrachtcoach stellen ze een individueel veranderplan op en vervolgens gaan ze meedoen met een activiteitengroep. De deelnemers bepalen zelf wat voor activiteiten dat zijn – bijvoorbeeld kookworkshops, excursies naar de supermarkt, wandelen of ontspannen. Herstelcirkel in de wijk is beschikbaar in verschillende gemeenten in Gelderland.

Krachtige basiszorg

'Krachtige basiszorg' is een initiatief van huisartsen in de Utrechtse wijk Overvecht. Dit project is gestart omdat inwoners van achterstandswijken vaak een complexe mix van lichamelijke, psychische en maatschappelijke problemen hebben, die blijven bestaan als er geen aandacht is voor de sociale kant. Het project is gebaseerd op de 4 doelen van het zogeheten 'quadruple aim model': voor de wijkbewoners een betere gezondheid en betere ervaren kwaliteit van zorg, voor de professionals meer werkplezier en minder werkdruk, en voor de gezondheidszorg minder kosten [kader]. Belangrijke elementen om dat te bereiken, zijn structurele samenwerking met andere professionals in de wijk en meer tijd uittrekken voor de patiënt. In het contact met de patiënt proberen de huisartsen de problemen volledig in beeld te brengen volgens het 4D-model: fysiek, psychisch, sociaal en maatschappelijk.⁶ Inmiddels hebben huisartsenpraktijken in Utrecht, Rotterdam, Den Haag en Amsterdam zich aangesloten bij Krachtige basiszorg.

Blauwe zorg

'Blauwe zorg' is een beweging die in 2013 werd gestart door een zorgverzekeraar in samenwerking met Maastricht UMC+, Burgerkracht Limburg en de eerstelijnszorgorganisatie ZIO. Inmiddels hebben veel financiers en zorgaanbieders in de regio Maastricht-Heuvelland zich hierbij aangesloten. Doel van de beweging is de ouderenzorg, ggz, ziekenhuiszorg, transmurale zorg en farmacie in de wijk te laten samenwerken zodat hun zorg doelmatiger wordt, en een cultuurverandering teweeg te brengen bij bestuurders, managers, professionals en zorgvragers. Ook hier zijn de uitgangspunten 'positieve gezondheid' en het quadruple aim [kader]. 'Blauwe zorg in de wijk' is een uitwerking van het sociaal recept in 4 Maastrichtse achterstandswijken. De ambitie is voor de bewoners meer gezondheid en een betere kwaliteit van leven te bewerkstelligen tegen minimaal gelijkblijvende kosten, in een leefomgeving die dat bevordert. Dat gebeurt bijvoorbeeld door een gezinsregisseur voor kwetsbare gezinnen in te zetten, waarbij veel hulpverleners uit verschillende domeinen betrokken zijn.

Vitaal Vechtdal

Vitaal Vechtdal is bedacht door een huisarts uit Ommen en een bestuurder van het regionale ziekenhuis. 'Positieve

QUADRUPLE AIM

- Verbeteren van de gezondheid van de bevolking
- Verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg
- Verlagen van de werkdruk voor professionals
- Verlagen van de zorgkosten

gezondheid' is ook hier het uitgangspunt, met veel activiteiten die bijdragen aan de vitaliteit en gezondheid van de bevolking. De beweging probeert een gezonde leefstijl te bevorderen door gezamenlijke activiteiten zoals samen wandelen, aandacht voor roken en alcoholgebruik, en het verspreiden van gezonde en goedkope maaltijden in samenwerking met een mbo-school. Verder stimuleert de beweging bij ondernemers aandacht voor de vitaliteit van hun werknemers en steunt ze sociale activiteiten ter bestrijding van eenzaamheid en ter bevordering van geletterdheid bij mensen met een taalachterstand.

De dorpsondersteuner

Een aantal plattelandsgemeenten in Brabant, Limburg, Gelderland en Groningen is een andere weg naar kleinschalige, wijkgerichte zorg ingeslagen. Dorpen krijgen een dorpsondersteuner die de leefbaarheid in het dorp bevordert, eenzaamheid tegengaat en de zelfredzaamheid vergroot.⁷ De dorpsondersteuner woont zelf in het dorp, is laagdrempelig bereikbaar en werkt samen met alle andere hulpverleners in het dorp. De dorpsondersteuner organiseert bijvoorbeeld bijeenkomsten waar mensen contact met elkaar kunnen hebben of zet een groep op van mensen die bij anderen kleine klusjes doen. Een specifieke taak van de dorpsondersteuner is hulp bij financiën (WMO-aanvragen, budgetbewaking) en huisvesting. Dorpsondersteuners worden meestal bekostigd vanuit gemeentelijke WMO-gelden.

EFFECTIVITEIT

Over een aantal van de hierboven genoemde projecten zijn evaluatierapporten gepubliceerd. Steeds weer blijkt dat de tevredenheid van de deelnemers – zowel zorgvragers als zorgverleners – groot is, terwijl de kosten van de gezondheidszorg minstens gelijk bleven.^{4,8,9} De dorpsondersteuner leek het welzijn zelfs te vergroten tegen minder kosten.^{7,10}

De toetssteen bij uitstek voor de effectiviteit van een interventie is gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Zulk onderzoek is voor zover ons bekend in Nederland niet uitgevoerd, maar wel in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. De resultaten zijn samengevat in een aantal systematische reviews.¹¹⁻¹⁵ Deze reviews bevestigen dat de meeste deelnemers erg tevreden zijn over de interventie, maar vinden geen consistent effect op relevante uitkomsten. Veel van de geïncludeerde RCT's waren slecht vergelijkbaar omdat de uitkomstmaten verschillen, en de aantallen klein zijn. Wel bleek dat een intermediair (welzijnscoach, leefkrachtcoach, gezinsregisseur, dorpsondersteuner) tussen verwijzer en activiteit

essentieel is voor het succes van een sociaal recept. Essentieel is ook de eerste stap: verwijzen naar de juiste intermediair. De huisarts moet dus goed op de hoogte zijn van de voorwaarden voor en de mogelijkheden van de interventie.¹⁶

Alle reviews concluderen dat het sociaal recept beter moet worden onderbouwd, liefst met RCT's van voldoende grootte, met vergelijkbare uitkomstmaten en een voldoende lange follow-up, waarbij ook duidelijk is welk onderdeel van het quadruple aim het doel is van de interventie. Het sociaal recept is echter een complexe interventie en de effectiviteit ervan is moeilijker vast te stellen dan die van enkelvoudige interventies, zoals een geneesmiddel.¹⁷⁻¹⁹ Een van de problemen bij een RCT is dat de effectiviteit van het sociaal recept sterk afhangt van degenen die het uitvoeren: huisarts, intermediair, groepsbegeleider en deelnemer. Zij zullen op basis van hun eigen inzichten de interventie steeds aanpassen aan de lokale context. Langzamerhand groeit het inzicht dat RCT's ongeschikt zijn om de effectiviteit van complexe interventies aan te tonen en dat *realist evaluations* en *realist reviews* geschiktere instrumenten zijn. Realistische onderzoeksmethoden laten geen algemeen geldende uitspraken toe over de effectiviteit van een complexe interventie, maar geven wel aan welke interventie werkzaam is voor wie en in welke context.^{20,21}

TOT SLOT

Het sociaal recept doet recht aan de sociale oorzaken van gezondheidsproblemen, maar is nog te weinig bekend en onvoldoende onderbouwd. Niettemin is het een veelbelovend concept dat grootschalig onderzoek verdient. Om het sociaal recept effectief te kunnen inzetten, moet de huisarts goed op de hoogte zijn van de lokale mogelijkheden en in staat zijn patiënten goed te motiveren voor een dergelijke verwijzing. ■

LITERATUUR

1. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep* 2014;129 Suppl 2:19-31.
2. Heijnders ML, Meijs JJ. 'Welzijn op recept' (Social prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts – an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 2018;19:223-31.
3. Buck D, Ewbank L. What is social prescribing? www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing, geraadpleegd 11 januari 2021.

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

Lucassen PL, Rasing I, Ter Haar H, Schers HJ, olde Hartman TC. Wat te doen aan de sociale oorzaken van ziekte? *Huisarts Wet* 2022;65(11):21-3. DOI:10.1007/s12445-022-1577-9. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker: peter.lucassen@radboudumc.nl; prof. dr. H.J. Schers, huisarts; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en senior onderzoeker. Radboudumc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Nijmegen: I. Rasing, arts. Huub ter Haar Innovatie Veerkracht Strategie, Nijmegen: H. ter Haar, eigenaar. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Waarom blijven slachtoffers van seksueel geweld verborgen?

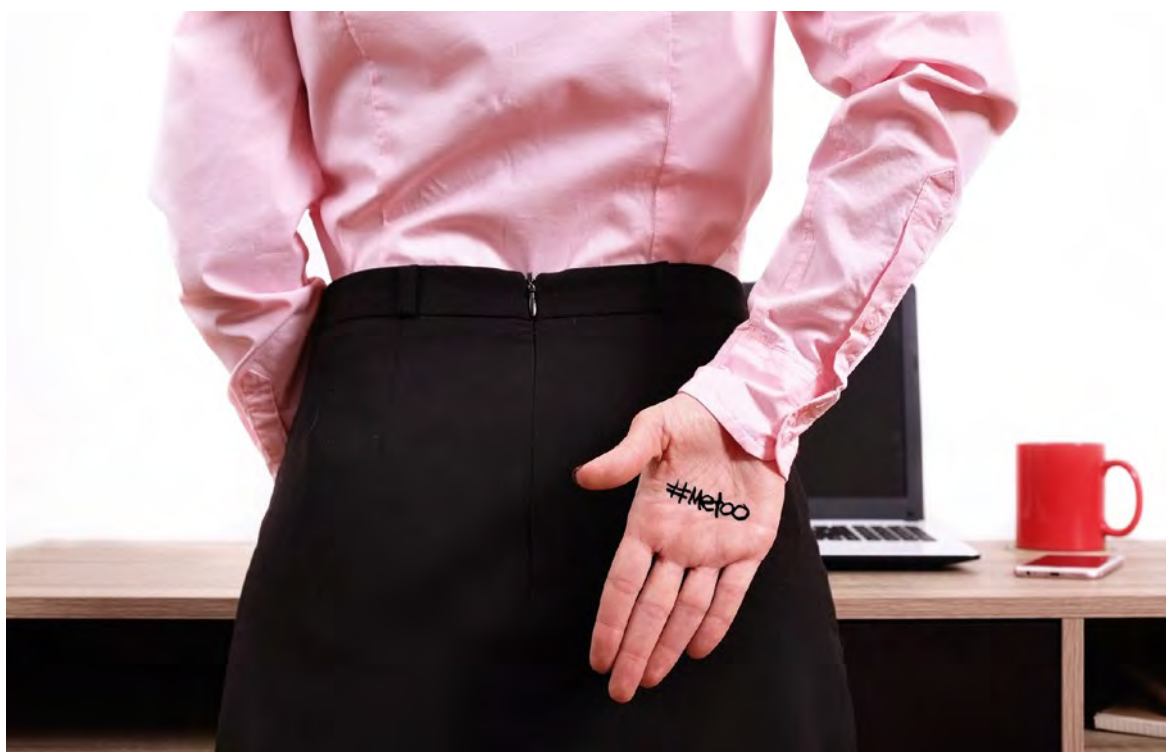
Toine Lagro-Janssen

De uitzending van BOOS in januari 2022 over seksueel overschrijdend gedrag bij de crew van het tv-programma *The Voice of Holland* veroorzaakte een mediastorm. De publieke opinie benadrukt de abnormaliteit van seksueel overschrijdend gedrag. Daders worden geregeld gepathologiseerd tot monsters, terwijl een enkeling het voorval bagatelliseert of het waarheidsgehalte ervan in twijfel trekt. Mogelijke oorzaken van misbruik passeren de revue. Waarom slachtoffers niet of laat hulp zoeken en de impact van seksueel geweld komen minder aan bod. Antwoorden op deze vragen op basis van onderzoek zijn cruciaal voor passende zorg door de huisarts.

In Nederland maakt 22% van de volwassen vrouwen en 6% van de mannen seksueel geweld mee. Seksueel geweld is gedefinieerd als iedere vorm van dwang tot en/of ervaring met manuele, orale, vaginale of anale seks tegen de wil.¹ Als we

zoenen en seksueel aanraken tegen de wil meetellen, stijgen de percentages naar 53% van de vrouwen en 19% van de mannen.¹ De #MeToo-beweging en diverse onderzoekscommissies concluderen dat binnen machtsafhankelijke relaties geregeld sprake is van seksueel geweld (de Commissie Deetman (2011, de rooms-katholieke kerk), de Commissie de Vries (2017, sport), de Commissie Samson (2012, de jeugdzorg), de Commissie De Winter (2019, de jeugdzorg) en de Commissie Olfers en Van Wijk (2021, de turnwereld)).

De meeste plegers zijn bekenden van het slachtoffer.¹ De dader is geen zeldzaam monster, maar een van ons. Binnen de geneeskunde is seksueel geweld als ziekmakende factor een verborgen probleem. Het blijft onzichtbaar omdat slachtoffers een complex afwegingsproces doorlopen bij het al dan niet zoeken van hulp, en omdat slachtoffer en huisarts niet bekend zijn met de medische gevolgen van seksueel geweld.¹⁻³



Slachtoffers van seksueel geweld beseffen vaak niet dat het om misbruik gaat.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- De meeste plegers van seksueel geweld zijn bekenden van het slachtoffer, waardoor slachtoffers twijfelen of ze het voorval als seksueel geweld mogen benoemen.
- Zelfverwilt en angst om zelf de schuld te krijgen belemmeren het zoeken van hulp.
- Schaamte, de ervaring vaak niet geloofd te worden en socioculturele factoren maken het zoeken van hulp moeilijk.
- Seksueel geweld vormt een ernstig risico op chronische lichamelijke en psychische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, aanhoudende lichamelijke klachten, PTSS, angststoornissen en depressie.
- De huisarts is degene die de relatie kan leggen tussen de gepresenteerde klacht en seksueel geweld.
- Exploratie van het hulpzoekproces van het slachtoffer biedt de huisarts de kans om het slachtoffer te ondersteunen bij het zoeken naar hulp.

HET ZOEKEN NAAR HULP

Een kwart van de vrouwen en 1 op de 3 mannen heeft nooit over seksueel misbruik verteld.¹ Slachtoffers zwijgen omdat ze niet beseffen dat het om misbruik gaat. Ze niet willen geloven dat het hen echt is overkomen, omdat de pleger een bekende is, ze heftige emoties en psychische pijn willen vermijden, ze niets willen oprakelen of omdat ze het gebeurde snel willen vergeten.¹⁻³ Ze willen doorgaan met hun leven.² Ook de drempels om professionele hulp te zoeken zijn hoog en divers van aard.^{4,5} Van alle slachtoffers vraagt 20% van de vrouwen en 10% van de mannen professionele hulp aan een arts of andere hulpverlener.¹ Een recent literatuuronderzoek laat zien hoe het zoeken naar hulp verloopt.⁵ Het hulpzoekgedrag na seksueel geweld is een dynamisch proces, waarin het slachtoffer voor 3 kernvragen wordt gesteld.^{6,7} Zo kan het slachtoffer zich afvragen of er wel sprake is van seksueel geweld: 'Hoe interpreteer ik wat er precies is gebeurd en ervaar ik het als een probleem?' Is het antwoord bevestigend, dan moet bepaald worden of voor dit probleem hulp nodig is: 'Ik heb een probleem, wat kan ik doen, en hoort daar hulp bij?' Wil of kan het slachtoffer het probleem niet zomaar voorbij laten gaan, dan kiest het uit de opties voor hulp die er zijn: 'Welke beschikbare hulp zal ik gebruiken? Kan ik zelf met eigen hulpbronnen verder (eigen mentale kracht, sport) of schakel ik informele of formele hulp in?' Individuele, interpersoonlijke en socioculturele factoren beïnvloeden de keuzen van het slachtoffer.

