H&W
Huisartsenwetenschap

12
december 2022
jaargang 65

Samen beslissen met keuzekaarten en keuzehulpen

Huisarts en beweegadvies – waar wachten we op?

De invloed van de overgang op nycturie

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Keuzekaart of keuzehulp?

Alweer aandacht voor 'samen beslissen'? Daar is toch alles wel over gezegd? Bovendien moet er wel wat te kiezen zijn en willen lang niet alle patiënten samen beslissen. Naast de patiëntinformatie op Thuisarts.nl ontwikkelt het NHG meer instrumenten om het beslissingsproces te ondersteunen, zoals keuzekaarten en -hulpen. Het NHG kiest het format en de onderwerpen niet willekeurig. Het artikel van Van der Weele geeft ons inzicht in de keuzes die het NHG, afgestemd op onze behoeften, daarin maakt.
Maar al denken veel artsen dat ze samen met patiënten beslissen, toch blijft de toepassing in de praktijk achter. Onderzoek toont bij herhaling aan dat artsen zichzelf hierin overschatten. Dat is jammer, want we weten dat beter geïnformeerde patiënten, minder invasieve, goedkopere behandelingen kiezen en dat door samen te beslissen arts en patiënt beiden tevredener zijn. Tijd lijkt een belangrijke drempel. Patiënten hebben tijd nodig om de informatie te verwerken maar ook de dialoog tussen arts en patiënt vergt tijd.
Herkenbaar? Baghus vertelt in haar nascholing wat haar onderzoek onder aiossen en opleiders in de dagelijkse praktijk voor praktische tips over de toepassing van samen beslissen heeft opgeleverd. Hoe pas je het gebruik van deze hulpmiddelen efficiënt toe? Mooi om te lezen hoe opleiders en aiossen samenwerken en waarmee ze worstelen. Of luister naar de H&W-podcast waar ze er nog uitgebreider over vertelt!
Als ik het gebruik van deze (digitale) hulpmiddelen spreid over meer consulten, leert mijn ervaring dat ik een boeiender gesprek heb over de invloed van persoonlijke context op de keuze. Ik gebruik bijvoorbeeld graag de keuzetabel over anticonceptie. Ik neem dan niet alle opties door, maar ik tast af welke kennis en voorkeur(en) een patiënt al heeft en zoek die op in de tabel. Zo leert de patiënt hoe de tabel werkt. Ik geef de tabel vervolgens mee. Dat scheelt me veel uitleg. In het vervolgconsult bevraag ik de patiënt op wat zij nog wil weten. Dit levert hele verrassende overwegingen op. Een onderwerp waarover veel patiënten niet zelf beslissen, terwijl dit wel op zijn plek zou zijn, is het moment van onderzoek naar dementie. In het nummer van maart 2023 zal Van der Linden u over de keuzehulp hiervoor vertellen.
Gaaf om te zien hoe jonge huisartsen, samen met het NHG, praktiserende collega's met wetenschap ondersteunen in de concrete toepassing van samen beslissen!

Ariëtte Sanders, redactielid H&W

Wetenschap

10 **Welke rol spelen keuzekaarten bij samen beslissen?**
Keuzekaarten bieden ondersteuning bij samen beslissen en kunnen zowel tijdens het consult als ter voorbereiding daarop worden gebruikt.

14 **De effectiviteit en veiligheid van leefstijlinterventies bij hart- en vaatziekten**
De grootste kans op succesvolle leefstijlverandering ontstaat door patiëntgerichte, motiverende communicatie.

21 **'Geen netwerk zonder huisarts'**
Interview met Henk Schers, sinds 1 maart 2021 hoogleraar Regionale netwerkvorming vanuit de huisartsgeneeskunde.

24 **Een prik in de bil bij knieartrose**
Overweeg zowel een intramusculaire als intra-articulaire injectie met een corticosteroïd wanneer orale pijnstelling en oefentherapie onvoldoende effect hebben bij patiënten met knieartrose.

28 **Huisarts en beweegadvies – waar wachten we op?**
Huisartsen hebben de unieke positie om mensen op het nut van bewegen te wijzen en ze daarbij op weg te helpen. Moeten zij deze rol actiever vervullen?

32 **65 jaar wetenschap in H&W: wat heeft de patiënt hieraan?**
De huisartsgeneeskunde heeft zich tot een eigenstandig terrein van wetenschappelijk onderzoek ontwikkeld. Dat is uniek voor Nederland. Wat betekent dit voor de zorg voor de persoon van de patiënt?

Illustratie omslag: Margot Scheerder

Praktijk

36 **Hoe gebruik je keuzekaarten en keuzehulpen in de spreekkamer?**
Het kan voor de huisarts(opleider) en aios een mooi leerdoel zijn om met 1 of enkele keuzekaarten en keuzehulpen aan de slag te gaan. Dit kan de medische kennis en het toepassen van samen beslissen met de patiënt vergroten.

40 **Uw diagnose 'Strepen op de rug na het kerstdiner'**

41 **De rol van de huisarts bij donorconceptie**
De huisarts of POH-ggz kunnen wensouders op verschillende manieren bijstaan: informeren, begeleiden bij het maken van keuzen, en zo nodig verwijzen naar een specialist op het gebied van donorconceptie.

44 **De invloed van de overgang op nycturie bij vrouwen**
De belangrijkste oorzaken van nycturie zijn op te sporen met een goede anamnese en het mictiedagboek. Bij peri- en post-menopauzale vrouwen kan ook een daling van de oestrogeen-spiegel een rol spelen.

48 **Kennistoets 'Leefstijlverandering, beweegadvies en preventie'**

huisartspodcast.nl/henw

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

Nieuws

6 **Nieuwsberichten**

- Bekkenbodemklachten staan vaak niet op zichzelf
- Huisartsen schrijven te vaak onnodig protonpomp-remmers voor
- Huisartsen positief over HbA1c-sneltest
- Minder kans op tweede cardiovasculair event met de polypil
- Artrosepatiënten gebruiken minder pijnstillers dan de huisarts adviseert
- Extreem weer als voorspeller van uitbraken van infectie-ziekten

56 **Is telemonitoring van hypertensie de toekomst?**
Patiënten met een hoge bloeddruk kunnen deze thuis meten en de waarden digitaal doorgeven aan hun huisarts. Deze vorm van telemonitoring leidt tot betere bloeddrukwaarden dan controle in de spreekkamer.

58 **Nieuw onderzoek naar kijkoperaties bij patiënten met een hersenbloeding**
Lopend onderzoek naar een nieuwe chirurgische ingreep die patiënten met een hersenbloeding mogelijk uitkomst biedt.

59 **H&W 65 jaar: column 'Grensverruimend'**
Hoofdredacteur Gijs Baaten sluit met zijn column de reeks af van columns van (oud-)hoofdredacteuren over de opvallendste artikelen uit hun tijd.

60 **H&W-redacteur Lisanne Stolwijk: 'In de spreekkamer voel ik de behoefte aan houvast'**

NHG

51 **Nieuwe MDR Keloïd en littekenhypertrofie**
Deze multidisciplinaire richtlijn is geschreven voor tweedelijns zorgverleners, maar geeft ook handvatten voor huisartsen.

52 **Prikkelbaredarmsyndroom als positieve diagnose in de eerste lijn**
Rode draad in de NHG-Standaard en de multidisciplinaire richtlijn Prikkelbaredarmsyndroom is om deze patiënten zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen.

54 **Nirmatrelvir/ritonavir voor de meeste patiënten met COVID-19 niet zinvol**
De NHG-werkgroep COVID-19 acht behandeling met het nieuwe orale antivirale middel nirmatrelvir/ritonavir voor de meeste patiënten met COVID-19 niet zinvol.

62 **Met de blik vooruit**
Een vooruit- en terugblik vanuit de Raad van Bestuur.

64 **Makkelijker werken met vernieuwde NHG Rx**

65 **Nieuwe versie beschikbaar van HIS-referentiemodel**

66 **Waardevolle eerste bevindingen DiDia-project**

www.henw.org

- Risico op myocardinfarct bij behandeling osteoporose
- Aansporen tot beweging helpt
- Wat houdt u tegen bij videoconsulten?

Bekkenbodemklachten staan vaak niet op zichzelf

Annemarije Kruis

Bekkenbodemklachten komen veel voor in de huisartsenpraktijk. Denk bijvoorbeeld aan dyspareunie, obstipatie, incontinentie of mictieklachten (LUTS). Daarbij ligt de focus tijdens een consult vaak op een van de klachten. Een recent Nederlands populatieonderzoek laat zien dat deze klachten niet op zichzelf staan, maar veelal voorkomen in clusters. Dat geldt niet alleen voor vrouwen maar ook voor mannen.

Foto: Shutterstock

Disfunctie van de bekkenbodemspieren kan leiden tot klachten die kunnen worden onderverdeeld in 5 domeinen: LUTS, defecatieproblemen, seksuele problematiek, bekkenpijn en prolaps. Problemen in het ene domein kunnen leiden tot problemen in het andere domein.
In dit onderzoek werd een gevalideerde vragenlijst over bekkenbodemklachten gestuurd naar 11.724 patiënten van 16 jaar en ouder in de regio Coevorden. Van deze groep reageerden 839 vrouwen en 566 mannen. De deelnemers waren gemiddeld ouder en hadden meer klachten dan mensen die niet meededen aan het onderzoek.
Grofweg een derde van de patiënten rapporteerde geen bekkenklachten, een derde had 1 symptoom en een derde had 2 of meer klachten. Er waren meer vrouwen (65,9%) dan mannen (62,5%) met bekkenklachten. Vrouwen hadden ook meer pijn dan mannen ($p < 0{,}001$). De meest voorkomende combinatie bij vrouwen was seksuele disfunctie met bekkenpijn of defecatieproblemen. Ook LUTS met defecatieproblemen, al dan niet met bekkenpijn, kwam veel voor. Bij mannen kwam LUTS het meest voor, met obstipatie en/of seksuele disfunctie.
Bekkenbodemklachten staan dus vaak niet op zichzelf. Wanneer een patiënt op het spreekuur komt met een aan de bekkenbodem gerelateerde klacht is het raadzaam om actief te vragen naar bijkomende andere stoornissen in dit gebied. Het is mogelijk dat de aanwezigheid van meerdere klachten een andere of intensievere behandeling vraagt. Daarnaast kunnen aandacht en behandeling voor bijkomende klachten in het bekkengebied een gunstig effect hebben op de overige bekkenklachten. ■

Knol-de Vries GE, et al. Exploring concomitant pelvic floor symptoms in community-dwelling females and males. Neurourol Urodyn 2022 Aug 21. DOI:10.1002/nau.25020 [epub ahead of print].

Huisartsen schrijven te vaak onnodig protonpompremmers voor

Pieter Raps

Meer dan de helft (56%) van alle gebruikers van protonpompremmers (PPI) in de huisartsenpraktijk heeft hiervoor geen indicatie. Dat blijkt uit een Nederlands, eerstelijns, observationeel onderzoek. Ook werd in een derde van de gevallen een tijdelijke behandeling niet gestaakt. Het onnodig voorschrijven van PPI's zorgt voor hoge kosten en voor bijwerkingen die helemaal niet nodig zijn. Dat kan beter!

De onderzoekers gingen na wat de indicatie is voor het gebruik van PPI binnen de Nederlandse huisartsenzorg en identificeerden de voorspellers van het onjuist voorschrijven van PPI.

Daarvoor gebruikten zij routinedata van 27 huisartsenpraktijken die deel uitmaken van het Extramuraal LUMC Academisch Netwerk (regio Leiden en Den Haag). De onderzoekers selecteerden patiënten van 18 jaar en ouder op basis van relevante ICPC- en ATC-codes in de periode 2016-2018. Zij beoordeelden de PPI-voorschriften en de gebruikersduur op de juistheid van de indicatie aan de hand van de NHG-richtlijnen uit 2013.
Van de 148.926 volwassen patiënten gebruikten 23.601 (16%) een PPI (gemiddelde leeftijd 57 jaar; 59% was vrouw). Slechts 44% van deze patiënten had een juiste indicatie bij start van de PPI, waarvan 20% met bovenbuik-

Huisartsen positief over HbA1c-sneltest

Lisanne Stolwijk

De eerste ervaringen met point-of-care-testing (POCT) voor HbA1c in de huisartsenpraktijk zijn positief. Zowel huisartsen, praktijkondersteuners (POH's) als patiënten zien dat de patiënttevredenheid hoger is dankzij de sneltest. Patiënten zijn vooral tevreden over de locatie, de snelheid en de mogelijkheid de resultaten direct te bespreken. De praktijken die met HbA1c-sneltesten zijn gestart, gaan er ook mee door.

Foto: Shutterstock

Er zijn steeds meer sneltesten beschikbaar in de huisartsenpraktijk. In 13 huisartsenpraktijken in Zuidwest-Nederland zijn de ervaringen onderzocht met HbA1c-POCT (n = 12) en/of professionele glucose-POCT) (n = 10). De onderzoekers legden een vragenlijst voor aan 52 POH's en 44 huisartsen die de HbA1c-POCT gebruikten en bij hun patiënten bij wie deze test werd afgenomen. Er werden 1551 vingerprik-POC-testen (1126 HbA1c; 425 glucose) uitgevoerd.
De patiënten waren het meest positief (96%) over de locatie (in de huisartsenpraktijk), over de persoon die de test uitvoert (100%, de POH) en de snelheid van de test (96%). POH's en huisartsen gaven aan te vertrouwen op de test (97-100%) en ervoeren een hogere patiënttevredenheid dan bij een reguliere bloedtest (82%).
Nadelen waren de tijd om de apparaten te kalibreren en het langere consult. Desondanks wilden patiënten, POH's en huisartsen allemaal de POCT-variant integreren in de normale zorg.
Participerende huisartsen roemden de patiëntvriendelijkheid: de patiënt hoeft slechts 1 keer naar de praktijk te komen en hoeft niet nuchter te zijn. Daarnaast is het mogelijk om direct te bespreken hoe de patiënt is ingesteld. De resultaten van dit onderzoek zijn echter mogelijk een overschatting, omdat participerende huisartsenpraktijken zelf de start van deze POC-test hadden geïnitieerd en dus al gemotiveerd waren. Daarbij was de *respons rate* in het onderzoek laag (POH's 56% en huisartsen 25%).
De NHG-Standaard Diabetes mellitus adviseert bij een goed ingestelde patiënt 1 keer per jaar het HbA1c en driemaandelijks het nuchtere glucose te controleren. Indien de patiënt meermaal daags insuline gebruikt, luidt het advies om het HbA1c driemaandelijks te controleren.
De HbA1c-sneltest lijkt vooral voordelen voor de patiënt te hebben, waardoor de opkomst en daarmee ook de diabeteszorg mogelijk worden bevorderd. ■

Smits M, et al. Early experiences with quality-assured HbA1c and professional glucose point-of-care testing in general practice: a cross-sectional observational study among patients, nurses and doctors. BMC Nurs 2022:21:183.

Foto: Shutterstock

klachten, zoals dyspepsie, en 23% ter profylaxe van een maagulcus. Van de patiënten die in deze periode startten met PPI, was 32% na een periode van 3 maanden ondanks het aflopen van de indicatie niet met het middel gestopt. Voorspellers voor onjuist PPI-gebruik waren medicatie die was geassocieerd met een PPI-indicatie, waaronder vooral non-selectieve NSAID's, coxibs, P2Y12-remmers (zoals clopidogrel) en lage dosis aspirine.
De grootste beperking van het onderzoek is de retrospectieve opzet met relatief veel ontbrekende data over confounders als roken, alcohol en overgewicht. Ook is het onderzoek gebaseerd op de adviezen uit de oude NHG-Standaard Maagklachten uit 2013.
De resultaten onderstrepen de relevantie van de belangrijkste wijzigingen in de nieuwe richtlijnen, waaronder specifiekere duiding van profylaxe-indicaties bij NSAID's en antistolling. Daarnaast bieden de onderzoekers extra adviezen voor het vaststellen en evalueren van de indicaties en hoe we dit kunnen organiseren in de praktijk. Dat is de meerwaarde van dit onderzoek. ■

Koggel L, et al. Predictors for inappropriate proton pump inhibitor use: observational study in primary care. Br J Gen Pract 2022 Jun 24;BJGP.2022.0178. DOI:10.3399/BJGP.2022.0178 [epub ahead of print].

Minder kans op tweede cardiovasculair event met de polypil

Henk Koopman

Door therapieontrouw blijft het recidiefrisico op een cardiovasculair event (CVE) onnodig hoog. Een polypil zou de therapietrouw kunnen verbeteren. Uit een recente RCT – verricht in diverse Europese centra – bleek dat 3 jaar polypilgebruik de recidiefkans op fatale en niet-fatale CVE's significant vermindert ten opzichte van de gebruikelijke zorg. De auteurs pleiten daarom voor brede inzet van de polypil bij secundaire preventie.