ZELFVERWIJLT EN COPINGGEDRAG

Schuldgevoel is de belangrijkste *individuele factor* die ervoor zorgt dat het slachtoffer het voorval bagatelliseert, de ernst en gevolgen ervan minimaliseert, en het niet als seksueel geweld interpreteert.^{2,8,9} Wanneer het slachtoffer zichzelf de schuld

geeft en zichzelf verwijt te hebben bijgedragen aan het voorval door 'onnadenkend of naïef' gedrag, door zich te weinig te verzetten, door niet duidelijk genoeg te hebben gezegd geen seks te willen of door alcohol- of drugsgebruik, zal het zich afvragen of de ervaring wel seksueel geweld genoemd kan worden. Zelfverwilt verkleint de kans dat een slachtoffer hulp gaat zoeken.^{7,8,10} Het copinggedrag van een slachtoffer bepaalt mede of het hulp zoekt.^{6,11,12} Een slachtoffer kan gewend zijn om problemen actief tegemoet te treden en daarvoor hulp te zoeken. Het kan ook een probleemvermijdende copingstrategie hebben, doen alsof er geen problemen zijn en het gebeurde snel willen vergeten. Deze manier van coping kan hulpzoekgedrag in de weg staan. Als slachtoffers bang zijn dat ze de controle over hun leven verliezen wanneer ze om hulp vragen, zullen ze de problemen zelf willen oplossen. Ze kunnen ook denken dat hulp niets oplost of dat hulpverleners hen niet van harte willen helpen.⁴ Mannen, slachtoffers uit de lagere sociaaleconomische klasse en slachtoffers met eerdere slechte ervaringen hebben vaker een negatieve houding jegens hulp en hulpverleners.^{4,11} Bovendien kunnen ze vrezen dat praten tot meer psychische schade en pijn leidt, waardoor om hulp vragen geen optie is.⁶ Bij het zoeken naar hulp kunnen kennis over soorten behandelingen, de geschiktheid en toegankelijkheid ervan, en de mate van vertrouwen in de hulp(verlener) een rol spelen.

Als *interpersoonlijke factor* om hulp te zoeken wordt angst voor wraak en represailles van de dader en de omgeving genoemd, naast angst om niet geloofd te worden of zelf de schuld te krijgen. De 'waarom ik'-vraag, het niet kunnen geloven dat de bekende jou heeft verkracht, en loyaliteit en begrip voor een bekende dader vergroten de kans dat het slachtoffer het gebeurde niet als seksueel geweld labelt.⁶ Ook speelt schaamte een belangrijke rol. Wanneer het slachtoffer zich schaamt, zal dat het voorval geheim willen houden voor ouders, vrienden en de omgeving, en bang worden voor negatieve reacties. Jonge slachtoffers willen hun ouders vaak geen verdriet doen of vrezen agressief gedrag tegen een bekende pleger.⁷ Niet altijd is hulp gratis en naast de deur te vinden. Ook de omgeving kan de toegankelijkheid van de hulp bevorderen of belemmeren. Tot slot kunnen *socioculturele factoren* van invloed zijn op het hulpzoekgedrag. Een slachtoffer zal het voorval niet interpreteren als seksueel geweld wanneer het gedrag een geaccepteerde manier is waarop men binnen een gemeenschap met elkaar omgaat, als mannen vrouwen domineren en wanneer

KADER 1 HOE VRAAG IK NAAR SEKSUEEL GEWELD?

De directe manier: 'Uit ervaring weet ik dat mensen met de klachten die u beschrijft, iets naars kunnen hebben meegemaakt, zoals een vervelende seksuele ervaring. Speelt dit bij u ook?'

De indirecte manier: 'Omdat deze klachten vaker voorkomen bij vervelende ervaringen die mensen in hun leven meemaken, zou ik u hier graag een aantal vragen over willen stellen. Vindt u dat goed?'

verkrachtingsmythen gemeengoed zijn.¹³ Vooral specifieke culturele factoren belemmeren slachtoffers om hulp te vragen. Een taboe op praten over seks, het kwijtraken van de maagdelijkheid door de verkrachting, de norm dat problemen binnenshuis moeten worden opgelost, de angst voor verlies van de familie-eer, uitstoting door de gemeenschap of eerwraak maken het vragen om hulp zeer moeilijk.^{3,4,14,15}

GEVOLGEN OP LANGERE TERMIJN

Seksueel geweld vormt een ernstig (verborgen) risico op gezondheidsschade.^{16,17} Meer dan de helft van de Nederlandse vrouwen en bijna de helft van de mannen die in een vragenlijst aangeven verkracht te zijn, ervaart problemen door de verkrachting.¹ Daarbij noemt 40% van de vrouwen en 29% van de mannen psychische klachten, en 28% van de vrouwen en 22% van de mannen seksuele problemen. Bovendien wijt 22% van de vrouwen en 15% van de mannen later opgetreden relatieproblemen aan de verkrachting.¹ Slachtoffers van seksueel misbruik lijden vaker dan niet-slachtoffers aan slaapstoornissen (oddsratio (OR) 16,1), zelfmoordpogingen (OR 4,1), angst- en paniekstoornissen (OR 3,0), depressies (OR 2,7), eetstoornissen (OR 2,7), chronische bekkenpijn (OR 2,7), maag-darmstoornissen (OR 2,4), een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (OR 2,4) en specifieke chronische pijn (OR 2,2).^{18,19} De helft van de slachtoffers van een verkrachting ontwikkelt zonder therapie PTSS.^{20,21} Dit is meer dan na andere traumatische ervaringen, waarbij PTSS ontstaat bij 5% van de mannen en 10% van de vrouwen.^{20,21} Wanneer de omgeving de verkrachting niet erkent en het slachtoffer ervan beschuldigt zelf aandeel te hebben gehad in het seksuele geweld, verhoogt dit het risico op PTSS.²²

De aanhoudende lichamelijke klachten (ALK, voorheen SOLK), vooral pijnklachten van spieren in nek, schouders en bekken, kunnen we verklaren met een constant gevoel van onveiligheid en verhoogde waakzaamheid, wat leidt tot gespannen spieren en chronische stress. Zowel een door het trauma geïnduceerde ongezonde leefstijl met roken, alcoholmisbruik en ongezonde voeding, als een disregulatie van het neurobiologische stressgerelateerde responsstelsel kan hierbij een rol spelen.²³ Normaliter activeert stress het hypothalamus-hypofyse-bijniersysteem, de HPA-as. Wanneer de stress te hoog is of te lang aanhoudt, zoals bij PTSS, gaan de HPA-as en het immuunsysteem disfunctioneren.²³ Seksueel misbruik richt via de stressmechanismen op den duur lichamelijke schade aan. Ook recent onderzoek bevestigt het verhoogde risico op chronische aandoeningen, zoals respiratoire aandoeningen (OR 1,4), het prikkelbaredarmsyndroom (OR 1,4), chronische hoofdpijn (OR 1,3), migraine (OR 1,4) en hart- en vaatziekten (OR 3,0).^{17,24-27} Het is evident dat seksueel misbruik direct na het trauma en op den duur via de stressmechanismen zowel lichamelijke als psychische schade kan aanrichten.

HOE KUNT U DEZE KENNIS TOEPASSEN?

Vaak zullen slachtoffers geen relatie leggen tussen de ervaren klachten en het seksuele geweld in de voorgeschiedenis. Het is

KADER 2 VICTIM BLAMING

Victim blaming betekent dat iemand, bewust of onbewust, een slachtoffer de schuld geeft van wat hem of haar is overkomen. Het slachtoffer krijgt negatieve reacties uit de omgeving. De schuld wordt niet bij de dader, maar bij het slachtoffer gelegd. Omdat de meeste slachtoffers zichzelf voortdurend afvragen of ze niet zelf aanleiding hebben gegeven, voelen ze zich alleen maar meer schuldig.^{2,28,32}

Voorbeelden van victim blaming:

- Waarom heb je [zoveel] gedronken?
- Waarom heb je die eerste afspraak bij jou thuis gemaakt?
- Waarom ben je toen het zo laat werd niet samen met je vriendin naar huis gegaan?
- Waarom heb je niet geschreeuwd, je verzet, ben je niet weggelopen, gewoon weggegaan?
- Waarom, waarom, waarom...

Victim blaming kan negatieve gevolgen hebben voor het herstelproces.^{2,10,11} Een slachtoffer zal ook minder snel hulp zoeken. Victim blaming leidt tot zelfverwijt en verhoogt het risico op het ontwikkelen van PTSS.²² Victim blaming is vaak schadelijker dan de gebeurtenis zelf.³³

aan u als huisarts om die relatie te signaleren. De beschreven lichamelijke en psychische klachten kunnen u alert maken en een eerste aanleiding vormen om actief naar seksueel geweld te vragen. Elders is beschreven welke andere signalen u ter beschikking staan en welke personen extra risico lopen op seksueel misbruik.²⁸

De beschreven lichamelijke en psychische gevolgen van seksueel geweld betreffen klachten waarvoor patiënten geregeld het spreekuur bezoeken.²⁹ [Kader 1] geeft voorbeelden van manieren waarop u bij een vermoeden van seksueel geweld daarnaar kunt vragen.²⁸ U bent in de gelegenheid en krijgt het vertrouwen om ernaar te vragen. De meeste patiënten weten dat u betrouwbaar met hun informatie zult omgaan. Het bespreken voorkomt wellicht een lange specialistische zoektocht naar oorzaken van de klachten. Wanneer uw patiënt hulp krijgt, maakt dat bovendien de kans op herhaling van seksueel geweld (revictimisatie) kleiner.³⁰ De eerste stap bestaat eruit de ervaring op een sensitieve manier bespreekbaar te maken, zonder enige schuld bij het slachtoffer te leggen, wat we ook wel *victim blaming* noemen.^{13,28} [Kader 2] beschrijft wat victim blaming is en welke gevolgen het heeft.

Gericht luisteren is uiterst belangrijk voor het exploreren van de hulpvraag. Het is cruciaal om te achterhalen welke gedachten en gevoelens het slachtoffer bij het hulpzoekproces bezighouden. Vindt het slachtoffer dat het seksuele geweld toch niet zo erg was, zoals ook de pleger beweerde? Voelt het slachtoffer zich mede schuldig? Wil het slachtoffer als vermijdingsstrategie niet met de verkrachting worden geconfronteerd? Denkt het dat praten het verdriet juist verergert of heeft het geen idee

wat hulpverlening inhoudt? Factoren die er ooit toe hebben geleid dat het slachtoffer geen hulp heeft gezocht zijn mogelijk destijds valide geweest, maar kunnen nu belangrijke barrières vormen om hulp te accepteren. Bespreek deze factoren samen en ondersteun het slachtoffer bij het beslissingsproces. Bedenk dat u als huisarts op goede gronden veronderstelt dat er een mogelijke relatie is met de ervaren klachten. De patiënt heeft een probleem dat blijkbaar niet zonder hulp vanzelf overgaat. Feit is ook dat er effectieve hulpverlening voorhanden is.³¹ Toon begrip voor het slachtoffer, wees geduldig en let op de continuïteit van de zorg.² Doel is dat het slachtoffer het leven weer vol (zelf)vertrouwen kan oppakken. Aan dat herstelproces kunt u een belangrijke bijdrage leveren.³² ■

LITERATUUR

1. De Graaf H, Wijsen C. Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Utrecht: Rutgers, 2017.
2. Hutschemaekers GJM, Zijlstra E, De Bree C, Lo Fo Wong S, Lagro-Janssen A. Similar yet unique: the victim's journey after acute sexual assault and the importance of continuity of care. *Scand J Caring Sci* 2019;33:949-58.
3. Bertling L, Mack A, Vonk H, Timmermans M. Slachtoffers van zedenmisdrijven. Een verkenning van de overwegingen voor contact met politie en/of hulpverlening. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek, 2017.

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

Lagro-Janssen ALM. Waarom blijven slachtoffers van seksueel geweld verborgen? *Huisarts Wet* 2022;65(11):24-9. DOI:10.1007/s12445-022-1588-6.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts n.p., emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Doe mee met het H&W-gebruikersonderzoek

H&W innoveert continu. Daarvoor hebben we uw hulp als H&W-lezer nodig.

Neemt u ons mee in uw wensen en behoeftes? Laat u ons weten hoe we H&W nog verder kunnen verbeteren en op welke wijze? Kortom: doet u mee met het H&W-gebruikersonderzoek?

Het invullen kost u slechts 10 minuten. U kunt tot 1 december 2022 deelnemen door de QR-code met uw smartphone te scannen of door naar www.henw.org/gebruikersonderzoek te gaan. Wilt u vaker meedenken met H&W? Geef u dan op voor ons klankbordpanel (aan het einde van de vragenlijst). Alvast hartelijk dank voor uw waardevolle feedback.



Een zeldzame oorzaak van acute buikpijn bij een jonge vrouw

Susanne Groeneveld, Toine Lagro-Janssen

Een patiënte met acute buikpijn vraagt om een snelle medische beslissing. De diagnose is echter niet meteen duidelijk, de differentiële diagnose is immers breed. Bij vrouwen kunnen ook gynaecologische oorzaken acute buikpijn veroorzaken, zoals een extra-uteriene graviditeit, een torsie van het ovarium of een ontsteking in het kleine bekken. Aangeboren afwijkingen aan de inwendige geslachtsorganen, zoals in deze casus, zijn een zeldzame oorzaak van plots ontstane buikpijn. Omdat deze afwijkingen voor vrouwen een grote impact kunnen hebben, is herkenning door de huisarts van groot belang.

De incidentie van aangeboren afwijkingen van de uterus varieert van 0,5-7% in de algemene bevolking tot 17% bij vrouwen met herhaalde miskramen.^{1,2} Afwijkingen hoeven niet tot klachten te leiden en kunnen verborgen blijven. De uterus septus is de meest voorkomende afwijking bij vrouwen met infertiliteit.^{1,2} Congenitale afwijkingen van de uterus

CASUS: EEN JONGE VROUW MET BUIKPIJN

Een 17-jarige vrouw meldt zich met pijn in de rechter onderbuik. Vorige week bezocht ze vanwege deze acuut ontstane pijn de spoedeisende eerste hulp. Na onderzoek van het abdomen, bepaling van CRP, HCG en urineonderzoek, kon de SEH-arts een appendicitis, een ontsteking in het kleine bekken, een urineweginfectie en extra-uteriene graviditeit uitsluiten. Bij haar huisarts maakt ze geen zieke indruk – ze heeft geen koorts, noch mictie- of defecatieklachten. Eerder die week had ze een onttrekkingsbloeding. Ze is seksueel actief en gebruikt orale anticonceptie. Bij onderzoek is de rechter onderbuik drukkijnd. De genitalia externa zien er normaal uit en het speculumonderzoek is zonder afwijkingen. Bij het vaginaal toucher is er rechts naast de uterus een pijnlijke zwelling voelbaar. De patiënte wordt onder verdenking van een torsio ovarii acuut naar de gynaecoloog verwezen. Deze vindt bij echoscopie een hemi-uterus, waarbij zich bloed heeft opgehoopt in de rechter rudimentaire hoorn.

kunnen divers zijn en samengaan met afwijkingen aan de cervix en/of vagina, zoals een verdubbeling van de cervix, een longitudinaal vaginaal septum of vaginale aplasie [figuur].²⁻⁴ Bij een deel van de vrouwen met aangeboren afwijkingen van



Acute buikpijn bij jonge vrouwen kan in zeldzame gevallen veroorzaakt worden door een aangeboren afwijking aan de inwendige geslachtsorganen, die gepaard gaat met een obstructie van de menstruatie. Foto: Shutterstock

ESHRE/ESGE-classificatie

klasse	subklasse		
Klasse U0 Normale uterus			
Klasse U1 Dysmorfe uterus	 a T-vormig	 b infantil	 c overig
Klasse U2 Uterus septus	 a partieel	 b compleet	
Klasse U3 Bicorporele uterus	 a partieel	 b compleet	 c bicorporele uterus septus
Klasse U4 Hemi-uterus	 a met rudimentaire hoorn*	 b zonder rudimentaire hoorn*	*wel/niet communicerend
Klasse U5 Uterusaplasie	 a rudimentaire hoorn	 b geen rudimentaire hoorn	
Klasse U6 Ongeclassificeerde malformaties			

Cervicale/vaginale anomalie

Co-existente klasse

C0	normale cervix
C1	cervix septum
C2	dubbele 'normale' cervix
C3	unilaterale cervicale aplasie
C4	cervicale aplasie

Co-existente klasse

V0	normale vagina
V1	longitudinaal niet-obstruerend vaginaal septum
V2	longitudinaal obstruerend vaginaal septum
V3	transversaal vaginaal septum en/of niet-geperforeerd hymen
V4	vaginale aplasie

DE KERN

- Aangeboren afwijkingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen zijn zeldzaam.
- Dergelijke afwijkingen kunnen bij obstructie van de menstruatie leiden tot [acute] buikklachten.
- Wanneer er bij deze afwijkingen geen obstructie is, zoals een septum in de vagina of uterus, kunnen ze de coitus bemoeilijken, dysmenorroe of problemen in de zwangerschap veroorzaken.

de inwendige geslachtsorganen komen ook afwijkingen aan de urinewegen en nieren voor.^{2,4,5}

PATHOGENESE

In een vrouwelijk embryo ontwikkelen de inwendige geslachtsorganen zich uit de buizen van Müller.⁶ Voor de vorming van normale genitaliën zijn 3 stappen nodig.