Deze bevindingen komen uit de Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in the Elderly (SECURE)-trial. Daarin werden patiënten geïncludeerd die ouder waren dan 75 jaar met een recent myocardinfarct of patiënten van 65-75 jaar met ten minste 1 risicoverhogende aandoening zoals diabetes mellitus, milde of matige nierfunctiestoornis, eerder myocardinfarct, coronaire revascularisatie of CVA.
De polypil bestond uit acetosal (100 mg), ramipril (2,5 of 5 of 10 mg) en atorvastatine (20 of 40 mg). In totaal werden 2499 personen gerandomiseerd voor de polypil of de gebruikelijke zorg.
Na een mediane follow-upduur van 36 maanden was het percentage CVE's 9,5% in de polypilgroep en 12,7% in de controlegroep (HR 0,76; 95%-BI 0,60 tot 0,96). De cardiovasculaire sterfte was respectievelijk 3,9% en 5,8% (HR 0,67; 95%-BI 0,47 tot 0,97). De totale sterfte was in beide groepen even groot, waarschijnlijk door concurrerende doodsoorzaken zoals maligniteit. De gemeten *compliance* en patiënttevredenheid waren beter in de polypilgroep, terwijl er geen verschil werd gevonden in het aantal gemelde bijwerkingen. Uitgangswaarden van bloeddruk en LDL waren en bleven laag in beide groepen. De deelnemers in de polypilgroep kregen vaker 40 mg atorvastine (91% versus 40%). Dit middel heeft ook een lipideonafhankelijk neveneffect op de vaatwand door antioxydatie en remming van ontstekingsmechanismen, hetgeen een mogelijke verklaring is voor het verschil in effectiviteit.
Dit onderzoek toont aan dat de polypil als secundaire preventie na een acuut myocardinfarct veilig en effectief kan zijn. Door verschillende doseringsvarianten samen te stellen, is het mogelijk de polypil te individualiseren. Zo kan de compliance worden verbeterd en kunnen ook kosten worden bespaard. De vraag is alleen of de productie interessant genoeg is, omdat de winstmarges laag zijn. Misschien een uitdaging voor samenwerkende apothekersorganisaties? ■

Foto: Shutterstock

Castellano JM, et al. Polypill strategy in secondary cardiovascular prevention. N Eng J Med 2022;387:967-77.

Artrosepatiënten gebruiken minder pijnstillers dan de huisarts adviseert

Kim van Wijck

Pijn is een van de belangrijkste klachten bij artrose. De behandeling bestaat dan ook vooral uit adequate pijnstilling. Veel patiënten gebruiken pijnstillers echter niet conform voorschrift, zo blijkt uit een Nederlands cross-sectioneel onderzoek. Vraag daarom eerst goed uit of en hoe de patiënt de geadviseerde medicatie gebruikt alvorens een additionele pijnstiller voor te schrijven.

Om meer te weten te komen over het gebruik van pijnstillers door artrosepatiënten stuurden onderzoekers een online vragenlijst naar 1521 deelnemers van het patiëntenpanel van ReumaNederland.

Er waren 842 respondenten, de gemiddelde leeftijd was 61,7 jaar en 83% was vrouw. In deze groep had 70% gegeneraliseerde artrose, 26% bijkomende fibromyalgie en 34% een andere bijkomende musculoskeletale aandoening. Van de patiënten gaf 38% aan altijd pijn te hebben en 46% vaak. Toch gebruikte maar 71% van hen pijnmedicatie in de voorafgaande maand. Zij gebruikten vooral paracetamol, maar ook combinaties van middelen zoals paracetamol met NSAID's (15%) en paracetamol met opioïden (7%).
Opvallend was dat de patiënten vaak significant lagere doseringen gebruikten dan staat beschreven in de

Extreem weer als voorspeller van uitbraken van infectieziekten

Stéphanie Antonides-Lemmens, Hanneke Borgdorff

Extreme weersomstandigheden geven een verhoogd risico op uitbraak van infectieziekten. Een recent onderzoek laat zien dat dit in het bijzonder geldt voor diarree na extreme regenval en overstromingen. Door klimaatverandering heeft Nederland ook meer kans op overstromingen. Uit het overzicht blijkt echter dat vooral de lage- tot middeninkomenslanden met matige sanitaire voorzieningen dit risico lopen.

Foto: Unsplash

Het doel van het onderzoek was om weergerelateerde voorspellers voor een uitbraak van infectieziekten te identificeren, waardoor men op tijd preventieve (*public health*-) maatregelen kan nemen. Daarnaast bestudeerden de onderzoekers onderliggende risicofactoren voor een uitbraak, zoals bevolkingsdichtheid en sanitaire voorzieningen. Het betreft een oriënterend, 'scoping' review-onderzoek zonder gebruik van statistische analyses. De onderzoekers vonden gegevens van 90 verschillende uitbraken van infectieziekten. De meeste hiervan vonden plaats in lage- en middeninkomenslanden met matige tot slechte sanitaire voorzieningen. Uitbraken van diarree (cholera en andere verwekkers) waren het meest onderzocht (n = 61). De onderzoekers zagen een sterk verband tussen extreme regenval in combinatie met overstromingen en uitbraken van diarree. Maar liefst 33 van de uitbraken werd voorafgegaan door een orkaan, overstroming of hevige regenval. Weinig uitbraken van diarree werden voorafgegaan door droogte en hittegolven (n = 6). Andere risicofactoren voor diarree leken armoede, een hoge bevolkingsdichtheid en het delen van sanitaire voorzieningen (bijvoorbeeld na evacuatie), maar deze aspecten werden niet gekwantificeerd. Verder waren extreme weersomstandigheden geassocieerd met zowel een toename als afname van vectorziekten zoals malaria en dengue. Dit heeft mogelijk te maken met het effect van de weersverandering op de overlevingskansen van de muggensoort. Vanwege de beschrijvende onderzoeksopzet en risico op publicatiebias blijft het lastig om op basis van deze data uitbraken van infectieziekten te voorspellen. In Nederland is er een goed functionerend sanitair en watersysteem, dat beschermt tegen diarree. Toch kunnen ook wij door de toename van extreem weer en overstromingen te maken krijgen met uitdagingen om onze bevolking daarbij gezond te houden. ■

Alcayna T, et al. Climate-sensitive disease outbreaks in the aftermath of extreme climatic events. A scoping review. One Earth 2022:5;336-50.

Foto: Shutterstock

NHG-Standaard Artritis. Die lagere dosering betrof 58% voor paracetamol, 33% voor NSAID's en 87% voor zwakke opioïden. Ook gebruikten patiënten de pijnstillers vaak intermitterend. De meest genoemde reden om geen pijnmedicatie te gebruiken, was dat de pijn draaglijk was. Deelnemers die naast artrose ook fibromyalgie hadden, gebruikten gemiddeld meer medicatie. Naast mogelijke selectiebias had het onderzoek nog andere beperkingen. Het omvatte bijvoorbeeld zelfgerapporteerde data en er waren geen data beschikbaar over andere aandoeningen die de keuze voor pijnmedicatie beïnvloed kunnen hebben.
Nu we weten dat patiënten vaak minder pijnmedicatie gebruiken dan we adviseren, kunnen we ons beleid daarop aanpassen. Zo kunnen we patiënten vragen hoe zij de pijn ervaren en hoe zij de voorgeschreven medicatie gebruiken alvorens een additionele pijnstiller te opperen. ■

Van den Driest JJ, et al. Analgesic use in Dutch patients with osteoarthritis: frequent but low doses. J Clin Rheumatol 2019;25:297-303.

Welke rol spelen keuzekaarten bij samen beslissen?

Gerda van der Weele, Anouk Baghus

De meeste patiënten willen actief betrokken worden bij hun behandeling: samen beslissen. In 2018 besloot het NHG hulpmiddelen te gaan ontwikkelen om dit proces in de praktijk te ondersteunen. In dit artikel beschrijven we de voortgang van deze ontwikkeling: het hoe, wat en waarom van keuzekaarten (voorheen keuzetabellen), en de nabije toekomst.

CASUS: VROUW DIE TWIJFELT OF ZE EEN SPIRAAL WIL

Een 32-jarige vrouw komt op het spreekuur. Ze is 8 weken geleden bevallen van haar eerste kind en wil voorkomen dat ze op korte termijn weer zwanger wordt. Ze geeft borstvoeding, maar wil dit gaan afbouwen omdat haar bevallingsverlof bijna afloopt. Vóór haar zwangerschap had ze een hormoonspiraal waarover ze tevreden was. Toch twijfelt ze of ze opnieuw een spiraal wil, omdat ze over een jaar of 2 misschien weer zwanger wil worden.

KEUZEKAART Ik ben bevallen en wil een voorbehoedmiddel dat mij goed beschermt tegen zwangerschap

nhg Huisartsen voor Kwaliteit Samen Sterk — Patiëntenfederatie Nederland — 2021

Je bent bevallen en je wilt nu niet zwanger worden. Misschien in de toekomst wel. Je zoekt een voorbehoedmiddel dat goed beschermt tegen zwangerschap*. Je kunt in de keuzekaart kijken wat het beste bij jou past. De arts of verloskundige kan je helpen bij je keuze. Geef je borstvoeding? Borstvoeding geven helpt om zwangerschap te voorkomen, tot maximaal 6 maanden. Ongeveer 20 van de 1000 vrouwen worden daarbij tóch zwanger. Die kans is nog groter als je minder borstvoeding, of flesvoeding gaat geven. Of als je weer ongesteld bent geworden. Wil je meer zekerheid? Kies dan een voorbehoedmiddel dat goed beschermt tegen zwangerschap. Ook als je borstvoeding geeft, kun je daar al mee beginnen.

Behandelmogelijkheden →	Koperspiraal	Hormoonspiraal	Hormoonstaafje	Prikpil	Minipil	De (gewone) pil
Kans dat je toch zwanger wordt?	Minder dan 5 van de 1000 vrouwen per jaar (als er nooit wat misgaat).					
Zitten er hormonen in?	Geen hormonen	1 soort hormoon: progestageen				2 soorten hormonen: oestrogeen en progestageen
Wat moet jij of de arts doen?	Arts of verloskundige plaatst de spiraal in je baarmoeder, via je vagina. Werkt 5 of 10 jaar (dat hangt af van het type spiraal). Arts haalt het eruit als je een nieuwe nodig hebt of hiermee wilt stoppen.	Arts of verloskunidge plaatst de spiraal in je baarmoeder, via je vagina. Werkt 5 jaar. Arts haalt het eruit als je een nieuwe nodig hebt of hiermee wilt stoppen.	Arts of verloskundige plaatst het staafje onder de huid van je bovenarm. Werkt 3 jaar. Arts haalt het eruit als je een nieuwe nodig hebt of hiermee wilt stoppen.	Arts geeft de prik elke 12 weken. Of je prikt jezelf elke 13 weken. Werkt 12 of 13 weken.	Elke dag rond dezelfde tijd slikken. Geen stopweek.	Elke dag rond dezelfde tijd slikken. Na 3 weken een stopweek. Je kunt ook doorslikken om niet ongesteld te worden.
Invloed op je borstvoeding?	Nee					Je kunt minder borstvoeding aanmaken. Geef dan vaker de borst als je kind erom vraagt.
Invloed op je baby?	Nee, er komt geen hormoon in je borstvoeding.	Nee, er komt geen of bijna geen hormoon in je borstvoeding.				
Invloed op je ongesteldheid?	Je wordt gewoon ongesteld. Kans op meer en langer pijn en bloedverlies als je ongesteld bent, vooral de eerste 3 maanden.	Vaak word je helemaal niet meer ongesteld. Als je wel ongesteld wordt is het bloedverlies minder. Soms heb je onregelmatig een beetje bloedverlies.	De eerste maanden kan je onregelmatig ongesteld zijn. Daarna verdwijnt je ongesteldheid of hou je onregelmatig een beetje bloedverlies.			Je weet precies wanneer je ongesteld wordt. Het bloedverlies is minder en duurt korter. Vaak ook minder pijn. Je kan je ongesteldheid uitstellen.
Invloed op hoe je je voelt?	Geen invloed op hoe je je voelt door hormonen.	De meeste vrouwen voelen zich niet anders. Vooral de eerste 3 maanden: kleine kans op lichte somberheid of minder zin in seks. Het is niet zeker of deze dingen komen door het voorbehoedmiddel.				
Wat zijn andere bijwerkingen en nadelen?	Het plaatsen kan pijn doen. Kleine kans dat er iets misgaat bij het plaatsen: het spiraaltje valt eruit. Of het spiraaltje gaat door de wand van de baarmoeder heen.***	Vooral de eerste 3 maanden kleine kans op: hoofdpijn, acne, haanuitval, pijn in je borsten. Meer afscheiding uit je vagina. Het plaatsen kan pijn doen. Kleine kans dat er iets misgaat bij het plaatsen: het spiraaltje valt eruit. Of het spiraaltje gaat door de wand van de baarmoeder heen.*** Mogelijk iets meer kans op borstkanker.	Staafje blijft je voelen onder je huid. Soms moeilijk weer weg te halen.	Je kunt zwaarder worden. Na stoppen pas na 6 tot 12 maanden weer ongesteld. Als je jonger dan 18 bent: mogelijk zwakkere botten. Mogelijk iets meer kans op trombose.		Vooral de eerste 3 maanden: kleine kans op hoofdpijn, pijn in je borsten, zwaarder worden. Iets meer kans op trombose**, borstkanker en hart- en vaatziekten.
Hoe snel na de bevalling mee beginnen?	Na 6 weken. Beslis met je arts of verloskundige of je wacht tot de borstvoeding is gestopt. De kans dat de spiraal door de wand van de baarmoeder heen gaat is dan kleiner.***	Borstvoeding: na 4 weken. Geen borstvoeding: na 3 weken.	Borstvoeding: na 6 weken. Geen borstvoeding: na 3 weken.		Na 3 weken.	Borstvoeding: na 6 weken. Geen borstvoeding: na 3 weken.
Wanneer kun je na stoppen weer zwanger worden?	Meteen			Kan 6 tot 12 maanden duren voordat je weer zwanger kunt worden.	Meteen	

* Voorbehoedmiddelen die minder goed beschermen tegen zwangerschap staan niet in deze keuzekaart_Voorbehoedmiddelen_tegen_zwangerschap_2022 aanpassingen. Dit zijn: condooms, pessarium en geen seks hebben op vruchtbare dagen (periodieke onthouding). Deze staan in de keuzekaart voorbehoedmiddelen minder hormonen.
** Kies daarom de pillen die de minste kans geven op trombose. De combinatiepillen dat zijn. Andere pillen geven extra kans op trombose. De hormonenspiraal en de hormonenpleister geven mogelijk ook extra kans op trombose.
*** Kans dat de spiraal door de wand van de baarmoeder heen gaat: bij borstvoeding bij 6 op de 1000 vrouwen; bij geen borstvoeding bij 1 op de 1000 vrouwen.
Kijk in de keuzekaart_Voorbehoedmiddelen_tegen_zwangerschap_2022 aanpassingen als wij een voorbehoedmiddel dat mij goed beschermt tegen zwangerschap om andere dingen te vergelijken zoals Wanneer is het minder of niet geschikt?

Deze keuzekaart is te vinden op THUISARTS.NL HULP IN GEZONDHEID

In 2018 beschreven we in H&W de plannen van het NHG om in het kader van samen beslissen hulpmiddelen te ontwikkelen voor specifieke keuzesituaties in de praktijk.[1] In dit artikel bespreken we de stand van zaken anno 2022. De gezamenlijke besluitvorming over medisch-inhoudelijke beslissingen wordt uitgebreid beschreven in het nascholingsartikel van Baghus 'Hoe gebruik je keuzehulpen en keuzekaarten in de spreekkamer?'. Daarnaast is er een nieuwe e-learning Samen beslissen.[2] Samen beslissen is een proces dat in 4 fasen verloopt:

1. Bespreek de wenselijkheid om samen te beslissen met de patiënt.
2. Bespreek de opties voor het beleid met de patiënt.
3. Verhelder de voorkeuren en afwegingen van de patiënt.
4. Neem samen met de patiënt een gemotiveerd besluit.

De tweede fase, het bespreken van de opties, vergt een betrouwbare en neutrale presentatie van alle opties. Om de huisarts hierbij te ondersteunen heeft het NHG keuzekaarten ontwikkeld (voorheen keuzetabellen genoemd). Deze zijn gebaseerd op de eigen standaarden en behandelrichtlijnen en bieden informatie over de opties overzichtelijk aan.[3]

HOE, WAT EN WAAROM?