- Stap 1: de beide buizen van Müller moeten worden aangelegd en groeien uit.
- Stap 2: de buizen moeten deels fuseren.
- Stap 3: het septum tussen de 2 gefuseerde buizen moet resorberen.

Een stoornis in een van deze stappen leidt tot een aangeboren afwijking aan de inwendige genitaliën.

Bij een stoornis in de aanleg of uitgroei van de buizen van Müller kan de uterus afwezig zijn (uterusaplasie) in combinatie met een blind eindigende of afwezige vagina: het syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster.

Bij een fusiestoornis (stap 2) heeft de uterus een afwijkende

vorm, is ze verdubbeld (bicorporale uterus) of betreft het een hemi-uterus met of zonder rudimentaire hoorn, soms in combinatie met een verdubbeling van de cervix en vagina.

Is er een stoornis in de resorptie van het septum (stap 3), dan resteert een longitudinaal septum in de uterus en/of vagina [figuur].^{3,6}

Het hymen imperforatus, een afgesloten hymen, is een geïsoleerde ontwikkelingsstoornis zonder relatie met de anatomische afwijkingen van de buizen van Müller.⁷

De [tabel] geeft een overzicht van kenmerken bij anamnese en lichamelijk onderzoek per ontwikkelingsstoornis. De symptomen hangen af van de aard van de afwijkingen, waarbij we onderscheid maken in afwijkingen met of zonder obstructie van de menstruele bloeding. Een onbekend aantal vrouwen zal asymptomatisch blijven.⁸

Met obstructie

Afwijkingen die zorgen voor een obstructie in het afvloeien van de menstruatie, zoals bij een afsluiting van (een deel van) de vagina of bij een hemi-uterus met een rudimentaire hoorn, kunnen gepaard gaan met cyclische pijn in de onderbuik.

Klachten kunnen vanaf de menarche aanwezig zijn, maar soms hoopt het menstruatied bloed zich niet zodanig op dat het pijn doet. Op den duur kan de buikpijn het cyclische karakter verliezen. Een rudimentaire hoorn met verbinding naar de hemi-uterus hoeft geen klachten te geven; een volledige afsluiting kan leiden tot acute buikpijn. Een belemmering in afvloed van menstruatied bloed kan in zeldzame gevallen een ontsteking van het kleine bekken veroorzaken.^{5,8}

Ook het hymen imperforatus kan zorgen voor cyclische buikpijn door een afvloedbelemmering van de menstruatie boven het hymen. Het ophopen van menstruatied bloed in de vagina geeft aanvankelijk zelden klachten.⁷

Tabel 1

Anamnese en onderzoek bij congenitale afwijkingen aan de inwendige vrouwelijke geslachtsorganen

Ontwikkelingsstoornis ⁶	Anamnese	Lichamelijk onderzoek
Afwijking in aanleg en/of uitgroei van buizen van Müller [bijvoorbeeld syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster]	Primaire amenorroe ^{4,5} Normale ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken ⁴ Problemen met coitus of tampongebruik Fertiliteitsproblemen	Normale secundaire geslachtsorganen inclusief genitalia externa ⁴ Blind eindigende of afwezige vagina ⁴
Fusiestoornis van buizen van Müller [bijvoorbeeld hemi-uterus] Met obstructie	Amenorroe/dysmenorroe [soms vanaf menarche] ⁴ [Acute] onderbuikpijn [cyclisch of niet-cyclisch] ⁹ Fluor [door infectie] ⁹ Complicaties rond zwangerschap*	Pijnlijke onderbuik, eventueel swelling van de buik bij vaginaal toucher Fluor ⁹
Zonder obstructie	Geen klachten ^{4,8} Complicaties rond zwangerschap*	Dubbele cervix in speculo ⁴ Fluor ⁹
Resorptiestoornis van septum [bijvoorbeeld septum in uterus of vagina]	Problemen met coitus of tampongebruik ⁵ Bloedverlies ondanks tampon ⁵ Complicaties rond zwangerschap*	Septum in vagina ⁹

* Complicaties die in de zwangerschap kunnen optreden zijn bijvoorbeeld herhaalde miskramen, liggingsafwijkingen, vroeggeboorte, intra-uteriene groei-
vertraging, sectio caesarea door een vaginaal septum, uterusruptuur bij zwangerschap in rudimentaire hoorn.^{4,5,8-11}

Zonder obstructie

Zonder obstructie kunnen afwijkingen aan de inwendige geslachtsorganen leiden tot primaire amenorroe, een bemoeilijkte coïtus, dysmenorroe of bloedverlies tijdens de menstruatie ondanks het gebruik van een tampon, zoals bij een vaginaal septum.⁸ Aangeboren afwijkingen zonder obstructie worden soms pas ontdekt bij problemen met zwanger worden. Zo zorgen malformaties van de uterus vaker voor herhaalde miskramen, intra-uteriene groeivertraging, een afwijkende ligging van de foetus of vroeggeboorte.^{5,8-11}

ANAMNESE EN (AANVULLEND) ONDERZOEK

Bij een patiënte met pijn in de onderbuik zijn de volgende vragen belangrijk:

1. Is de buikpijn cyclisch en sinds de menarche aanwezig?
2. Heeft de patiënte menstruaties en hoeveel bloed verliest zij dan?
3. Is er sprake van fluor?

Zoals hierboven uitgelegd hoeven al deze kenmerken bij een obstructie niet aanwezig te zijn. Problemen met het inbrengen van een tampon of moeilijkheden bij de coïtus kunnen wijzen op vaginale afwijkingen, zoals een vaginale aplasie of longitudinaal vaginaal septum.⁸

Bij een primaire amenorroe en verdenking op een aangeboren afwijking van de inwendige geslachtsorganen is het essentieel om naar secundaire geslachtskenmerken (pubisbehaaringspatroon en borstontwikkeling) te vragen. Wanneer secundaire geslachtskenmerken aanwezig zijn, is het hypothalamisch-hypofysair-ovariële systeem intact en actief. Er is dan sprake van een aanlegstoornis van de buizen van Müller (uterus en/of vagina) of van het hymen, zoals een hymen imperforatus.¹²⁻¹⁵

Het lichamelijk onderzoek bij de klacht primaire amenorroe begint met de beoordeling van de secundaire geslachtskenmerken volgens Tanner.¹³ Het gynaecologisch onderzoek richt zich op inspectie van de genitalia externa om een bomberend hymen of een zwelling boven het hymen (hymen imperforatus) op te sporen. Labiumadhesies zijn bij adolescenten uiterst zeldzaam en komen hoofdzakelijk bij zuigelingen en peuters/kleuters voor.⁷ Let op de aanwezigheid en lengte van de vagina. Bij palpatie van de buik of het vaginaal toucher is er soms, zoals in onze casus, een zwelling in de onderbuik te voelen. Bij adolescenten zonder seksuele contacten of tampongebruik laat u het inwendig onderzoek achterwege.

Echografie kan aanwijzingen geven voor een mogelijke diagnose, maar meestal is uitgebreider specialistisch onderzoek vereist om de precieze diagnose te stellen. Een tijdige specialistische verwijzing is daarom cruciaal.

Het specialistisch onderzoek kan onder andere bestaan uit echografie en een MRI-scan van het kleine bekken, zo nodig aangevuld met hysteroscopie, hysterosalpingografie of laparoscopie. Een MRI-scan brengt aangeboren afwijkingen in de ontwikkeling van de buizen van Müller, hymen en gonaden nauwkeurig in beeld.^{1,2,8}

BEHANDELING

Of chirurgisch ingrijpen nodig is, hangt af van de aard van de afwijking.⁴ Bij een afvloedbelemmering van menstruaties of bij een vaginaal septum met seksuele klachten zal ingrijpen meestal nodig zijn. Recent onderzoek laat zien dat hysteroscopische verwijdering van een uterus septum niet tot betere zwangerschapsuitkomsten leidt dan een afwachtend beleid.¹¹ Aanlegstoornissen vragen altijd aandacht voor de psychosociale context, zeker bij ernstige gevolgen als infertiliteit. De rol van de huisarts bestaat vooral uit opvang na het stellen van de diagnose en begeleiding bij de behandeling van de vrouw en eventueel haar partner. Besteed daarbij aandacht aan seksualiteit, menstruaties en zwangerschapskansen.

VERVOLG CASUS

Een MRI-scan bevestigt de diagnose hemi-uterus met rudimentaire hoorn. Er lijkt een nauwe verbinding van de rechter rudimentaire hoorn naar de hemi-uterus te zijn. Bij hysteroscopie blijkt de rudimentaire hoorn echter niet toegankelijk. Tijdens een laparoscopische ingreep wordt de rudimentaire hoorn verwijderd. Postoperatief herstelt de patiënte voorspoedig. Bij navraag had ze tijdens eerdere menstruaties vooral pijn in de rechter onderbuik.

CONCLUSIE

Acute buikpijn bij jonge vrouwen kan in zeldzame gevallen veroorzaakt worden door een aangeboren afwijking aan de inwendige geslachtsorganen, die gepaard gaat met een obstructie van de menstruatie. Zulke anatomische afwijkingen kunnen belangrijke gevolgen hebben voor de fertiliteit, seksualiteit en obstetrische uitkomsten. Kennis over bijbehorende klachten leidt tot herkenning van de symptomatologie. Een goede anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen hierbij behulpzaam zijn. De definitieve diagnose en behandeling vereisen een specialistische verwijzing. ■

LITERATUUR

1. Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. *Hum Reprod Update* 2008;14:415-29.
2. Passos IMPE, Britto RL. Diagnosis and treatment of müllerian malformations. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2020;59:183-8.
3. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio SA, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus of the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod* 2013;28:2032-44.

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

Groeneveld S, Lagro-Janssen ALM. Een zeldzame oorzaak van acute buikpijn bij een jonge vrouw. *Huisarts Wet* 2022;65(11):30-3. DOI:10.1007/s12445-022-1589-5.

Huisartsenpraktijk Druten Zuid, Druten: S. Groeneveld, kaderhuisarts urogynaecologie, susanne.groeneveld@gmail.com. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts n.p., emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose 'Een hese stem na het schoonmaken'

Maartje Becks, Ilse Rijnen-Karstel, Roy Wolf

Een 46-jarige man bezoekt de huisartsenpost met klachten van heesheid, benauwdheid en moeizaam slikken, die acuut zijn ontstaan tijdens het schoonmaken van de badkamer met een antikalkmiddel en azijn. Hij heeft een blanco voorgeschiedenis, gebruikt geen medicatie en heeft geen allergieën of intoleranties. De huisarts op de HAP ziet een patiënt met een hese stem die korte zinnen kan uitspreken. De klachten zijn onderweg niet erger geworden. De patiënt kwijlt niet en hij kan zijn mond goed openen en sluiten. Hij is rustig, maar zit licht voorovergebogen aan het bureau.

Bij lichamelijk onderzoek is er geen stridor of een hoorbare ademhaling en de patiënt heeft een normale kleur. De saturatie is 99% en de ademhalingsfrequentie is 16/min zonder gebruik van hulpademhalingspijpen. Over de longen is beiderzijds pulmonaal vesiculair ademgeruis te horen zonder bijgeluiden. Pols (86/min) en temperatuur (37,1 °C) zijn normaal, RR is 150/90 mmHg. Bij inspectie van de keel zijn de farynxbogen niet zichtbaar en ziet de arts macroscopisch geen afwijkingen. Hierna gebruikt de huisarts een tongspatel om de keel goed te kunnen beoordelen. Wat is uw diagnose?

1. Epiglottitis
2. Uvula-oedeem
3. Peritonsillair abces
4. Anafylactische shock

➤ Het antwoord staat op pagina 45 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Een hese stem na het schoonmaken'.

Met dank aan Brechtje de Beer, kno-arts.

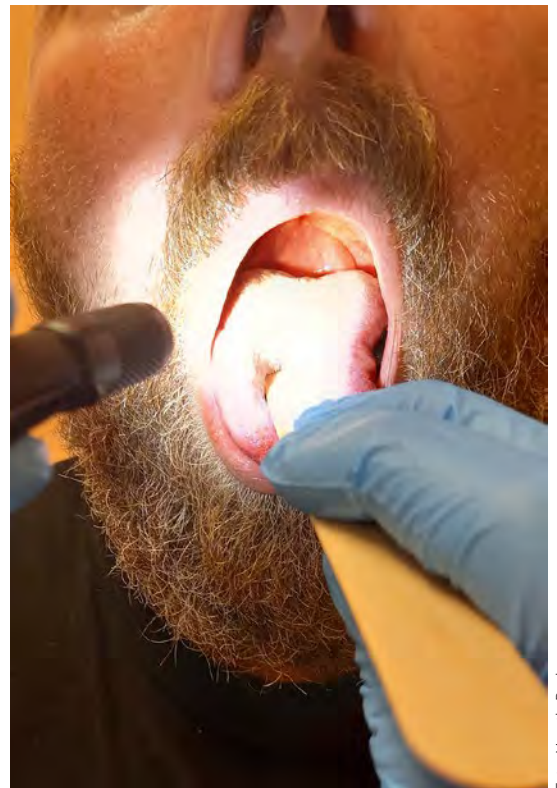


Foto: Maartje Becks

Bijzondere aandoening gezien?

Denk dan aan onze H&W-rubriek Uw diagnose. Maak een goede en scherpe foto (of meerdere) van de bijzondere aandoening (minimaal 300 dpi of 1 Mb), met een duidelijke diagnose en toelichting op de diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'Uw diagnose'.

Ecg-casus 'Veranderend ecg'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: De zus van een 59-jarige man belt het alarmnummer. Haar broer, die teruggetrokken en alleen woont en die ze al 2 weken niet had gezien of gesproken, blijkt al enkele dagen met uren durende periodes van pijn op de borst te kampen. De huisarts hoort van de melding en gaat ook kijken.

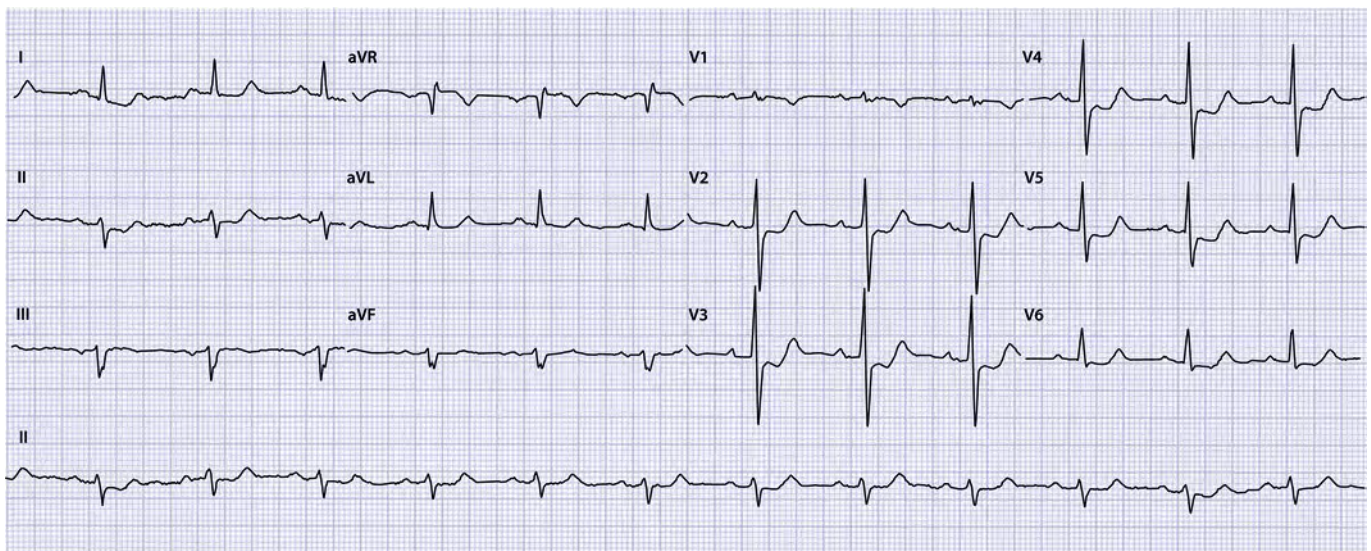
Voorgeschiedenis: Alcoholgebruik behoorlijk (3-5 E/dag), psoriasis, omartrose beiderzijds.