Uit onderzoek is gebleken dat huisartsen in opleiding vaak opzien tegen samen beslissen in de spreekkamer omdat ze te weinig parate kennis hebben over de beschikbare opties en de voor- en nadelen.[4] De door het NHG ontwikkelde keuzekaarten, die door iedereen vrij te raadplegen zijn op Thuisarts.nl, verlagen die drempel door de opties per onderwerp kort en overzichtelijk samen te vatten. De kaarten kunnen worden gebruikt tijdens het consult zelf, maar ook bij de voorbereiding. Ze geven de huisarts meer zelfvertrouwen bij het bespreken van de diverse opties, zodat deze meer aandacht kan besteden aan de voorkeuren van de patiënt.[5] Bij de patiënt vergroten ze de kennis over de opties, zodat deze minder keuzestress ervaart en tevredener zal zijn over de beslissing.[3]
De keuzekaarten zijn gebaseerd op de *option grids* van Elwyn.[5,6] Ze hebben een vast format en worden gemaakt volgens een vaste leidraad.[7] De kaarten vatten de informatie die voor patiënten relevant kan zijn samen op 1 A4 waarin

CASUS (VERVOLG)

De huisarts vertelt dat er meerdere geschikte anticonceptiemethoden bestaan: koperspiraal, hormoonspiraal, hormoonstaafje, prikpil, minipil en 'gewone' pil. De keuzekaart 'Voorbehoedmiddelen tegen zwangerschap na bevalling' gaat in op deze mogelijkheden. De huisarts geeft aan dat er ook voorbehoedmiddelen bestaan die iets minder goed beschermen tegen zwangerschap, zoals het condoom. Aan de hand van de keuzekaart op Thuisarts.nl bespreken huisarts en patiënt de voor- en nadelen. De huisarts stelt voor dat de vrouw de keuzekaart thuis op haar gemak doorneemt en plant een telefonische afspraak over een week.

alle opties, inclusief afwachtend beleid, aan de orde komen. De opties staan in een tabel met 1 optie per kolom en 1 vraag per rij; het taalgebruik sluit aan bij dat van Thuisarts.nl (B1-niveau). Vaste vragen zijn: 'Hoe werkt het/wat houdt de optie in?', 'Welk effect is te verwachten/in welke mate helpt het?' en 'Welke bijwerkingen en risico's zijn te verwachten? Hoe vaak treden die op?' Per tabel wordt de meest passende formulering bepaald.
Omdat de informatiebehoefte van de patiënt leidend is, worden de keuzekaarten altijd ontwikkeld in samenwerking met patiëntenorganisaties. Deze organiseren vroeg in het ontwikkeltraject vaak een patiëntfocusgroep om andere specifieke vragen op te halen die relevant zijn voor de patiënt. Als een multidisciplinaire of transmuraal bruikbare keuzekaart zinvol lijkt, legt het NHG bij de start van het ontwikkeltraject ook contact met relevante (para)medische beroepsgroepen. Zo is de keuzekaart 'Behandeling bij artrose in de knie' ontwikkeld in samenwerking met orthopeden (NOV), fysiotherapeuten (KNGF) en Patiëntenfederatie Nederland.

VINDBAARHEID EN INTEGRATIE MET ANDERE INFORMATIE

Alle keuzekaarten worden gepubliceerd op Thuisarts.nl en zijn daar zowel via het totaaloverzicht als via de relevante Thuisarts-teksten te vinden. In NHG-Standaarden en -Behandelrichtlijnen waarop een keuzekaart van toepassing is, staat in de hoofdtekst onder het kopje Thuisarts.nl een standaardzinnetje met een directe link naar de keuzekaart. Op richtlijnen.nhg.org staat naast de richtlijn in de rechter kolom een rechtstreekse link naar de keuzekaart, onder het kopje 'gedeelde besluitvorming'. Om de integratie met andere Thuisarts-informatie te verhogen, bevatten de keuzekaarten links naar andere teksten en filmpjes op Thuisarts.nl (zie bijvoorbeeld Behandelingen bij artrose in de knie, met links naar adviezen over afvallen en naar een filmpje over actief bewegen).

DE KERN

- Keuzekaarten bieden ondersteuning aan huisarts en patiënt bij samen beslissen, en kunnen zowel tijdens het consult als ter voorbereiding op het consult worden gebruikt.
- Keuzekaarten presenteren alle opties (inclusief afwachtend beleid) die relevant zijn voor de patiënt overzichtelijk en begrijpelijk op 1 A4.
- Alle keuzekaarten zijn te vinden op Thuisarts.nl en het aanbod wordt de komende jaren gestaag uitgebreid.

ONDERSCHEID MET CONSULTKAARTEN, KEUZEHULPEN EN RICHTLIJNTABELLEN

Een product voor de tweede lijn dat vergelijkbaar is met de keuzekaarten zijn consultkaarten, ontwikkeld door het Kennisinstituut Medisch Specialisten samen met Patiëntenfederatie Nederland (Consultkaart.nl). Om naamsverwarring te voorkomen en de informatievoorziening beter af te stemmen op de gebruikers, worden sinds juni 2022 alle consultkaarten en keuzekaarten samen gepubliceerd op Thuisarts.nl onder de naam 'keuzekaarten'; de titel geeft aan om welke keuzesituatie het gaat. De kaarten zijn direct gekoppeld aan de relevante tekst(en) op Thuisarts.nl, voor een deel is dat dus tweedelijns patiënteninformatie. [**Kader 1**] geeft voorbeelden van keuzekaarten die toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk.

KADER 1
EEN SELECTIE VAN EERSTELIJNS KEUZEKAARTEN OP THUISARTS.NL

- Artrose in de knie
- Diabetes type 2
- Migraine
- Miskraam
- Stoppen met roken
- Voorbehoedmiddel tegen zwangerschap
- Voorbehoedmiddel tegen zwangerschap na bevalling
- Voorbehoedmiddel zonder hormonen
- Zwangerschap buiten de baarmoeder
- Overgang (3 keuzekaarten voor 3 doelgroepen)

Te verschijnen in 2022:

- Carpaletunnelsyndroom (in samenwerking met NVN)
- Lagerughernia (in samenwerking met NVN)

Voor een actueel overzicht van alle keuzekaarten zie www.thuisarts.nl/keuzekaart.

Keuzekaart in beeld

OVERZICHT KEUZES

Behandelingen bij Artrose in de Knie

Als het kraakbeen in de knie verandert, kan dit zorgen voor een stijf gevoel en pijn.
Dit heet artrose in de knie.

Er zijn verschillende behandelingen mogelijk.
Deze kaart laat 5 verschillende behandelingen zien.
De arts praat met u over de verschillende behandelingen.
Samen met de arts maakt u een keuze welke behandeling het beste bij u past of mogelijk is.
De kaart laat zien wat de behandeling is, hoe lang de behandeling is en welke gevolgen dit heeft voor u.

A KEUZE: Uw manier van leven veranderen

B KEUZE: Fysiotherapie/oefentherapie

C KEUZE: Pijnstillers

D KEUZE: Prik in uw knie

E KEUZE: Een kunstknie

VOOR operatie NA operatie

meer informatie: www.reumazorgnederland.nl

Keuzekaarten vergroten de kennis over de opties bij de patiënt, zodat deze minder keuzestress ervaart en tevredener zal zijn over de beslissing.

Foto: Shutterstock

Op Thuisarts.nl zijn ook keuzehulpen voor de patiënt te vinden. Deze zijn veel omvangrijker en interactiever dan de keuzekaarten.[8]
Diverse standaarden en behandelrichtlijnen van het NHG bevatten tabellen met vergelijkende informatie over behandelopties. Deze onderscheiden zich van keuzekaarten omdat ze primair bedoeld zijn voor de huisarts. Zie bijvoorbeeld de tabellen in de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen over de behandelopties bij actinische keratose, ziekte van Bowen en basaalcelcarcinoom. Deze tabellen zijn niet ontwikkeld in samenwerking met een patiëntenorganisatie en daarvan staat geen patiëntenversie op Thuisarts.nl, dus het zijn geen keuzekaarten.

CASUS (VERVOLG)

Tijdens de telefonische afspraak vraagt de huisarts waar de voorkeur van de patiënt naar uitgaat en of ze voldoende informatie heeft om een goede keuze te maken. De patiënt geeft aan dat ze de keuzekaart heeft bekeken en er met een vriendin over heeft gesproken. Ze heeft nog een vraag over de kosten van de verschillende opties, omdat ze deze niet vergoed krijgt. Haar voorkeur gaat uit naar de 'gewone' pil, omdat ze hier eenvoudig mee kan stoppen als ze opnieuw zwanger wil worden en de kosten laag zijn. De huisarts vraagt de patiënt of het haalbaar is dagelijks de pil te slikken, stuurt een recept naar de apotheek en biedt over 3 maanden een consult aan om de tevredenheid te evalueren.

VERDERE ONTWIKKELING

De eerste keuzekaarten werden ontwikkeld vanuit 2 uitgangspunten: als samenwerkingspilot of omdat het de werkgroep

KADER 2

DE 12 KEUZEKAARTEN WAARAAN HET MEEST BEHOEFTE IS

- Behandeling van recidiverende cystitis bij gezonde, niet-zwangere vrouwen > 12 jaar
- Onderhoudsbehandeling van preventieve jichtartritis
- Behandeling van aspecifieke mictieklachten bij mannen
- Behandeling van obesitas bij kinderen
- Behandeling van obesitas bij volwassenen
- Behandeling van cystitis bij gezonde, niet-zwangere vrouwen zonder weefselinvasie of eerdere pyelonefritis
- Behandeling van subacromiaal pijnsyndroom en glenohumerale klachten
- Behandeling van urgency-incontinentie bij vrouwen
- Behandeling van actinische keratose
- Aanvalsbehandeling van migraine bij volwassenen
- Behandeling van acne
- Behandeling van slapeloosheid

van de betreffende NHG-Standaard een goed idee leek. Dit leidde tot een willekeurige keuze van onderwerp. Eind 2019 zijn alle activiteiten rondom keuzekaarten geclusterd in een Programma keuzekaarten. Daarna zijn het ontwikkelproces en de samenwerking tussen de afdeling Richtlijnontwikkeling, Thuisarts.nl en Patiëntenfederatie Nederland verder gestroomlijnd. Omdat de middelen niet onbeperkt zijn, is voorlopig besloten om binnen dit programma maximaal 4 keuzekaarten per jaar te maken. Dat leidde tot de vraag aan welke keuzekaarten huisartsen en patiënten het meest behoefte hebben. Najaar 2020 hebben we de voorkeurgevoeligheid van alle ruim 4400 aanbevelingen in de 90 NHG-Standaarden en 45 NHG-Behandelrichtlijnen geïnventariseerd [**online figuur**]. We definieerden een aanbeveling als niet-voorkeurgevoelig indien er sprake was van:

1. 'medische noodzaak of verantwoordelijkheid' tot diagnostiek of behandeling
2. een (medicamenteus) stappenplan waarin de opeenvolgende stappen in belangrijke mate vastliggen (of en wanneer de patiënt toe is aan een volgende stap wordt dan natuurlijk wel in overleg bepaald).

Op basis van deze werkdefinitie bleek ruim 30% van de aanbevelingen bij uitstek voorkeurgevoelig (score 4 of 5). Vervolgens beoordeelden beide auteurs (AB en GvdW) in welke voorkeurgevoelige keuzesituaties een keuzekaart meerwaarde zou kunnen hebben die er nog niet was of nog niet werd ontwikkeld. De groslijst van 77 kandidaat-keuzekaarten die daaruit voortkwam, legden we voor aan 26 praktiserende huisartsen, 6 huisartsen in opleiding en Patiëntenfederatie Nederland, met de vraag de lijst te prioriteren. Zo kwamen we tot 12 keuzesituaties waarin zowel zorgverleners als patiënten grote behoefte aan een keuzekaart hebben [**kader 2**]. Deze lijst zal de komende jaren richting geven aan de ontwikkeling van nieuwe keuzekaarten, in principe parallel aan de herziening van de betreffende richtlijn. Op dit moment is bijvoorbeeld een keuzekaart over mictieklachten bij mannen in ontwikkeling.

Naast de keuze van nieuwe keuzekaarten zijn er nog de nodige andere ontwikkelvragen. We noemen er een paar.

- Welke bijwerkingen en risico's of complicaties vermelden we, en hoe? Vermelden we ook zeldzame maar ernstige complicaties, of langetermijnbijwerkingen waarvoor wel aanwijzingen zijn, maar waarover nog onzekerheden bestaan?
- Wat is de meest informatieve en begrijpelijke manier om informatie te geven over de grootte van effecten, bijwerkingen en risico's?
- Wat is de meest gebruiksvriendelijke presentatie? Moet er naast een printbare pdf-versie ook een webbased keuzekaart komen?
- Hoe bereiken we ook laaggeletterden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Voor hen is een 'keuzekaart in beeld', zoals onder andere ontwikkeld door Pharos, misschien bruikbaarder. Keuzekaarten in beeld, bijvoorbeeld over knieartrose of stoppen met roken, zijn eveneens opgenomen in het totaaloverzicht op Thuisarts.nl.
- Meer inzicht krijgen in gebruik en effect van de keuzekaarten.

Sinds de eerste plannen uit 2018 is er inmiddels een flink aantal keuzekaarten beschikbaar op Thuisarts.nl. Met de huidige meer programmatische aanpak streven we naar een set keuzekaarten voor situaties waarin de grootste behoefte bestaat om het proces van samen beslissen te vergemakkelijken. ■

LITERATUUR

1. Van der Weele G, Burgers J. Hulp van NHG-Standaarden bij gedeelde besluitvorming. Huisarts Wet 2018;61:25-8.
2. Jacobi F, Hugenholtz M. E-learning Samen beslissen. Utrecht: NHG, 2021.
3. Scalia P, Durand MA, Berkowitz JL, Ramesh NP, Faber MJ, Kremer JA, et al. The impact and utility of encounter patient decision aids: Systematic review, meta-analysis and narrative synthesis. Patient Educ Couns 2019;102:817-41.

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

Lees ook 'Hoe gebruik je keuzekaarten en keuzehulpen in de spreekkamer?', Baghus A, Timmerman A, Giroldi, Van der Kraan J, Van der Weele G, Van der Weijden T. Huisarts Wet 2022;65(12):36-9. DOI:10.1007/s12445-022-2108-4.

Van der Weele GM, Baghus A. Welke rol spelen keuzekaarten bij samen beslissen? Huisarts Wet 2022;65(12):10-3. DOI:10.1007/s12445-022-2103-9.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. Gerda van der Weele, senior wetenschappelijk medewerker en programmaleider keuzekaarten, g.vanderweele@nhg.org.
Universiteit Maastricht, CAPHRI, Vakgroep Huisartsgeneeskunde: Anouk Baghus, aioto huisartsgeneeskunde.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De effectiviteit en veiligheid van leefstijlinterventies bij hart- en vaatziekten

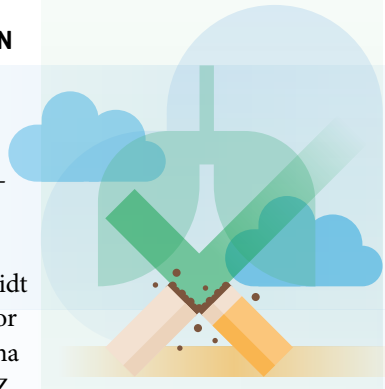
Tinka van Trier, Nieky Mohammadnia, Marjolein Snaterse, Ron Peters, Harald Jørstad, Willem Bax

Een gezonde leefstijl vormt de basis van primaire en secundaire preventie van hart- en vaatziekten (HVZ). Dit belang wordt benadrukt in alle relevante richtlijnen. De praktijk is echter weerbarstig. Patiënten krijgen suggesties voor leefstijlinterventies waarvan een deel niet effectief en sommige zelfs contraproductief zijn. Leefstijlinterventies verdienen eenzelfde beoordeling op effectiviteit en veiligheid als andere medische interventies. Om de kans op succesvolle leefstijlverandering te vergroten, bespreken we de mogelijkheden en de wetenschappelijke onderbouwing daarvan om patiënten zo goed mogelijk te begeleiden.

Preventieve zorg is zinvol bij mensen met alle niveaus van cardiovasculair risico, maar in het algemeen geldt: hoe groter het absolute cardiovasculair risico, des te groter het absolute effect van een leefstijl- of medicamenteuze interventie. Preventieve zorg begint met het schatten van het individuele cardiovasculaire risico. Dat kan berekend worden op 10-jaars- of levenslange termijn met verschillende risicoscores, alle te vinden via https://u-prevent.com. Om de kans op een succesvolle leefstijlinterventie te vergroten, is het van belang deze aan te passen aan de behoefte en achtergrond van de patiënt. Veel onderzoeken naar leefstijlinterventies negeren de verschillen in effectiviteit bij specifieke groepen, terwijl het gemiddelde effect waarschijnlijk minder belangrijk is dan het onderscheiden van doelgroepen met een grote succeskans.[1] Wanneer we een wetenschappelijk onderbouwde leefstijlinterventie voor de juiste doelgroep kiezen, kunnen we vergeefse of zelfs schadelijke pogingen zo veel mogelijk voorkomen.