Medicatie: Naproxen 0-3 dd 250 mg zo nodig.

Anamnese: De patiënt heeft al 4 dagen op en af pijn links op de thorax,

in de linkerarm en in de keelregio. Er is geen verband met inspanning en ook geen dyspneu of misselijkheid. De pijn is behoorlijk. De aanvallen duren 2 tot 3 uur. Hij beweegt weinig, rookt 15 sigaretten per dag en eet vooral kant-en-klaarmaaltijden. In de familie zijn er geen gevallen van hart- en vaatziekten op een leeftijd onder de 65.

Lichamelijk onderzoek: Algemeen: klam. Bloeddruk 138/68 mmHg, puls 80/min, regulair. Saturatie 98%. Hart: normale tonen, geen soufflé. Longen: symmetrisch, vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. Enkels: geen oedeem.



Illustratie: Guusje Bertholet

OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG-10⁺.^{1,2}
2. Wat is uw verdere beleid?

➤ Het antwoord vindt u op pagina 44 en op www.henw.org bij dit artikel, zoek op 'Ecg-casus' en 'Veranderend ecg'.

LITERATUUR

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

Een pasgeborene met een nieuw ontstane zwelling in de hals

Nina Schepers, Mathi Plasmans, Jeroen Noordzij, Mariëlle Roskam

Fibromatosis colli, congenitale musculaire torticollis of pseudotumor van de sternocleidomastoïdeus – het zijn termen die verwijzen naar een verdikking en verkorting van de musculus sternocleidomastoïdeus. Bij pasgeborenen kan als gevolg van zo'n vervorming een zwelling in de hals ontstaan, waarbij de nek een scheve of gedraaide stand krijgt, met een afwijking van het gezicht als gevolg. De zwelling wordt meestal zichtbaar als het kind tussen de 2 en 4 weken oud is. De precieze oorzaak is niet bekend, maar een traumatische partus wordt in de literatuur als een mogelijke oorzaak aangewezen.

CASUS: PASGEBOREN BABY MET ZWELLING IN DE HALS

Een 2 weken oude baby komt vanwege een nieuw ontstane zwelling in de hals op het spoedspreekuur van de huisartsenpraktijk [figuur]. Haar moeder vertelt dat ze de zwelling 2 dagen geleden voor het eerst heeft gezien. 's Nachts hoort ze ademstops. Er is geen sprake van koorts. De zwangerschap en partus verliepen ongecompliceerd. Bij lichamelijk onderzoek voelt de huisarts in de laterale hals een vaste, niet-mobiele zwelling van ongeveer 2 cm doorsnede. Het hoofd staat niet scheef en de ademhaling is hoorbaar. Diezelfde ochtend wordt een echo gemaakt waarop een verdikte musculus sternocleidomastoïdeus met een diameter van 1,7 cm te zien is, passend bij fibromatosis colli.

Het is niet geheel duidelijk hoe fibromatosis colli ontstaat. De zwelling in de hals wordt meestal rond de leeftijd van 2 weken opgemerkt en groeit in de 2-4 weken erna. Vervolgens gaat de zwelling in regressie en verdwijnt deze volledig in 5-8 maanden.¹ Een van de mogelijke oorzaken die in de literatuur wordt beschreven, is een traumatische partus of een forceps- of vacuümextractie.² Door een scheur in de musculus sternocleidomastoïdeus zou een hematoom ontstaan dat fibroseert en vervolgens op die manier zorgt voor verkorting van de spier (met scheefstand en beperkte rotatie tot gevolg). Daarnaast wordt een malpositie van het hoofd in utero, bijvoorbeeld bij een oligohydramnion, als mogelijke oorzaak beschreven. Verder zijn er ook enkele onderzoeken waaruit blijkt dat fibromatosis colli in bepaalde families vaker voorkomt, wat erop kan wijzen dat er van een familiair overervingspatroon sprake kan zijn. Tot op heden zijn daar echter nog geen harde bewijzen voor gevonden.^{2,3}

De wereldwijde prevalentie van de aandoening betreft 4 op

Figuur

De pasgeborene uit de casus met de zwelling zichtbaar in de hals



de 1000 pasgeborenen.⁴ Meestal komt de zwelling unilateraal voor, maar deze kan zich in zeldzamere gevallen ook bilateraal voordoen.^{2,5} Daarnaast zien we ze vaker bij jongens dan bij meisjes (ratio 1,5:1,0).² De reden hiervan is niet bekend.

KLINIEK

Het klinische beeld betreft een pasgeborene in de eerste weken na de geboorte met een unilaterale, vaste en scherp afgrensbare zwelling in de hals ter hoogte van de musculus sternocleidomastoïdeus.² De hals kan hierdoor scheef of gedraaid zijn, waarbij de nek flecteert en roteert.⁶ Vanwege de beperkte rotatiemogelijkheden van de nek kan de pasgeborene een voorkeurshouding ontwikkelen. Mocht er alleen een scheefstand of

voorkeursohouding aanwezig zijn, dan is het aan te raden om bij lichamelijk onderzoek extra alert te zijn op een zwelling in de hals. Er zijn geen bijkomende neurologische symptomen. Denk differentieel diagnostisch bij een snelgroeiende zwelling in de hals of bij een verworven torticollis aan onder andere een lymfeklier, laterale halscyste, retrofaryngeaal abces, of zeldzamer, een hygroma colli of neoplasma (neuroblastoom of rhabdomyosaroom).^{2,7,8} Hygroma colli geeft een verdikking in de hals, veroorzaakt door verwijding en vermenigvuldiging van lymfevaten, vaak samenhangend met het syndroom van Turner, Patau, Edwards of Down. De kliniek van dit ziektebeeld is echter minder typisch dan bij fibromatosis colli. Bij een aangeboren torticollis kan er verder nog gedacht worden aan afwijkingen aan de cervicale wervelkolom (scoliose) of een syndroom als er ook sprake is van nystagmus, diplopie of strabisme (brownsyndroom, duanesyndroom).²

AANVULLEND ONDERZOEK

Bij twijfel is de diagnose eenvoudig te bevestigen met echografie. Dit is de gouden standaard en heeft bij deze afwijking een sensitiviteit van meer dan 95% en een specificiteit van 83%.⁹⁻¹¹ De kenmerkende radiologische bevinding is een ovale of spoelvormige homogene massa binnen de musculus sternocleidomastoideus. Cysteuze en solide laesies zijn goed van elkaar te onderscheiden. Degene die de echo maakt kijkt naar mogelijk opgezette lymfeklieren en ingroei in omliggende structuren, waardoor fibromatosis colli en bijvoorbeeld een neoplasma van elkaar zijn te onderscheiden, hoewel deze laatste diagnose op deze leeftijd erg onwaarschijnlijk is.^{4,10,12} Omdat het klinische beeld duidelijk te herkennen is en de aandoening met echografie makkelijk te achterhalen is, is het niet nodig om via een biopt weefsel te verkrijgen. Dit zou tot onnodige invasieve diagnostiek leiden, met alle risico's en kosten van dien.

VERVOLG CASUS

Vanwege de anamnestiche snelle groei en de geobjectiveerde hoorbare ademhaling [met daarbij een potentieel bedreigde ademweg] stuurt de huisarts het kind in naar de SEH, waar het ter observatie wordt opgenomen. Gedurende de opname wordt de hoorbare ademhaling niet meer geobjectiveerd en zijn er geen apneus of saturatiedalingen. Enkele weken na start van fysiotherapie wordt de zwelling kleiner en neemt de cervicale bewegingsbeperking af. Gedurende het gehele ziektebeloop ontwikkelt het kind geen scheefhals.

Overleg met een kinderarts wanneer de diagnose niet eenduidig is, er neurologische symptomen zijn of wanneer er, naast de snelgroeiende zwelling, sprake is van een hoorbare ademhaling, al dan niet met apneus. Dan kan de ademweg bedreigd zijn en ligt er wellicht een andere oorzaak aan de zwelling ten grondslag. Een biopsie, een MRI van het brein of een oogheelkundig onderzoek kan dan uitsluitsel geven.¹³

BELEID

Bij een duidelijke diagnose is de behandeling in principe

DE KERN

- Fibromatosis colli is een benigne aandoening waarbij er als gevolg van een verdikking en verkorting van de musculus sternocleidomastoideus een scheve of gedraaide hals met een zwelling kan ontstaan.
- Bij twijfel kan echografie de diagnose bevestigen. Een punctie of biopsie is niet nodig. Behandeling vindt conservatief plaats door middel van oefeningen, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut.
- Bij een zwelling die in korte tijd ontstaan is, in combinatie met een hoorbare ademhaling en/of apneus, kan er sprake zijn van een bedreigde luchtweg bij een andere onderliggende oorzaak. Overleg met een kinderarts is dan aangewezen.

conservatief. Leg de ouders eerst uit waarom er een zwelling en/of scheefstand zichtbaar is. Stel ze ook gerust en vertel dat het een goedaardige aandoening is met een zeer goede kans op genezing via oefeningen thuis, dan wel onder begeleiding van een fysiotherapeut.² Maak hierin een afweging op basis van de ernst van de klachten en de behoefte van de ouders. Idealiter start het kind tijdig met de oefeningen/behandeling, omdat een onbehandelde fibromatosis colli kan leiden tot plagiocefalie (schedelafplatting) als gevolg van de voorkeursohouding van de pasgeborene, in combinatie met de open schedelnaden.¹² Zo is het belangrijk dat de ouders tijdens het voeden de fles of borst aanbieden aan de kant van het gelaat die weggedraaid is. Ook is het aan te raden de voorkeurskant van het licht vandaan te leggen en speelgoed/stimuli aan de andere zijde aan te bieden.¹⁴

De behandeldoelen zijn: 1) het opnieuw verkrijgen van de hoofdstand in de midline en symmetrie van het aangezicht, 2) het opheffen van de cervicale bewegingsbeperking en 3) het stimuleren van de symmetrische grofmotorische ontwikkeling.^{2,12} Hoe eerder de behandeling start, des te sneller er resultaat is. Als de behandeling rond de leeftijd van 1 maand begint, is er bij 98% van de baby's vaak na 1,5 maand weer een bijna volledig normale stand zichtbaar. Wanneer het kind later start, kan de behandeling ≥ 6 maanden langer duren voor hetzelfde effect is bereikt.^{7,9,14} Mocht plagiocefalie zijn ontstaan, dan is de schedelvorm van de meeste kinderen op de leeftijd van 2 jaar volledig genormaliseerd.¹⁵

Verwijzing naar een plastisch chirurg/kinderchirurg/kaakchirurg voor eventuele chirurgische correctie is aangewezen wanneer de hoek meer dan 15 graden blijft, indien er na 6 maanden behandeling weinig vooruitgang is geboekt (ongeacht de leeftijd van het kind) of als het kind ouder is dan 12 maanden, in combinatie met een late diagnose of te weinig vooruitgang bij conservatieve therapie.¹⁴

CONCLUSIE

Fibromatosis colli is een benigne aandoening waarbij er een scheefstand van de nek kan ontstaan door een verdikking en

verkorting van de musculus sternocleidomastoideus. Het is een klinische diagnose. Behandeling is conservatief en betreft fysiotherapie. Overleg met een kinderarts is aangewezen wanneer de snelgroeïende zwelling gepaard gaat met een hoorbare ademhaling en/of apneus. Verwijzing voor eventuele chirurgische correctie is in zeldzame gevallen nodig als conservatieve therapie onvoldoende resultaat oplevert.

Helaas is er tot op heden weinig literatuur te vinden en zijn er vooral case reports over dit ziektebeeld gepubliceerd. Wellicht heeft de zeldzaamheid van het ziektebeeld hier iets mee te maken. Mogelijk zou een bundeling van deze case reports tot een (systematische) review meer duidelijkheid kunnen verschaffen. ■

LITERATUUR

1. Cheng JC, Tang SP, Chen TM. Sternocleidomastoid pseudotumor and congenital muscular torticollis in infants: a prospective study of 510 cases. *J Pediatr* 1999;134:712-6.
2. Macias CG, Phillips WA, Torchia MM. Congenital muscular torticollis: clinical features and diagnosis. 2021. Beschikbaar via: <https://www.uptodate.com/contents/congenital-muscular-torticollis-clinical-features-and-diagnosis#!>. Geraadpleegd op 24 december 2021.
3. Engin C, Yavuz SS, Sahin FI. Congenital muscular torticollis: is heredity a possible factor in a family with five torticollis patients in three generations? *Plast Reconstr Surg* 1997;99:1147-50.

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

Schepers NIM, Plasmans MA, Noordzij JG, Roskam MJ. Een pasgeborene met een nieuw ontstane zwelling in de hals. *Huisarts Wet* 2022;65(11):38-40. DOI:10.1007/s12445-022-1581-0. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: N.I.M. Schepers, huisarts in opleiding, n.i.m.schepers@erasmusmc.nl. Huisartsenpraktijk Hellendaal, 's-Gravenzande: M.A. Plasmans, huisarts. Reinier de Graaf Gasthuis, afdeling Kindergeneeskunde, Delft: J.G. Noordzij, kinderarts-infectioloog. Wilhelmina kindziekenhuis, afdeling Kindergeneeskunde, Utrecht: M.J. Roskam, kinderarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

H&W nu ook te volgen via social media

Huisarts en Wetenschap is nu ook te volgen via LinkedIn, Facebook, Instagram en Twitter. Hier houden wij u op de hoogte van de nieuwste artikelen en ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied. Ook kunt u uw kennis bijspijkeren én testen via vakinhoudelijke casuïstiek en nascholing. Deel vooral ook relevante artikelen met vrienden, familie en collega's.

Reageer, like en volg Huisarts en Wetenschap via uw favoriete kanaal.

Scan de QR-code om direct bij het juiste kanaal te komen.



Diagnostiek en behandeling bij vrouwen met urine-incontinentie

1. Het onderzoek naar urine-incontinentie (UI) bij vrouwen in de huisartsenpraktijk van 2 decennia geleden was aanleiding voor het onderzoek van Schreuder et al. Wat was toen de uitkomst?¹
 - a. De NHG-Standaard werd niet nageleefd; er was sprake van onderbehandeling.
 - b. De NHG-Standaard werd niet goed opgevolgd; de ingestelde behandeling was inadequaat.
 - c. De NHG-Standaard was verouderd; de ingestelde behandeling was niet up-to-date.
2. In het onderzoek naar urine-incontinentie van 2 decennia geleden bleek dat de behandeling van vrouwen met UI onvoldoende was. Wat gaven huisartsen zelf op als reden?¹
 - a. Gebrek aan tijd.
 - b. Gebrek aan motivatie bij de patiënt om te behandelen.
 - c. Prioriteit gegeven aan andere klachten.
3. Een retrospectieve analyse toonde aan dat in 2017 bij 374 vrouwen sprake was van UI. Hoe vaak specificeerde de huisarts bij hen het type UI in het medisch dossier?¹
 - a. Bij circa 20%
 - b. Bij circa 40%
 - c. Bij circa 60%
4. Bij 40% van de vrouwen met UI werd geen diagnostisch onderzoek in het medisch dossier genoteerd. Welk diagnostisch onderzoek rapporteerde de huisarts het meest? En welke het minst?¹
 - a. Plasdagboeken het meest (bij 40%); urineonderzoek het minst (bij 10%)
 - b. Urineonderzoek het meest (bij 40%); plasdagboeken het minst (bij 10%)
5. Het elektronisch patiëntendossier is in opzet niet bedoeld voor wetenschappelijk onderzoek, maar wordt in het onderzoek van Schreuder et al. wel voor dit doel gebruikt. Schreuder geeft aan dat dit tot vertekening van resultaten kan leiden. Welke vertekening noemt zij?¹
 - a. Confounding: ongelijke verdeling van versturende variabelen
 - b. Informatiebias: onderrapportage
 - c. Selectiebias: foutieve selectie van onderzoeksdeelnemers
6. Verstrekking van opvangmateriaal wordt weinig gerapporteerd in de medische dossiers. Wat vielen Schreuder et al. op over de verstrekking ervan?¹
 - a. Bij verstrekking vindt veelal geen consult bij de huisarts plaats.
 - b. Bij verstrekking wordt geen informatie gegeven over de vergoeding en de verkrijgbaarheid.
 - c. Bij verstrekking wordt bij de keuze van het materiaal de apotheek te weinig ingeschakeld.
7. Schreuder et al. concluderen dat de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen nog steeds niet ten volle worden benut en dat verbetering noodzakelijk is. Op welke groepen richten zij zich?¹
 - a. Patiënten: informeren over de behandelingsopties
 - b. Huisartsen in opleiding: verbetering van het onderwijs
 - c. Huisartsen: bewustwording en informeren
 - d. Verbetering is gericht op al deze groepen
8. Het midurethale bandje is in de NHG-Standaard opgenomen als behandelingsoptie. Voor welke vrouwen is dit bandje bedoeld?²
 - a. Vrouwen met stressincontinentie met ernstige klachten
 - b. Vrouwen met urge-incontinentie met ernstige klachten
 - c. Vrouwen met gemengde incontinentie met ernstige klachten



Foto: Shutterstock

De kennistoets is gemaakt door Henk Folkers en Anne Klijnsma, toetsredacteuren. De toets is gebaseerd op onderstaande artikelen. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

LITERATUUR

1. Schreuder MC, Van Merode NAM, Oldenhof AP, et al. Het beleid bij urine-incontinentie bij vrouwen. Huisarts Wet 2022;65[11]; 12-6. DOI:10.1007/s12445-022-1585-9.
2. NHG-werkgroep Incontinentie voor urine bij vrouwen. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015. <https://richtlijnen.nhg.org>.

ANTWOORDEN

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

Liplikeczeem

Jorien van der Burg, Robert van Leeuwen, Sjoerd Bruggink, Just Eekhof

Liplikeczeem ontstaat door het frequent likken van de lippen. Het onderscheidt zich van aandoeningen zoals dermatitis perioralis en perlèche doordat de huid rond het lippenrood is aangedaan, precies tot waar de tong reikt. Het eczeem verdwijnt vanzelf als de patiënt stopt met likken. De belangrijkste complicatie is impetigo.

Liplikeczeem (*lip licking dermatitis*) is een contacteczeem dat ontstaat door frequent likken van de lippen en de omliggende huid.¹⁻³ Het herhaaldelijke contact met speeksel beschadigt de huid, die vervolgens ontstoken raakt.

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

In de regel is er sprake van een vicieuze cirkel, die begint doordat een droge huid de patiënt ertoe beweegt de lippen veelvuldig te bevochtigen met speeksel.²⁻⁴ Het vocht en de verteringsenzymen in het speeksel beschadigen de huid, die uitgedroogd en geïrriteerd raakt en dat zet de patiënt aan tot nog meer likken.

Sommigen beschouwen dit veelvuldig likken als een tic; het fenomeen wordt daarom ook weleens *tic des lèvres* genoemd. Liplikeczeem lijkt meer voor te komen in de wintermaanden, wanneer de huid droger is.⁵

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

In de differentiaaldiagnose staan dermatitis perioralis, perlèche, atopisch eczeem en impetigo. Ook een geïsoleerde contactallergie rond de mond, bijvoorbeeld in reactie op bestanddelen van tandpasta, kan soms sterk lijken op liplikeczeem. Bij liplikeczeem zijn echter uitsluitend de lippen en de direct omliggende huid aangedaan, precies tot daar waar de tong bij kan komen.²⁻⁷ Bij de andere aandoeningen is de huid meestal ook buiten het bereik van de tong beschadigd en is vaak juist rond de lippen een zone niet aangedaan.

EPIDEMIOLOGIE

In de literatuur is liplikeczeem bij patiënten van alle leeftijden beschreven, maar het komt het vaakst voor bij kinderen.⁴⁻⁸

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen bij kinderen* onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2022. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Figuur 1

Liplikeczeem is een contacteczeem op en rond de lippen dat ontstaat door het frequent likken van de lippen



Foto: Robert van Leeuwen

Ook patiënten met een angststoornis of depressie en patiënten met een mentale beperking lijken vaker liplikeczeem te ontwikkelen en er zijn aanwijzingen dat de aandoening vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen.⁹⁻¹¹ Atopie lijkt een predisponerende factor te zijn, mogelijk omdat atopische patiënten vaak al een wat drogere huid hebben.^{11,12}

In de huisartsenpraktijk wordt liplikeczeem geregistreerd onder ICPC-code S88 (Contacteczeem/ander eczeem), een verzamelcode waarvan de incidentie in de leeftijd 0-1 jaar 43,5 en in de leeftijd 1-14 jaar 20-30 per 1000 kinderen per jaar is.¹³ Welk gedeelte hiervan liplikeczeem betreft, is onbekend.

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Patiënten komen vaak met gevoelige, branderige of pijnlijke lippen en omliggende huid, soms met jeuk.⁴⁻⁸ Sommige patiënten of hun ouders geven aan dat ze het eczeem cosmetisch storend vinden.⁹

ANAMNESE

Vraag naar:

- herhaaldelijk likken van de lippen
- atopisch eczeem
- stress of overbelasting
- allergieën

DE KERN

- Liplikeczeem verdwijnt meestal vanzelf wanneer de patiënt stopt met likken.
- Het herstel kan bespoedigd worden met indifferente, vette zalf zoals vaseline.
- Corticosteroïdzalf is zelden nodig.
- Bij geïnfecteerd eczeem is fusidinezalf een optie.

Vraag bij aanwezigheid van crustae ook of er in de omgeving (klasgenoten, kinderopvang) mensen met impetigo ('krentenbaard') zijn, en vraag naar koorts of ziek-zijn.

ONDERZOEK

Meestal volstaat lokaal onderzoek. Bij inspectie van de mond ziet men perioraal een scherpbegrensd, erythematosquameuze huiduitslag, waarvan de begrenzing overeenkomt met de reikwijdte van de tong [figuur 1]. Soms is het eczeem alleen aanwezig op de omliggende huid tot aan het lippenrood, maar meestal is ook het lippenrood zelf aangedaan. De lippen zijn droog, vertonen kloofjes en soms zijn er bloedkorstjes.

Als het eczeem langdurig aanwezig blijft, kan er hyperpigmentatie van de huid ontstaan. Deze postinflammatoire hyperpigmentatie verdwijnt meestal vanzelf na een paar maanden. Overigens kan ook hypopigmentatie als tijdelijk restverschijnsel optreden.

Soms is er sprake van impetiginisatie van het eczeem.¹¹ In dat geval zijn er honinggele crustae aanwezig [figuur 2]. In zeldzame gevallen kunnen er ook blaren (impetigo bullosa) aanwezig zijn.

Aanvullend onderzoek is bij liplikeczeem zelden nodig. Bij impetiginisatie die niet reageert op antibiotica kan een kweek

Figuur 2

Geïmpetiginiseerd liplikeczeem. Boven de mond is een milde erythemateuze huiduitslag zichtbaar, op de rand van de onderste lip bevinden zich honinggele crustae.



Foto: Robert van Leeuwen

worden afgenomen om vast te stellen met welke verwekker(s) het eczeem is geïnfecteerd.

BELEID

Informatie

Het belangrijkste is dat de patiënt ophoudt steeds de lippen te likken.^{3-11,14} Vertel patiënten daarom dat likken de klachten uitlokt en in stand houdt, en dat de klachten binnen 4-6 weken vanzelf verdwijnen als de patiënt stopt met likken.¹⁴

Zalf

Het genezingsproces kan worden gestimuleerd door meerdere keren per dag een indifferente vette zalf, bijvoorbeeld vaseline, op en rond de lippen aan te brengen.^{2,3} De zalf vormt een barrière die voorkomt dat het speeksel de huid verder irriteert en uitdroogt.

Als de aandoening hardnekkig blijkt, kan kortdurend gebruik van een lichte corticosteroïdzalf, zoals hydrocortisonzalf, uitkomst bieden, maar dit is meestal niet nodig.^{2,3,8,12,14}

Bij impetiginisatie van het eczeem kan worden gestart met een antibiotische zalf; fusidinezalf is de eerste keus.¹⁴ Alleen bij ernstige infecties kan een oraal antibioticum worden overwogen.

Hygiëne

Een belangrijk advies bij impetiginisatie van het eczeem is de nagels kortgeknipt te houden, de handen frequent te reinigen met water en zeep, en het geïmpetiginiseerde gebied zo min mogelijk aan te raken om verspreiding van de bacteriën te voorkomen.

WANNEER VERWIJZEN?

Verwijzen is zelden nodig bij liplikeczeem. Vaak is dwangmatig liplikken een voorbijgaande tic, maar soms is ondersteuning van een (kinder)psycholoog gewenst om het gedrag af te leren. Overweeg verwijzing naar een dermatoloog bij diagnostische twijfel of bij onvoldoende verbetering ondanks adequate behandeling.

WAT IS AANGETOOND?

We vonden geen gecontroleerd onderzoek naar de behandeling van liplikeczeem. De adviezen berusten op consensus en ervaring.

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Het is belangrijk patiënten ervan bewust te maken dat liplikeczeem ontstaat en in stand wordt gehouden door het veelvuldig likken van de lippen. Stimuleer mensen in het sociale netwerk van de patiënt (ouders, onderwijzers) om deze telkens op het liplikken te wijzen als het optreedt. Met adequate instructies en begeleiding (niet likken aan de lippen en meerdere keren per dag insmeren met vaseline) verdwijnt de aandoening doorgaans binnen enkele weken volledig. ■

LITERATUUR

1. Rogers RS, Bekic M. Diseases of the lips. *Semin Cutan Med Surg* 1997;16:328-36.
2. Mekkes JR. Lip licking dermatitis (2012). www.huidziekten.nl, geraadpleegd 14 juli 2022.
3. Lugovic-Mihic L, Pilipovic K, Cmaric I, Situm M, Duvancic T. Differential diagnosis of cheilitis – how to classify cheilitis? *Acta Clin Croat* 2018;57:342-51.

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

Van der Burg J, Van Leeuwen RL, Bruggink SC, Eekhof JA. Lipliecke-zeem. *Huisarts Wet* 2022;65(11):42-4. DOI:10.1007/s12445-022-1587-7.

Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde, Leiden: dr. J. van der Burg, huisarts-postdoc onderzoeker; dr. S.C. Bruggink, huisarts-epidemioloog, tevens huisarts te Rijnsburg; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden: j.a.h.eekhof@lumc.nl. Alrijne Ziekenhuis, Leiden: dr. R.L. van Leeuwen, dermatoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Antwoord ecg-casus 'Veranderend ecg'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie en regelmaat* | Het RR-interval is ongeveer 4 blokjes van 5 mm breed. In 1 minuut passen 300 van deze blokjes. De frequentie is dus $300/4 = 75/\text{min}$. Anders beredeneerd: er zijn van links naar rechts in 10 seconden 12 complexen te zien, $6 \times 12 = 72$ slagen/min. Het ritme is regelmatig.
2. *As* | De meest positieve afleiding is afleiding avL (avL wijst naar linksboven, -30 graden). De meest iso-elektrische as is afleiding II (II wijst naar linksonder (+60 graden) – een as loodrecht daarop past dus eveneens bij -30 graden). De as is dus horizontaal, op de rand van een linker-asdraai.
3. *P-top* | Normaal. Overal positief en klein.
4. *PQ-tijd* | Normaal (< 5 mm en dus < 200 msec).
5. *Q* | Normaal. Nergens pathologische Q's.
6. *QRS* | Normaal. Slank QRS, normale voltages, normale R-progressie over de voorwand. Bij deze al 4 dagen bestaande klacht valt in elk geval op dat er nog géén R-verlies zichtbaar is.
7. *ST-segment* | ST-depressie in V2-5. Licht aflopend ST-segment in I en II.
8. *T-top* | Min of meer normaal. Geen duidelijke T-top-inversie. Licht afwijkend aspect, vooral op plekken waar het ST-segment afwijkt, zonder op zichzelf staande T-afwijkingen.
9. *QT-tijd* | Normaal. Tien mm (400 msec) en minder dan de helft van de cyclusduur.
10. *Ritme* | Normaal SR. Normale P-toppen voor ieder QRS-complex.

- + *Conclusie* | Typische klachten en anteroseptaal (V2-5) evidente ST-depressie: een beeld van cardiale ischemie. De enigszins gestoorde ST-segmenten in I en II zijn niet helemaal conclusief: de basislijn is niet stabiel hier (storing) en de depressie is hooguit 0,5 mm. Mogelijk is er ook wat ischemie lateraal en in de onderwand. Dat verandert echter niets aan de conclusie: acuut coronair syndroom (ACS).

2. HET VERDERE BELEID

De ambulance vervoert de patiënt met spoed naar de eerste-harthulp. Daar normaliseert het ecg en is de troponinewaarde bij herhaling ver onder het 99e percentiel in een normale referentiepopulatie, dus negatief. De cardioloog stelt de diagnose stabiele angina pectoris. Hoewel de presentatie een instabiel karakter had, is er geen infarct. Op basis van het dynamische ecg, waarbij intermitterend duidelijk repolarisatiestoornissen te zien zijn, stelt de arts de patiënt in op optimale medicatie (ascal, een statine, een bètablokker en tevens een ACE-remmer, omdat hij bij controles toch een hoge bloeddruk heeft). De echo, inclusief ejectiefractionbepaling, vertoont geen afwijkingen. De patiënt is snel volledig klachtenvrij. Nitroglycerine s.l. zo nodig is nooit nodig. Een poliklinische ergometrie laat een goede inspanningstolerantie zien, zonder klachten of ecg-veranderingen. Daarom wordt het medicamenteuze beleid voortgezet en ziet de cardioloog af van een hartkatheterisatie. Pas 8 jaar later is er wél een progressie van de klachten en krijgt de patiënt uiteindelijk een stent in de linker kransslagader (LAD). ■

Oplossing Uw diagnose ‘Een hese stem na het schoonmaken’

Het goede antwoord is uvula-oedeem.

Op de foto ziet u oedeem van de uvula dat is ontstaan door inhalatie van dampen van schoonmaakmiddelen die prikkeling van het slijmvlies hebben veroorzaakt. De patiënt had ook last van heesheid, en dat sluit niet uit dat het oedeem ook aanwezig was in de lagere luchtwegen.

Oedeem van de uvula is meestal onschuldig en bedreigt de ademweg dan niet. De meest voorkomende reden van uvula-oedeem is snurken. Dan collabeert het zachte verhemelte tegen de farynxachterwand en vibreert het slijmvlies. Dit kan resulteren in glazig oedeem van de uvula. In deze casus had de patiënt echter niet geslapen.

Bij een vermoeden van een hogeluchtwegobstructie (inspiratoire stridor, niet kunnen slikken, kwijlen, dyspneu, gebruik van hulpademhalingspijpen, angst en onrust) hoort de patiënt meteen te worden ingestuurd naar de SEH. In deze casus stuurde de huisarts de patiënt in omdat hij vermoedde dat de lagere luchtwegen ook waren aangedaan (vanwege de combinatie van uvula-oedeem en een hese stem).

Een van de oorzaken van een dreigende luchtwegobstructie is epiglottitis, een zeldzaam ziektebeeld. Epiglottitis bij volwassenen presenteert zich als een snel verergerende, hevige keelpijn met slikklachten, een omfloerste stem, kwijlen en koorts.