STOPPEN MET ROKEN

Stoppen met roken is verreweg de meest kosteneffectieve en misschien wel belangrijkste maatregel ter preventie van HVZ.[2] Stoppen met roken leidt op ieder moment, voor jong en oud, voor of na het ontstaan van HVZ, tot een betere levensverwachting.



Zelfs een vermindering van 5 sigaretten per dag na een acuut hartinfarct hangt samen met een 18% lagere kans op overlijden binnen 13 jaar.[3] De helft van de rokers stopt direct, blijvend en zonder begeleiding na een hartinfarct, maar helaas lukt dat de andere helft niet.[4] Deze laatsten behoren tot de patiënten die een lage slagingskans hebben om (alsnog) te stoppen, wat niet zelden samengaat met een slechte regulering van andere risicofactoren. Daarmee is ook het risico op een nieuw event hoog en is een integrale aanpak van het cardiovasculair risicomanagement geïndiceerd. Een simpel stopadvies van een zorgverlener, zonder verdere begeleiding, verhoogt de absolute stopkans al met 2-3%. Die succeskans kan eenvoudig nog groter worden door de patiënt een *very brief advice* te geven, een bewezen effectieve interventie van 30 seconden. Die bestaat uit drie A's: Achterhalen (vraag naar rookgedrag), Adviseren (adviseer de beste methode om te stoppen) en Arrangeren (assisteer iemands stopplan en bied praktische hulp).[5] De grootste kans op succes is te verwachten bij een combinatie van korte gedragsondersteuning met medicatie.[6] Ondanks de bewezen effectiviteit neemt in Europa slechts 5% van de blijvende rokers na een hartinfarct deel aan een stopprogramma, en gebruikt slechts 10% medicatie.[7] Medicamenteuze opties kunnen bestaan uit nicotinevervangers in verschillende vormen (kauwgom, pleister, zuigtabletten, inhalatoren of een spray), die alle even effectief zijn.[8] De kans op succes is nog groter met een combinatie van 2 types nicotinevervangende middelen, bijvoorbeeld pleisters voor continue afgifte, gecombineerd met kauwgom bij piekbehoeften.[9] Buproprion is net zo effectief als een nicotinevervanger, en varenicline is net

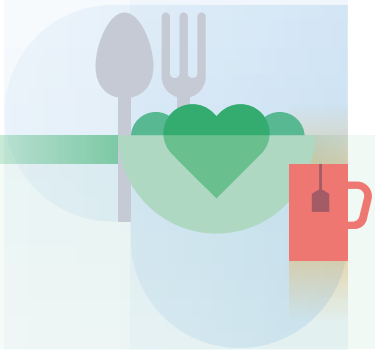
zo effectief als 2 nicotinevervangers gecombineerd. Vanwege de kosten is varenicline volgens de NHG-Standaard Stoppen met roken echter een middel van tweede keus.[5,9,10] Het gebruik van e-sigaretten is mogelijk effectiever dan nicotinevervangende middelen om te stoppen met roken, maar de cardiale en pulmonale nadelen daarvan behoeven meer onderzoek.[11,12] Er is geen bewijs dat alternatieve behandelingen, zoals acupunctuur, acupressuur, lasertherapie, hypnotherapie of elektrostimulatie, helpen bij het stoppen met roken.[12]

GEWICHTSVERLIES

In Nederland heeft 14% van de volwassenen obesitas (BMI > 30), ongeveer 2,5 keer meer dan in de jaren 80 van de vorige eeuw.[13] De toename van obesitas dreigt de gezondheidsvoordelen van het teruggedrongen roken te overschaduwen.[14] Gewichtsverlies wordt geadviseerd tot een BMI van tussen de 20-25 is bereikt. Bij patiënten met HVZ en obesitas, zeker in combinatie met hypertensie, luidt het advies om regelmatig te screenen op slaapproblemen, en eventueel te verwijzen voor onderzoek naar slaapapneu.[15] Gewichtsverlies hangt sterk samen met een verbetering van metabole risicofactoren (hypertensie, dyslipidemie, diabetes mellitus type 2) en het verlagen van risico op HVZ en vroegtijdig overlijden. Er zijn echter geen gerandomiseerde onderzoeken die een direct verband hebben aangetoond tussen gewichtsverlies via een leefstijlinterventie en een verlaagde kans op cardiovasculaire voorvallen.[16] Dit komt mogelijk doordat patiënten een dieet in veel gevallen niet langer dan een jaar volhouden, of omdat een dieet zelfs leidt tot gewichtstoename op de lange termijn.[17] Om de succeskans op de lange termijn bij hoogrisicopatiënten te verhogen, kan medicatie (liraglutide, orlistat of bupropion/naltrexon) ter aanvulling van een leefstijlinterventie worden overwogen, vanwege het effect op de bloeddruk, glucosecontrole en cardiovasculaire mortaliteit.[18] De NHG-Standaard Obesitas beveelt geen medicamenteuze therapie aan voor obesitas, in tegenstelling tot de recente Europese cardiologische richtlijn.[15] Behandeling met medicatie wordt vergoed uit het basispakket voor patiënten met een BMI > 30 die al deelnemen aan een gecombineerde leefstijlinterventie. Bariatrische chirurgie is geïndiceerd bij patiënten met een zeer hoog BMI (> 35) in combinatie met 1 of meer gewichtsgerelateerde gezondheidsproblemen.[19]

GEZONDE VOEDING

Het is lastig om een (gerandomiseerde) dieetinterventie precies te controleren in grote groepen, vooral op de lange termijn. De meeste aanwijzingen voor gezonde voeding zijn daarom verkregen uit retrospectieve of prospectieve observaties. Voor het verlagen van het HVZ-risico is het belangrijk de inname van verzadigd vet (dierlijke producten) en transvet (frituur en gebak) te beperken, en meer onverzadigd vet (plantaardige olie) te consumeren. Deze balans in vetinname heeft een gunstig effect op het lipidenprofiel. De bloeddruk reageert gunstig op voeding die rijk is aan kalium (groente en fruit) en laag in zout (NaCl < 5 g/dag). Verder draagt het verminderen van de suikerinname (< 10% van de totale energie-inname) bij aan het verlagen van het risico op HVZ.[15] Hoewel eerdere epidemiologische onderzoeken suggereerden dat er een beschermend effect uitgaat van lichte tot matige alcoholconsumptie, laten recente meta-analyses zien dat het zowel voor mannen als vrouwen beter is om zo min mogelijk (< 10 glazen per week) te drinken.[20] De genoemde kenmerken van gezonde voeding worden gecombineerd in het mediterrane dieet en het DASH-dieet (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*). Het mediterrane dieet hangt samen met minder recidiverende hartinfarcten, cardiale dood en algemeen sterfterisico tot 4 jaar na een eerste hartinfarct.[21,22] Het DASH-dieet is rijk aan fruit en groenten, beperkt in dierlijke producten, en verzadigd en transvet. Het DASH-dieet is, zeker in combinatie met een verminderde zoutinname, effectief in het verlagen van de bloeddruk.[23]



DE KERN

- Een ongezonde leefstijl komt veel voor en hangt sterk samen met het ontstaan en verergeren van hart- en vaatziekten.
- Focus bij een leefstijlinterventie op patiënten met een hoog cardiovasculair risico en uit een specifieke doelgroep met een grote kans op succes.
- Leefstijldoelen die voor alle individuen gelden zijn: niet roken, BMI 20-25, fysieke activiteit ≥ 30 min 5 keer/week, een gezond en gevarieerd dieet (dat langdurig vol te houden is) en een goede mentale gezondheid.
- Een acute ziekenhuisopname of ingreep biedt een unieke kans om leefstijlverandering in gang te zetten en om er vervolgens regelmatig op terug te komen.
- De grootste kans op succesvolle leefstijlverandering ontstaat door patiëntgerichte, motiverende communicatie, de partner of familie erbij te betrekken, realistische doelen te formuleren en multidisciplinaire begeleiding, allemaal vaak voor langere tijd.