Inspectie van de mond-keelholte kan bijdragen aan het stellen van de diagnose, omdat juist het ontbreken van duidelijke afwijkingen daar het vermoeden op een epiglottitis ondersteunt. Bij kinderen wordt bij vermoeden van epiglottitis onderzoek van de mond-keelholte met een keel spatel ontraden, omdat het risico op het ontlocken van een acute hogeluchtwegobstructie groot is. Het strottenhoofd zit bij kinderen nog hoog in de hals en bij onderzoek van de mond-keelholte is vaak de bovenrand van de epiglottis te zien. Bij volwassenen is dit onmogelijk, bij hen zit het strottenhoofd veel lager.

De inspectie van de mond-keelholte werd bij deze patiënt bemoeilijkt, omdat hij naast de zwelling van de farynxboog ook een kleine mond-keelholte heeft. Om goed onderzoek van de mond-keelholte uit te voeren is het belangrijk om de patiënt in de juiste houding te zetten. Zorg ervoor dat de patiënt rechtop

zit, waarbij de billen naar achter worden gestoken (en er dus een holling in de onderrug komt) en de patiënt de kin goed vooruitsteekt. Instrueer de patiënt door de mond in en uit te ademen. Door de spatel bij een inademing in het midden van de tong te drukken is de farynxachterwand vrijwel altijd goed in beeld te krijgen. Daarbij is dus ook de gehele farynxboog met de tonsillen te zien.

Bij een peritonsillair abces is er meestal sprake van eenzijdige keelpijn met uitstraling naar het ipsilaterale oor, ernstige slikklachten, trismus (waarbij de patiënt de mond niet kan openen), vergrote halslymfeklieren en een hete-aardappelspraak. Bij inspectie van de mond-keelholte is de voorste farynxboog aan 1 zijde fors opgebold (oedemateus), waardoor de uvula wat gedeveerd kan zijn. De tonsillen zijn uitgesproken rood, met eventueel een wit beslag of ‘stippen’.

Bij een anafylactische shock breiden de klachten zich uit naar andere orgaansystemen, zoals de tractus circulatorius, respiratorius en gastro-intestinalis. De belangrijkste verschijnselen zijn bloeddrukval, bronchospasme en larynxoedeem, krampende buikpijn en/of braken.

In deze casus heeft de kno-arts de patiënt vanwege een mogelijk bedreigde luchtweg mede beoordeeld. De combinatie van uvula-oedeem en de hese stem deed vermoeden dat ook lagere delen van de luchtweg waren aangedaan. De kno-arts deed aanvullend onderzoek met een flexibele faryngolaryngoscoop en zag geen afwijkingen van het slijmvlies van de epiglottis en de rest van de larynx. De patiënt kreeg een tablet prednison van 30 mg. Deze had goed effect en na een uur observatie kon de patiënt met rustige ademhaling en een forse afname van het uvula-oedeem naar huis.^{1,2} ■

Met dank aan Brechtje de Beer (kno-arts).

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep. NHG-Standaard Acute keelpijn. <https://richtlijn.nhg.org>. Utrecht: NHG, 2015. Geraadpleegd op 1 juli 2022.
2. NHG-werkgroep. NHG-Behandelrichtlijn Urticaria en angio-oedeem. <https://richtlijnen.nhg.org>. Utrecht: NHG, 2022. Geraadpleegd op 1 juli 2022.



Evelyn Brakema is arts en onderzoeker Duurzame Zorg aan het LUMC in Leiden. Ze is cum laude gepromoveerd op het onderwerp longgezondheid en *global health*. Ze leidt vanuit het LUMC een innovatieproject om op landelijk niveau duurzaamheid in de huisartsenpraktijk te stimuleren. Daarnaast is ze oprichter en voorzitter van de Groene Zorg Alliantie.

Dit interview is de eerste in een reeks interviews over duurzame zorg. Het interview met Evelyn Brakema is ook te beluisteren als H&W-podcast.



De huisarts heeft een belangrijke rol in de klimaatcrisis

Frank van Wijck, Linn Dobrowolski, Susanne Claessen

Huisarts in opleiding Evelyn Brakema maakt zich zorgen over de klimaatcrisis en de effecten hiervan op de gezondheid. Maar in plaats van bij de pakken neer te zitten, stimuleert ze als medeoprichter en voorzitter van De Groene Zorg Alliantie juist dat huisartsen en andere zorgprofessionals een actieve bijdrage leveren aan de groene transitie. Huisartsen kunnen daarin veel meer doen dan ze wellicht beseffen.

Bij eerste beschouwing klinkt het als een patstelling: de zorg wil patiënten beter maken, maar tegelijkertijd maakt ze mensen ziek. Niet iedereen is zich er al van bewust, maar de zorg is verantwoordelijk voor 7% van de totale CO₂-uitstoot in ons land, en dat is meer dan de luchtvaart. Ook huisartsen dragen daaraan bij. In de eerste plaats door het voorschrijven van medicijnen, maar daarnaast door het energieverbruik van de huisartsenpraktijk en de autoritten van patiënten en medewerkers.

Kun je hier als huisarts wat aan veranderen? ‘Zeker’, stelt Brakema. ‘Je kunt het pand verduurzamen om het energieverbruik te beperken. Dat zal binnen afzienbare termijn ook verplicht worden, dus hier kun je maar beter vast mee beginnen. Je kunt ook slimmer gebruik maken van de mogelijkheid van teleconsulten.’ En medicatie? Huisartsen schrijven die voor, maar de productie vindt vaak in andere landen plaats. En op de milieueisen die deze landen daaraan stellen hebben ze geen invloed. ‘Toch kun je ook op dat gebied als individuele huisarts veel doen’, zegt Brakema. ‘Jaarlijks belandt 190 ton medicijnresten, grotendeels via de urine van patiënten, in het oppervlaktewater. NSAID’s veroorzaken hart- en nierschade bij onze vissen. De hoge concentratie hormonen van de anticonceptiepil in het water zorgt ervoor dat er mannetjesvissen in Nederland zijn die eitjes produceren. Doelmatig voorschrijven en regelmatig evalueren of die medicijnen nog nodig zijn, is dus al een waardevolle stap in de goede richting. Net zoals de patiënt uitleggen dat het na het smeren van een zalf of crème beter is om eerst even de handen aan een papieren tissue af te vegen en ze dan pas af te wassen, om te voorkomen dat de resten in het oppervlaktewater terechtkomen. Bij inhalatiemedicatie kun je voor veel patiënten de dosisaerosol – een sterk broeikasgas – vervan-

gen door de poederinhalator. En huisartsen kunnen heel veel aan preventie doen met een win-win voor klimaat en gezondheid: het bevorderen van een gezonde leefstijl zoals overwegend plantaardig eten en stoppen met roken. Wist je overigens dat je al 15 kilo vlees per jaar bespaart als je de gemiddelde dagelijkse Nederlandse portie vlees verlaagt naar de hoeveelheid zoals aanbevolen door de Gezondheidsraad (maximaal 500 gram vlees per week)? Als je dat niet alleen zelf doet maar je patiënten hierin meeneemt, dan is de impact exponentieel groter. We hebben een unieke positie als huisarts.’

Cultuurshock

Het is duidelijk dat Brakema, zelf aios, uiterst begaan is met het milieu en met de rol van de zorg daarin. De oorsprong van deze betrokkenheid ligt in een paar weken werk in een vluchtelingenkamp op Samos in 2017. ‘Dat was heel heftig’, vertelt ze. ‘Ik was me altijd al bewust van klimaat en milieu, het grote plaatje had ik theoretisch vanwege mijn Global Health promotie-onderzoek helder voor ogen. Maar hoewel ik op veel arme plekken in de wereld heb gewerkt, was Samos van een andere orde. De onmenselijke omstandigheden, maar dan gewoon in Europa. Echt een cultuurshock. Voor het eerst legde ik de verbinding tussen klimaat en vluchtelingen. Mensen vluchten ook vanwege bijvoorbeeld droogte, bosbranden, of overstromingen. Of vanwege de oogsten die daardoor mislukken. In 2020 waren er wereldwijd 20 miljoen zogeheten klimaatvluchtelingen. Als we niet snel drastisch veranderen, zijn dat er volgens voorspellingen over 30 jaar 200 miljoen. Daarnaast, wanneer de oogst jaar na jaar mislukt, zoals in Syrië, is dat de ideale voedingsbodem voor conflicten, wat tot politieke vluchtelingen leidt. Ik schrok daarvan en dacht: als ik daar iets aan wil doen, moet ik me op de wortels van het probleem focussen.’ Klimaatverandering heeft een enorme invloed op onze gezondheid, realiseerde Brakema zich. ‘De klimaatcrisis is ook een gezondheidscrisis’, zegt ze. ‘De WHO beschouwt het als *the single largest health threat facing humanity*. In augustus was er een hittegolf in Europa: 1700 mensen in Spanje en Portugal overleden daaraan vroegtijdig. In Frankrijk zaten 100 gemeenten zonder drinkwater. Het

Westnijlvirus is opgedoken in Nederland. We zien veel meer Lyme, want door de warmte kunnen de teken beter overleven. Malaria kan weer endemisch gaan worden in Nederland. Luchtvervuiling vergt in ons land nu al 12.000 vroegtijdige doden per jaar. De vloek van klimaatverandering is dat het zo abstract en indirect is. Je denkt toch: het is een ver-van-mijn-bed-show. Maar we hebben er al een hele tijd mee te maken.'

Groene Zorg Alliantie

Hoe serieus de situatie ook is, Brakema wil niet doemdenken, maar ziet juist heel veel mogelijkheden voor concrete actie. 'De zorg is daarin ook echt wel wakker geworden inmiddels,' zegt ze. 'Er is beslist een groene golf ontstaan. Steeds meer lokale commissies zijn over de hele breedte van de zorg opgericht om de zorg te vergroenen. In maart 2021 realiseerden we ons dat we die krachten wilden bundelen, zodat niet iedereen

'De klimaatcrisis is ook een gezondheidscrisis'

zelf het wiel opnieuw hoeft uit te vinden.'

Een online netwerkavond, met participatie van onder andere De Groene Huisarts en de LOVAH duurzaamheidscommissie, vormde de aanzet tot oprichting van de Groene Zorg Alliantie, waarvan Brakema voorzitter is. Ze vertelt: 'Inmiddels, anderhalf jaar later, zijn hierin meer dan 100 partijen in de volle breedte van de zorg verenigd, met als doel de vergroening van de zorg te versnellen door met elkaar te verbinden. Zo kunnen we een gezamenlijke krachtige stem uitbrengen, kennis delen en elkaar inspireren. We hebben landelijke commissies, bijvoorbeeld De Groene Huisarts. Maar ook *green teams* die specifiek in een instelling of afdeling actief zijn.'

Samen sterk

Hoe sterk het is om krachten te bundelen van alle partijen, bleek in het najaar van 2021. Bij de klimaatop kreeg het ministerie van VWS de vraag of Nederland zich wilde committeren aan een voorstel voor klimaatbestendige en klimaatvriendelijke zorg. 'VWS vreesde dat daar geen draagvlak voor was,' vertelt Brakema, 'dus hebben we als Groene Zorg Alliantie heel hard op de deur geklopt en laten zien hoeveel mensen hier al mee bezig zijn. Het gevolg is dat VWS dat commitment alsnog heeft getekend. Dat is een stok achter de deur om ervoor te zorgen dat het ministerie er ook vervolgstappen in zet.' Afgelopen september organiseerde de Groene Zorg Alliantie het Groene Zorg Festival om te vieren dat het anders kan. 'Een brede doelgroep van 150 groene zorgprofessionals konden te midden van kunst en muziek leren van elkaars successen en workshops volgen om inspiratie op te doen,' zegt Brakema. 'Het was razendsnel uitverkocht. Een dag met positieve energie.'

Uit de bubbel

Het werk van de Groene Zorg Alliantie – en specifiek de voorzittersrol van Brakema daarin – begint steeds meer op te vallen. Zo kwam ze onder andere in het achtuurjournaal en benoemde het Financieel Dagblad haar tot jong talent 2022. 'Daar ben ik stiekem heel erg trots op,' zegt ze. 'Het laat zien dat we buiten de bubbel van de zorg treden en het thema bekend wordt.'

Dit neemt niet weg dat er nog heel veel moet gebeuren. Verduurzaming van de huisartsopleiding is bijvoorbeeld een onderwerp waarvoor ze zich hard maakt, en met succes. Ze vertelt: 'Ik heb dit in mijn eigen geneeskundeopleiding gemist. Ik merk dat mensen wel iets willen doen, maar niet goed weten hoe. Dus samen met alle 8 opleidingen ontwikkelen we nu onderwijs over de urgentie van het probleem en ook handvatten voor wat we kunnen doen. Via Huisartsopleiding Nederland kregen we een innovatiesubsidie om Planetary Health en duurzame zorg in de huisartsopleiding in te bedden. Het is een unieke samenwerking van de 8 huisartsopleidingen met andere partijen zoals het NHG en de LOVAH.'

De plicht tot vergroenen in ons werk wordt steeds breder uitgesproken. De KNMG benadrukt in hun nieuwe gedragscode: als arts ben je je bewust van de relatie tussen gezondheid, klimaat en milieu. Je zet je in voor een duurzame zorgsector en gezonde leefwereld.' De WONCA nam ecologische duurzaamheid recent aan als nieuwe kernwaarde voor huisartsen internationaal. Het Zorginstituut Nederland beschrijft de noodzaak van duurzame zorg als basis in het Kader Passende Zorg. En in september 2022 waarschuwde de Gezondheidsraad dat het essentieel is dat duurzaamheid meeweegt bij keuzes in de zorg. Een goede, praktische tip voor huisartsen die actief werk willen maken van het onderwerp duurzaamheid is: de duurzaamste zorg is de niet-geleverde zorg die niet geleverd hoeft te worden. 'Je kunt deze regel overal toepassen,' zegt ze. 'De zorg die niet geleverd hoeft te worden staat voor preventie: ondersteunen bij stoppen met roken, de auto vervullen voor de fiets en overwegend plantaardig eten. En de niet-geleverde zorg staat voor passende zorg. Patiënten alleen verwijzen voor diagnostiek of behandelingen als dit meerwaarde heeft. Denk wat dit betreft aan de Beter-niet doen-lijst van het NHG met 30 dingen die huisartsen volgens onderzoek geneigd zijn om te doen, maar die geen toegevoegde waarde hebben of zelfs schadelijk zijn: een X-knie bij vermoeden van artrose, verwijzing kinderarts bij kinderen met chronische functionele buikpijn, enzovoort. Maar denk bij passende zorg bijvoorbeeld ook aan advanced care planning-gesprekken. Ten slotte is het superbelangrijk om je uit te spreken als huisarts, ook buiten de spreekkamer, naar zorgverzekeraars, overheid, politiek, LHV, NHG. Onderschat daarbij niet hoezeer je als huisarts vertrouwd wordt. We staan in de top 5 van mensen die het meest geloofd worden op het gebied van klimaat. We hebben geen financiële belangen, we willen gewoon gezondheid voor onze patiënten. Als wij zeggen dat urgentere actie tegen klimaatverandering kritisch is voor onze gezondheid, wordt daarnaar geluisterd.' ■



Nieuw onderzoek naar groenere behandeling met behulp van feedbackmodule

Bart Knottnerus, Karin Hek

Een deel van de voorschriften die huisartsen uitschrijven kan mogelijk worden vervangen door behandelingen die minder klimaatimpact hebben en even effectief zijn. Want ook geneesmiddelen belasten het klimaat. Het is belangrijk dat huisartsen hier oog voor hebben. In een lopend onderzoek wil het Nivel een feedbackmodule ontwikkelen die huisartsen inzicht geeft in de klimaatimpact van hun voorschriften.

Klimaatimpact wordt doorgaans uitgedrukt in CO₂-uitstoot. Volgens schattingen is de jaarlijkse CO₂-uitstoot van geneesmiddelen in Nederland 2 megaton per jaar, wat vergelijkbaar is met die van de energiecentrale van Eneco in Rotterdam.^{1,2}

Huisartsen schrijven veel geneesmiddelen voor: in 2018 was 80% van alle voorschriften afkomstig van een huisarts.³

Om de klimaatimpact van geneesmiddelen te verminderen zullen ook huisartsen zich bewust moeten zijn van de rol die zij daarin kunnen hebben.⁴ Onlangs zijn er diverse stappen in de goede richting gezet, bijvoorbeeld doordat NHG-Standaarden aandacht besteden aan klimaatimpact en milieubelasting, en door de uitgave van het e-boek *De groene huisartsenpraktijk* door het NHG, de LHV en de Stichting Stimular.⁵⁻⁸

Om de bewustwording over klimaatimpact door geneesmiddelen onder huisartsen verder te vergroten willen wij binnen de bestaande infrastructuur van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn een feedbackmodule ontwikkelen die huisartsen inzicht geeft in de klimaatimpact van hun voorschriften.⁹ Daarbij zal CO₂-uitstoot de belangrijkste uitkomstmaat zijn. Ter voorbereiding hierop brengen we in 2022 via literatuuronderzoek en interviews met stakeholders in kaart welke indicatoren relevant zijn om de klimaatimpact van geneesmiddelen te bepalen en onderzoeken we van welke feedbackmethoden de grootste effectiviteit valt te verwachten. Aan de hand van deze informatie maken we een 'bouwklare' beschrijving voor de feedbackmodule.

Na dit voorbereidingsproject willen we de feedbackmodule daadwerkelijk bouwen en met vragenlijstonderzoek evalueren of de bewustwording onder huisartsen die de module gebruiken inderdaad groter wordt dan die onder huisartsen die dat niet doen.

Het project is geïnitieerd in het kader van de Nivel-onderzoeksagenda Duurzame gezondheidszorg.¹⁰ We verwachten de feedbackmodule in 2023 te kunnen activeren. ■

LITERATUUR

1. De Bruin J, Houwert T, Merkus K. Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg. Kwantificering van de CO₂-uitstoot en maatregelen voor verduurzaming. Amsterdam: Gupta Strategists, 2019.



Volgens schattingen is de jaarlijkse CO₂-uitstoot van geneesmiddelen in Nederland 2 megaton per jaar.

Foto: iStock

2. Nederlandse Emissieautoriteit. Emissiecijfers 2013-2020. 2021. Beschikbaar via: <https://www.emissieautoriteit.nl/documenten/publicatie/2021/05/05/ets-uitstoot-2020>. Geraadpleegd op 30 augustus 2022.
3. Stichting Farmaceutische Kengetallen. 80% recepten in apotheek komt uit pen van huisarts. 2019. Beschikbaar via: <https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2019/80-recepten-in-apotheek-komt-uit-pen-van-huisarts>. Geraadpleegd op 30 augustus 2022.

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

Knottnerus BJ, Hek K. Nieuw onderzoek naar groenere behandeling met behulp van feedbackmodule. *Huisarts Wet* 2022;65(11):49. DOI:10.1007/s12445-022-1579-7.
 Nivel, Utrecht: B.J. Knottnerus, huisarts, programmaleider Huisartsenzorg, b.knottnerus@nivel.nl; K. Hek, senior onderzoeker Farmaceutische zorg/Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.
 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn.

Liever een pleister bij overgangsklachten?

Lieke Olijslagers, Marion Biermans

Vasomotorische symptomen bij postmenopauzale vrouwen kunnen worden behandeld met orale of transdermale suppletie van oestrogenen. In de NHG-Standaard De overgang uit 2012 was transdermale toediening nog geen reguliere behandeloptie, terwijl deze mogelijkheid wel een duidelijke plek inneemt in de herziene NHG-Standaard uit 2022 en in de richtlijn Management rondom menopauze van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie uit 2018. Hoe effectief is transdermale oestrogensuppletie bij de behandeling van vasomotorische klachten bij postmenopauzale vrouwen, vergeleken met orale oestrogensuppletie?

Een 52-jarige postmenopauzale patiënte met hinderlijke overgangsklachten en opvliegers komt op het spreekuur. Ze is bij een overgangsconsulente geweest, die transdermale oestrogenen (gel, spray of pleister) adviseerde. Dit is de eerste keus in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) voor vrouwen met een verhoogd risico op trombose of hart- en vaatziekten (HVZ). Vergeleken met orale toediening is er mogelijk een lager risico op een veneuze trombo-embolie (VTE) en CVA.¹ Voor postmenopauzale vrouwen met een uterus geldt het advies om naast oestrogensuppletie orale progesteronsuppletie te gebruiken.^{1,2}



Lieke Olijslagers won tijdens de NHG-Wetenschapsdag de Jan van Es-prijs 2022 met deze CAT over transdermale toediening van oestrogenen.

De Jan van Es-prijs wordt jaarlijks toegekend aan de aios die de beste Critically Appraised Topic (CAT) over een onderzoek in de dagelijkse praktijk presenteert op de NHG-Wetenschapsdag.

De NHG-Standaard De overgang uit 2012 (actueel ten tijde van de casus) adviseerde voor postmenopauzale vrouwen primair orale oestrogensuppletie vanwege de bewezen effectiviteit en het gebruiksgemak van combinatiepreparaten met oestrogeen en progesteron. De standaard noemde transdermale oestrogensuppletie alleen als behandeloptie wanneer aanvullende progesteronsuppletie niet nodig was (bij vrouwen zonder uterus of perimenopauzale vrouwen met een hormoonspiraal).² Hoewel beide toedienroutes effectiever zijn gebleken dan een placebo, zeggen de NVOG- en NHG-richtlijn uit 2012



Transdermale oestrogensuppletie lijkt even effectief als orale oestrogensuppletie bij hinderlijke overgangsklachten.

Foto: Shutterstock

HET 95%-GELOOFWAARDIGHEIDINTERVAL

Het 95%-geloofwaardigheidsinterval is afkomstig uit de bayesiaanse statistiek, waarbij informatie uit eerder onderzoek op een systematische manier met nieuwe informatie wordt geïntegreerd om tot een uiteindelijke schatting te komen. Het 95%-geloofwaardigheidsinterval geeft de spreiding van het behandel-effect weer, waarbij er 95% kans is dat het werkelijke behandel-effect binnen het genoemde interval ligt.^{1,2} Dit verschilt van de gangbare (frequentistische) statistiek, waarbij alleen de data worden geanalyseerd die in dat onderzoek zijn verzameld en de zekerheid van de schatting wordt weergegeven met behulp van 95%-betrouwbaarheidsintervallen.^{11,12}

niets over de effectiviteit van transdermale oestrogenen vergeleken met orale toediening. Wij vroegen ons af wat de effectiviteit is van transdermale oestrogensuppletie (I) op de ernst en frequentie van vasomotorische klachten (O) bij postmenopauzale vrouwen (P), vergeleken met orale oestrogensuppletie (C).

ZOEKSTRATEGIE

Op 19 februari 2022 voerden we een zoekopdracht uit in PubMed met voor de PICO-vraagstelling relevante zoektermen. Dit leverde 153 artikelen op. We selecteerden artikelen die in de afgelopen 5 jaar waren gepubliceerd en screenen de titels en abstracts. Na exclusie van artikelen met een andere uitkomstmaat of onderzoekspopulatie bleven er 3 artikelen over. Daarvan waren er 2 relevant voor onze onderzoeksvraag: het systematische literatuuronderzoek en de netwerkmeta-analyse (NMA) van Sarri et al. uit 2017 en de randomised controlled trial (RCT) van Santoro et al. uit 2017.^{3,4}

METHODE

Sarri et al. zochten literatuur tot en met januari 2015 en includeerden 32 RCT's die bij 4165 vrouwen het effect van 12 verschillende behandelopties op vasomotorische symptomen (VMS) onderzochten, waaronder een placebo, transdermale oestrogenen plus progesteron (tO+P) en orale oestrogenen plus progesteron (oO+P). Met een netwerkanalyse vergeleken de onderzoekers de verschillende behandelopties met elkaar en met een placebo. De uitkomstmaat was het relatieve verschil tussen de frequentie van VMS (opvliegers en nachtzweeten) bij aanvang en aan het eind van de behandeling. Santoro et al. verdeelden 727 vrouwen binnen 9 Amerikaanse academische medische centra willekeurig over 3 groepen: (1) 0,45 mg oraal oestrogeen + 200 mg oraal progesteron + placebopleister (oO+P+placebogroep; n = 230), (2) 50 µg transdermaal oestrogeen + 200 mg oraal progesteron + placebopil (tO+P+placebogroep; n = 225) en (3) placebopleister + -pillen (placebogroep; n = 275). De uitkomstmaat was de ernst van de opvliegers en het nachtzweeten na 6, 12, 24, 36 en 48 maanden, gescoord op een 4-puntsschaal. De onderzoekers beschouwden een score van 0 (geen klachten) of 1 (milde klachten) als 'asymptomatisch' en van 2 (matige klachten) of 3 (ernstige klachten) als 'symptomatisch'.

RESULTATEN

Drie RCT's in het netwerk van Sarri et al. onderzochten het effect van oO+P en slechts 1 RCT keek naar het effect van tO+P. De auteurs maakten bij hun analyse gebruik van 95%-geloofwaardigheids(*credible*)intervallen (95%-CrI) [kader] en vonden een reductie van 77% in de frequentie van VMS bij tO+P (mean ratio = 0,23; 95%-CrI 0,09 tot 0,57) vergeleken met een placebo. oO+P gaf een reductie van 49% (mean ratio 0,51; 95%-CrI 0,25-1,06) vergeleken met een placebo. Van de 12 behandelopties die de onderzoekers in hun netwerkanalyse vergeleken bleek tO+P met ongeveer 70% waarschijnlijkheid de beste behandeloptie te zijn; voor oO+P was dat ongeveer 4%.

Bij aanvang van het onderzoek van Santoro et al. had 44% van de vrouwen matige of ernstige opvliegers en 35% matig of ernstig nachtzweeten. Na 6 maanden was dit respectievelijk 4,2% en 4,7% in de oO+P+placebogroep, 7,4% en 5,3% in de tO+P+placebogroep, en 28,3% en 19% in de placebogroep (beide interventiegroepen versus placebo p < 0,001). Ook na 3 tot 4 jaar bleef het verschil in opvliegers en nachtzweeten tussen de therapiegroepen en de placebogroep significant (p < 0,05).

BESCHOUWING

Het onderzoek van Sarri et al. is groot en grondig van opzet. De 3 RCT's die het effect van orale oestrogenen en progesteron onderzochten, hebben een laag tot gemiddeld risico op bias.⁵⁻⁷ De enige RCT over transdermale oestrogensuppletie heeft een hoog risico op *attrition bias* (een vorm van selectie-bias waarbij de onderzoeksgroepen systematisch verschillen door het aantal en type uitvallers), omdat 5% van de deelnemers (n = 12) vroegtijdig met het onderzoek stopte (11 in de interventiegroep en 1 in de placebogroep).⁸ De auteurs includeerden geen RCT's met een directe vergelijking tussen transdermale en orale oestrogensuppletie, maar konden beide toedieningsvormen dankzij de netwerkanalyse wel indirect met elkaar vergelijken.

De RCT van Santoro et al. is goed opgezet en maakt gebruik van een grote populatie die representatief is voor de Nederlandse populatie. Hoewel de auteurs de deelnemers wierven in academische centra en vrouwen met (hoog risico op) HVZ excludeerden, is het aannemelijk dat de resultaten van dit onderzoek ook bruikbaar zijn in de eerste lijn. De auteurs stellen dat beide toedieningswegen bij een directe vergelijking niet significant verschillen qua effect op opvliegers en nachtzweeten, maar beschrijven de bijbehorende resultaten niet in hun artikel.

CONCLUSIE

De indirecte vergelijking in de NMA met 4 RCT's laat zien dat transdermale suppletie van oestrogenen plus progesteron de beste behandeling is voor VMS. Het bewijs is echter zwak. Daarnaast laat een vijfde RCT zien dat zowel transdermale als orale toediening van oestrogenen een substantieel en vergelijkbaar effect heeft op VMS.

Transdermale oestrogensuppletie lijkt dus even effectief als orale oestrogensuppletie bij VMS. Deze conclusie sluit aan bij de inmiddels herziene NHG-Standaard De overgang (juni 2022), die op basis van 2 RCT's uit 1995 en 1999 (met een directe vergelijking tussen transdermale en orale oestrogensuppletie) stelt dat er mogelijk geen of nauwelijks verschil is in het aantal opvliegers per dag. De standaard noemt de 2 door ons besproken onderzoeken hierbij niet.^{9,10}

De herziene NHG-Standaard spreekt geen voorkeur uit voor transdermale of orale oestrogensuppletie, maar ontraadt hormoontherapie bij vrouwen met HVZ of VTE en adviseert om bij de overige vrouwen de voordelen van hormonale therapie goed af te wegen tegen de nadelen en individuele risico's.¹⁰ We kunnen ons voorstellen dat transdermale oestrogensuppletie extra interessant kan zijn bij vrouwen met een duidelijke wens voor hormoontherapie en tevens een verhoogd risico op HVZ of VTE. De voordelen, het gebruiksgemak en de mogelijke risico's moeten dan wel samen met de patiënte worden afgewogen. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Richtlijn Management rondom menopauze. 2018. Beschikbaar via <https://www.nvog.nl>. Geraadpleegd op 28 mei 2022.
2. Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FPMJ et al. NHG-Standaard De overgang. Huisarts Wet 2012;55:168-72.
3. Sarri G, Pedder H, Dias S, Guo Y, Lumsden MA. Vasomotor symptoms resulting from natural menopause: a systematic review and network meta-analysis of treatment effects from the National Institute for Health and Care Excellence guideline on menopause. BJOG 2017;124:1514-23.

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

Olijslagers LAH, Biermans MCJ. Liever een pleister bij overgangsklachten? Huisarts Wet 2022;65(11):50-2. DOI:10.1007/s12445-022-1583-y. Nijmegen: L.A.H. Olijslagers, waarnemend huisarts, lieke.olijslagers@outlook.com. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: dr. M.C.J. Biermans, senior onderzoeker, gedragswetenschappelijk docent. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een critically appraised topic [CAT], waarbij de auteur een evidencebased antwoord wil krijgen op een praktijkvraag.

COLOFON

Huisarts en Wetenschap (www.henw.org) wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen (www.nhg.org). Online publicaties kunnen verschillen van de printversie. Check daarom altijd de website voor de meest actuele publicatie.

Redactie

Dr. Gijs Baaten [hoofdredacteur, huisarts], dr. Marian van den Brink [huisarts], dr. Pieter Buis [huisarts], dr. Susanne Claessen [huisarts], dr. Mirrian Hilbink [epidemioloog], dr. Annemarije Kruis [huisarts], prof. dr. Jean Muris [huisarts], Ariëtte Sanders [huisarts], dr. Lisanne Stolwijk [huisarts] en dr. Kim van Wijck [huisarts].

Redactie bureau

Nielke Debets, Mariëtte de Rie [secretariaat], Judith Mulder [bladmanager], Ellen Olbers [webredactie], dr. Annet Sollié [e-redacteur], Susan Umans, Steven de Kock, dr. Peter Lucassen, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen [eindredactie], Margot Scheerder en Wendy Westerhof [beeldredactie]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 506 55 00, redactie@nhg.org.

NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Nikki Claassen, Zamire Damen, Simone van Iperen, Edward Wortman. Beeld: Nikki Claassen, Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org, 088 506 55 00.

Uitgever

Anouk Middelkamp, Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving: Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org/voor-auteurs

Advertentieverkoop

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

Abonnementen

HGW 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] € 274,00, online-only abonnement € 164,40, studenten 35% korting.
Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd.
Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar info@nhg.org met daarin alle relevante informatie.
Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736 en op www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen.

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.

© 2022 NHG
ISSN 0018-7070

NIEUW MEERJAREN- BELEIDSPLAN VOOR NHG

Al 65 jaar zet het NHG zich in voor kwalitatief hoogstaande en wetenschappelijk onderbouwde huisartsenzorg.

Deze rol willen we borgen voor de toekomst. De richting die we volgen en de belangrijke thema's waarlangs we werken stellen we vast in een meerjarenbeleidsplan. In december 2022 loopt het huidige meerjarenbeleidsplan af.

Samen sterker

De afgelopen maanden zijn we gestart om opnieuw kritisch te kijken naar onze missie en visie. Hierin hebben we de input meegenomen die u ons in eerdere ledenraadplegingen heeft meegegeven. Ook hebben we gesproken met de

Raad van Toezicht, onze Verenigingsraad en het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde. De komende maanden werken we aan een nieuw meerjarenbeleidsplan. Dit proces doen we gedegen en zorgvuldig, waarbij de input van de leden van de vereniging, belangrijke stakeholders en medewerkers van het NHG centraal staat. Een ding is duidelijk: onze rol blijft ook na 65 jaar in de kern onveranderd, namelijk het vertalen van wetenschappelijke inzichten naar de huisartsenpraktijk. Hoe we deze rol concreet gaan invullen voor de komende jaren stellen we de komende periode met elkaar vast. Uw hulp hierbij is van groot belang. Door onze krachten te bundelen weten we meer en bereiken we meer. Zo werken we samen aan een sterke huisartsenzorg.

ALV 2023

We verwachten het nieuwe meerjarenbeleidsplan in de eerste helft van 2023 tijdens de ALV aan

onze leden voor te leggen voor een akkoord. Voorafgaand daaraan vragen we leden en stakeholders om input en ideeën. Ook toetsen wij de thema's en richting en horen wij graag welke feedback u misschien nog voor ons heeft. De komende periode leest en hoort u via onze verschillende kanalen meer over de vorderingen. Mogen we op uw betrokkenheid rekenen?

Eric Scheppink, Raad van Bestuur NHG

Voor in uw agenda:

Algemene Ledenvergadering NHG

Datum: 15 december 2022

Locatie: digitaal

Aanvang: 19:00 uur

Aanmelden: via uw persoonlijke uitnodiging (volgt per e-mail)



Kaderhuisarts verbetert kwaliteit huisartsenzorg

De huisartsenkoepels (LHV, NHG, InEen) en het Universitaire Netwerk Huisartsgeneeskunde zijn het eens over de belangrijke rol van de kaderhuisarts. De kaderhuisarts verbetert de kwaliteit van de huisartsenzorg. Kaderhuisartsen zijn door hun opleiding goed toegerust om de kerntaken en kernwaarden van de Nederlandse huisartsenzorg te helpen bestendigen en door te ontwikkelen. Zij zorgen op deze manier voor nieuwe inzichten in kennis, kunde en samenwerkingsvormen op specifieke onderwerpen of thema's, beschikbaar en bruikbaar voor alle huisartsen.

De huisartsenkoepels en universiteiten hadden de wens om opnieuw met elkaar te kijken naar de rol en positionering van de kaderhuisarts en de daarvoor benodigde infrastructuur en randvoorwaarden. Het NHG nam daarom het

initiatief om hierover verder te praten. Het doel was om tot een gezamenlijke visie te komen.

De conclusie is dat alle koepels onverminderd het belang van de kaderhuisarts zien. De

kaderhuisarts verbetert de kwaliteit van de huisartsenzorg door:

- regionale samenwerking te stimuleren en te verbeteren en aandacht te hebben voor kwaliteitsverbetering van praktijkvoering
- bij te dragen aan de ontwikkeling van richtlijnen
- het geven van (na)scholing
- een bijdrage te leveren aan onderzoek en innovatieve ontwikkelingen.

De komende maanden wordt verder gepraat met vertegenwoordigers van de kaderopleidingen, expertgroepen en het CHBB (College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden). Lees het volledige nieuwsbericht op nhg.org.

NIEUWE VISIE 'HUISARTSENZORG VOOR PATIËNTEN MET PSYCHISCHE

InEen, LHV, NHG en psyHAG ontwikkelden gezamenlijk de nieuwe visie 'Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek'. De visie beschrijft hoe de kwaliteit van psychische huisartsenzorg ook in de toekomst geborgd blijft. Belangrijk is dat psychische huisartsenzorg bovenal huisartsenzorg moet blijven. Vanuit het NHG is huisarts en beleidsadviseur Nikki Claassen intensief bij de totstandkoming van de visie betrokken.

Huisartsen en POH's-ggz verlenen een groot deel van de psychische zorg in Nederland. Deze zorg staat echter onder druk, onder andere door de toegenomen vraag naar psychische zorg en de afgenomen capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Huisartsen en POH's-ggz raken overbelast door de zorg voor patiënten met te zware problematiek voor de huisartsenzorg, die niet in de ggz terecht kunnen. De beschikbare capaciteit en deskundigheid binnen de psychische huisartsenzorg moeten zo efficiënt mogelijk worden ingezet in samenwerking met de ggz en het sociaal domein.

In de werkgroep zaten (v.l.n.r.): Jelly Hogendorp, senior beleidsadviseur LHV, David Smeekes, huisarts n.p. en beleidsmedewerker InEen, Nikki Claassen, huisarts en beleidsadviseur NHG en Nelly van der Gaarden, huisarts, namens PsyHag. Foto: Lieke Claassen



PROBLEMATIEK'

Nee zeggen tegen oneigenlijke taken

'De huisartsenpraktijk is bij uitstek geschikt voor de eerste beoordeling en diagnostiek bij psychische problematiek. Of om milde psychische klachten en eenvoudige, veelvoorkomende psychische stoornissen te behandelen', vertelt Nikki Claassen. 'Dit geldt zowel voor de zorg door de huisarts als door de POH-ggz. Overige zorgtaken, zoals de behandeling van complexe problematiek of het bieden van overbruggingszorg bij wachttijden, horen niet in de huisartsenpraktijk thuis. Huisartsen mogen en moeten soms dus nee zeggen tegen oneigenlijke taken om de basis huisartsenzorg te kunnen blijven bieden aan patiënten die wel in de huisartsenpraktijk behandeld kunnen worden.'

Ook wordt in de visie benadrukt dat het belangrijk is om te bepalen of psychische zorg wel de beste oplossing is voor iemands probleem. 'Een patiënt bij wie financiële zorgen een belangrijke oorzaak zijn van de klachten, verwijs ik bijvoorbeeld liever naar het sociaal wijkteam.'

Meer ondersteuning door Regionale Huisartsen Organisaties

In de samenwerking tussen huisartsenpraktijken, ggz en sociaal domein kunnen de Regionale Huisartsen Organisaties (RHO) een grotere rol vervullen. RHO's kunnen huisartsen bijvoorbeeld ondersteunen bij het maken van samenwerkingsafspraken met ggz-aanbieders, bijvoorbeeld over zorgaanbod. Ook kunnen huisartsen hun RHO inschakelen voor beoordeling of een verzoek om extra zorg binnen of buiten verantwoorde huisartsenzorg valt. Claassen: 'Bijvoorbeeld de vraag van een ggz-instelling om het voorschrijven van medicatie over te nemen of om bloedonderzoek te doen. Krijg je vaak verzoeken die je niet in

'Huisartsen mogen en moeten soms nee zeggen tegen oneigenlijke taken'

de huisartsenzorg vindt horen? Of twijfel je over een verzoek? Neem dan contact op met de RHO.'

Beschikbare ggz voor wie het nodig heeft

De capaciteitsproblemen binnen de ggz hebben gezorgd voor lange wachttijden en soms zelfs ontoegankelijke specialistische zorg. Ook huisartsen kunnen bijdragen aan het terugdringen van deze wachttijden, door onnodige inzet van de ggz zoveel mogelijk te voorkomen. Zij kunnen op basis van de NHG-Standaarden bepalen welke zorg het beste bij de patiënt past:

1. voorlichting en/of zelfzorg
2. behandeling binnen het sociale domein
3. behandeling door huisarts of POH-ggz
4. behandeling binnen de (gespecialiseerde) ggz

Bij milde problematiek die 'bij het leven hoort' ligt het voor de hand om aan te sturen op zelfzorg of een beroep op het sociale netwerk. Claassen: 'Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld ongecompliceerde rouw of levensfaseproblematiek.' Bij sociale problematiek is het logisch om dit binnen het sociale domein op te lossen.

Tegelijkertijd is het essentieel dat er meer ggz-capaciteit beschikbaar komt voor patiënten die wel verwezen worden, analoog aan de somatische zorg. Bovendien moeten huisartsen 24/7 de mogelijkheid hebben tot direct overleg, zeker bij spoed. Daarnaast zijn snelle intakes (< 4 weken) en advisering en actief hoofdbehandelaarschap vanuit de ggz na de intake essentieel.

Duidelijke grenzen nodig voor betere samenwerking

De beschreven grenzen van de huisartsenzorg vormen de basis voor verantwoorde zorg. Ze vormen duidelijke uitgangspunten waar vanuit gewerkt kan worden aan betere samenwerking met de ggz en het sociaal domein. Versteving van deze samenwerking kan plaatsvinden door verbindende initiatieven tussen de verschillende sectoren. Hier zijn al diverse goede voorbeelden van, zoals regionale overleg- of transfertafels of initiatieven als krachtige basiszorg. Het is de wens dit soort vormen van samenwerking uit te

'Psychische huisartsenzorg moet bovenal huisartsenzorg blijven'

breiden. Passende financiering vormt hierbij een randvoorwaarde voor succes.

Eens over de kern

'Tijdens het maken van de visie kwamen we erachter dat we het vanuit verschillende invalshoeken van de koepelorganisaties allemaal eens zijn over de kern', vertelt Claassen. 'We moeten grenzen stellen om de kwaliteit van de psychische huisartsenzorg te blijven borgen. Huisartsenzorg moet huisartsenzorg blijven. Vanuit deze rode draad is de visie geschreven.' Volgens Claassen waren er verrassend weinig onderlinge discussiepunten. 'Wel zijn we ons bewust dat er een spanningsveld gezien kan worden tussen enerzijds het aangeven van grenzen en anderzijds het juist willen verbeteren van de samenwerking met de ggz en het sociaal domein. Toch zien wij duidelijke grenzen juist als een essentieel uitgangspunt voor samenwerking. Pas bij helderheid over elkaars rol en verantwoordelijkheden kun je onderling goede afspraken maken.'

Lees meer over de visie op nhg.org (tabblad NHG-Standaarden) of scan de QR-code.



EVALUATIE OVERZICHTSTABELLEN INHALATOREN

Onafhankelijke gids bij medicamenteuze behandeling astma/COPD

Eind 2021 introduceerde het NHG overzichtstabellen van inhalatoren voor volwassenen met astma en COPD. Een van de voorwaarden was toetsen of de tabellen goed werken in de praktijk. Momenteel zitten we middenin dat proces.

Een werkgroep met huisartsen, kaderhuisartsen astma en COPD, POH's en longartsen ontwikkelde de overzichtstabellen. Ze zijn te gebruiken als hulpmiddel bij de keuze voor een inhalator in de eerste lijn. Ze sluiten aan op aanbevelingen over gebruik van inhalatoren in de NHG-Standaarden Astma bij volwassenen en COPD. De tabellen bieden per inhalator inzicht in:

- uniformiteit (welke behandelstappen uit het stappenplan zijn met dezelfde inhalator te doorlopen)
- aanwezigheid van een dosisteller of -indicator
- multidoses- of unidosesysteem
- advies om een voorzetkamer te gebruiken
- aanwezigheid van milieubelastend broeikasgas
- kosten van onderhoudsbehandeling

Waar vind ik de overzichtstabellen?

Op de [richtlijnenwebsite](https://www.nhg.org/richtlijnenwebsite) bij de NHG-Standaarden Astma voor volwassenen en COPD zijn de tabellen te vinden, in de rechterkolom naast de standaard. Ook vindt u ze op <https://www.nhg.org/tabelinhalatoren> of via de QR-codes. Bekijk de tabellen bij voorkeur op een groot scherm (tablet, laptop of computer) voor het beste resultaat.



Overzichtstabel Astma bij volwassenen



Overzichtstabel COPD

Hulpmiddel bij keuze voor inhalator bij start met inhalatiemedicatie in de eerste lijn | Tabel inhalatoren COPD nhg

Deze tabel is een hulpmiddel bij de keuze voor een inhalator bij de start met inhalatiemedicatie in de eerste lijn, en sluit aan op aanbevelingen over de keuze van een inhalator in de NHC-Standaard COPD. De weging van de kenmerken in deze tabel kan per patiënt verschillen. Daarnaast kunnen ook andere inhalatorkenmerken, en patiëntkenmerken, de inhalatorkeuze mede bepalen.

INHALATORTYPE	DROOGPOEDERINHALATOREN										SOFTMIST-INHALATOR	DOSISAEROSOLEN
	Krachtige inhalatie, zo diep mogelijk					Gelijmatige inhalatie, zo diep mogelijk					Rustig in- en uitademen	
INHALATIETECHNIEK ¹	[Iconen: Handihaler, NeumoHaler, Zonda, Easyhaler, Turbuhaler]					[Iconen: Novolizer/Genuair, Diskus, Ellipta, Breezhaler, Cyclohaler/Axahaler, RespiMAT]					[Iconen: Dosisaerosol (+ voorzetkamer)]	
BESCHIKBARE MIDDELEN PER BEHANDELSTAP ²	Handihaler	NeumoHaler	Zonda	Easyhaler	Turbuhaler	Novolizer/Genuair	Diskus	Ellipta	Breezhaler	Cyclohaler/Axahaler	RespiMAT	Dosisaerosol (+ voorzetkamer)
SAMA (stap 1)										ipra		ipra
SABA (stap 1)					terb	salb	salb			salb		salb
LAMA (stap 2 en 3)	tiot	tiot	tiot			acli		umec	glyc		tiot	
LABA (stap 2 en 3)				form	form	form	salm		inda	form	olod	form/salm
LAMA/LABA combinatiepreparaat (stap 3)						acli/form		umec/vila	glyc/inda		tiot/olod	glyc/form
ICS (bij > 2 longaanvallen/jaar)				bude (off-label)	bude (off-label)	bude (off-label)	flut			bude (off-label)		bude (off-label), becl EF (off-label), bude (off-label), flut
ICS/LABA combinatiepreparaat				bude/form	bude/form		flut/salm	flut/furo/vila		bude/salm (off-label)		flut/form (off-label), becl EF form, bude/form, flut/salm
ICS/LABA/LAMA combinatiepreparaat								flut/furo/vila/umec				bude EF/form/glyc bude/form/glyc
DOSISTELLER OF INDICATOR ⁴	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ICS/LABA: ja overige: nee ⁵
MULTIDOSIS	nee	nee	nee	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee	ja	ja
ZONDER VOORZETKAMER TE GEBRUIKEN	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
BEVAT EEN MILIEU BELASTEND BROEIKASGAS ⁶	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
KOSTEN STAP 2 EN 3 TE OPZICHTE VAN GEMIDDELDE ⁷	=	=	^	=	=	=	=	=	=	v	=	=

Waardering tabellen

Eind september hebben we de overzichtstabellen geëvalueerd met 6 huisartsen en 1 praktijkondersteuner. Hieruit blijkt dat de overzichtskaarten goed aansluiten op de behoefte bij huisartsen en praktijkondersteuners. Er is veel bruikbare feedback ontvangen, zoals:

'Fijn dat informatie over kosten, milieu en dosisteller beschikbaar is'

'Duidelijk overzicht van de verschillende inhalatoren'

'Goede gids bij vervangen middel'

Verbeterpunten mee naar de tekentafel

Ook zijn er verbeterpunten, zoals het advies om de kleur van de inhalator weer te geven omdat in de praktijk blijkt dat patiënten vooral de kleur onthouden. Ook werd de suggestie gedaan om nog eens kritisch naar de bewoording te kijken. Hoewel men overtuigd is van het voordeel om altijd en overal toegang te hebben tot een actueel overzicht, is er soms behoefte aan een geplastificeerde versie van de overzichtstabellen.

Medio 2023 herziene kaarten

De sessie met huisartsen en praktijkondersteuner is onderdeel van een bredere evaluatie van de overzichtstabellen. De andere samenwerkingspartners en betrokkenen, zoals de CAHAG, en initiële werkgroepleden zijn ook gevraagd om feedback te geven. Met behulp van alle input gaan we een plan maken voor herziening van de tabellen.

Vragen, opmerkingen of deelnemen?

Heeft u vragen of opmerkingen? Of wilt u in de toekomst ook meedenken over producten en diensten van het NHG? Stuur een e-mail naar kenniscentrum@nhg.org.