Bij vrouwen van middelbare leeftijd is een relatie aangetoond tussen het volgen van het DASH-dieet en een verlaagd risico op HVZ.[24] Er is echter nog geen gerandomiseerd onderzoek gepubliceerd. Een gewoonte van periodiek vasten wint de laatste tijd aan populariteit, zowel voor gewichtsverlies als ter preventie van vasculaire, metabole en oncologische ziekten. Onderzoeken laten echter nog onvoldoende bewijs zien dat de veelbelovende resultaten op cel- en muisniveau zich laten vertalen in gezondheidsvoordelen voor mensen. Het gewichtsverlies dat ermee bereikt wordt is vergelijkbaar met andere diëten, van tijdelijke aard en kan gepaard gaan met verlies van spiermassa.[25,26] Concluderend zijn er duidelijke aanwijzingen uit observationeel onderzoek over de effecten van (on)gezonde voeding, maar gerandomiseerd onderzoek laat zien dat alleen het mediterrane dieet samenhangt met een lager HVZ-risico.

LICHAMELIJKE (IN)ACTIVITEIT

Lichamelijke inactiviteit is op 2 manieren schadelijk: zowel een gebrek aan fysieke inspanning als te lang zitten hangen samen met HVZ en vroegtijdig overlijden.[27] Over het algemeen geldt voor lichamelijke activiteit 'hoe meer, hoe beter'.[28,29] Het is daarom aan te raden om minimaal 5 keer per week 30 minuten aan hartslagverhogende activiteiten te doen, gecombineerd met minimaal 2 keer per week krachtoefeningen (en bij ouderen balansoefeningen). Bovendien is het evenzo belangrijk om de zittende tijd te minimaliseren.[30] Wanneer dit niet haalbaar is, is het aan te raden om zo actief mogelijk te zijn als de gezondheid toestaat door lichamelijke activiteit in te bouwen in het dagelijks leven. Het risico op cardiale complicaties, zoals ritmestoornissen of een hartinfarct tijdens het sporten, is minimaal.[31,32] Patiënten die niet gewend zijn om te bewegen en cardiovasculaire risicofactoren hebben, moeten de fysieke activiteit langzaam opbouwen. Vanwege het kleine risico en de grote gezondheidsvoordelen worden fysieke inspanning en sport dus ook geadviseerd bij patiënten met coronairlijden.[32] Een fietstest kan van toegevoegde waarde zijn om het conditionele niveau vast te stellen, de veiligheid van sporten te demonstreren, eventuele bewegingsangst weg te nemen en een trainingsadvies op maat te geven.[32,33] Het is belangrijk om een vorm van bewegen te kiezen die de patiënt leuk vindt en past in diens dagelijkse routine, zodat hij deze langdurig kan volhouden. Digitale ontwikkelingen bieden mogelijkheden om de patiënt hierin op afstand, langdurig en op persoonlijke wijze te kunnen opvolgen en begeleiden.[34]

PSYCHOSOCIALE STRESS

Behandeling van stress, angst of depressieve klachten is belangrijk voor het verbeteren van de cardiovasculaire gezondheid. Ten eerste volgt dit uit een directe biologische dosisresponsrelatie tussen psychosociale stress en HVZ.[35,36] Ten tweede kan stress samengaan met slaapproblemen, die onafhankelijk samenhangen met HVZ.[37] Daarnaast bestaat er een correlatie tussen psychosociale stress en een ongezonde leefstijl, die bovendien een barrière vormt voor gedragsverandering en therapietrouw.[38-40] Hoewel patiënten met mentale problemen dus een hoger cardiovasculair risico hebben, worden de traditionele cardiovasculaire risicofactoren bij patiënten met mentale problemen vaak juist minder goed behandeld.[41] Meerdere gerandomiseerde onderzoeken tonen aan dat therapie gericht op stressmanagement, eventueel geïntegreerd in de hartrevalidatie, kan leiden tot een vermindering van cardiale complicaties en sterfte.[42,43] Behandeling van een depressie bij patiënten met coronairlijden, zowel met psychotherapie als medicatie, geeft betere cardiale uitkomsten en een lagere sterfte.[44-46] Gezien het belang van mentale gezondheid voor patiënten met HVZ raadt de meest recente Europese richtlijn voor preventie van HVZ aan om patiënten te screenen op psychische klachten.[15] Een recent prospectief cohortonderzoek met een mediane follow-up van 8,4 jaar liet zien dat screening op depressie een positief effect heeft op het verminderen van cardiovasculaire complicaties.[47] Daarvoor kan bijvoorbeeld de 'VierDimensionale KlachtenLijst' worden gebruikt, een in Nederland gevalideerd screeningsinstrument voor psychosociale en psychiatrische problematiek. In het geval van significante symptomen van depressie, angst of agitatie is een verwijzing naar psychotherapie of collaborative care geadviseerd, ook om het HVZ-risico te verlagen.[45,46]

TIPS VOOR EEN GROTERE (EN LANGDURIGE) KANS OP SUCCES

De oorzaken van een ongezonde leefstijl liggen grotendeels buiten bereik van zorgverleners, en beleidsmakers kunnen in dit verband van betekenis zijn door een gezonde leefomgeving te creëren waarin gezonde keuzen makkelijk nageleefd en volgehouden kunnen worden.[48] Zorgverleners verkeren ook in een unieke positie omdat ze in direct contact staan met individuele patiënten, wat essentieel is voor het stimuleren van de motivatie en inzet. Gedragsverandering wordt bereikt door motiverende gespreksvoering en het uitvragen van gedachten, ideeën en waarden over gezonde leefgewoonten.[49] De verbinding met het verhaal van de patiënt kan versterkt worden door een goede voorbereiding, aandachtig te luisteren, overeenstemming te vinden over wat het belangrijkst is en aandacht te schenken aan emoties.[50]

STOPPEN MET ROKEN

Effect: Stoppen met roken na hartinfarct leidt tot 37% lager risico op vroegtijdig overlijden.[3]

Advies:

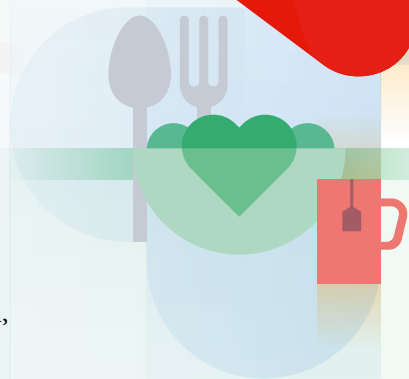
- Adresseer rookgedag met het '*very brief advice*' (*Ask, Advise, Assist*).
- Combineer gedragsondersteuning met medicatie.

LICHAMELIJKE (IN)ACTIVITEIT

Effect: Lichamelijke activiteit 150 min/week geeft een 14% lager risico op HVZ-events.[29]

Advies:

- Integreer fysieke activiteit in het dagelijks leven en minimaliseer de zittende tijd.
- De voordelen van sport wegen ruimschoots op tegen de minimale risico's op cardiale complicaties.



GEWICHTSVERLIES

Effect: Interventies leiden tot 18% lager risico op vroegtijdig overlijden, maar niet significant tot lagere sterfte door HVZ.[16]

Advies:

- Focus op succeskans op langere termijn door langdurige begeleiding.
- Overweeg medicatie en bariatrische chirurgie bij ernstige obesitas.

GEZONDE VOEDING

Effect: Het mediterraan dieet is geassocieerd met 29% en 73% lager risico op HVZ-events, respectievelijk ter primaire preventie en secundaire preventie van HVZ.[21,22]

Advies:

- Focus op het langdurig volhouden van een gezond voedingspatroon.

PSYCHOSOCIALE STRESS

Effect: Stressmanagement leidt tot 41% lager risico op HVZ-events.[42]

Advies:

- Behandeling van stress, angst en depressie is essentieel voor gedragsverandering en therapietrouw.

Illustraties: StudioWiegers

Het SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden)-principe helpt bij het stellen van realistische leefstijldoelen, die aansluiten bij de behoeften en het dagelijks bestaan van de patiënt.[51] De NHG-zorgmodules Leefstijl over roken, alcohol, bewegen en voeding bieden handvatten voor een plan van aanpak.[52] Wanneer de partner bij de leefstijlverandering wordt betrokken, resulteert dat in een hogere slagingskans.[53,54] Interventies waarbij multidisciplinaire zorgverleners betrokken zijn die zich op meerdere leefstijlgewoonten richten, verhogen de kans op therapietrouw en verlagen het risico op cardiale complicaties en dood door HVZ.[55] Begeleiding door verpleegkundigen verbetert het cardiovasculaire risicofactorprofiel en medicatiegebruik in de eerste en tweede lijn.[54,56] Hetzelfde geldt voor praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk.[57] Een acute complicatie, ingreep of hospitalisatie voor HVZ is een kans om patiënten te motiveren voor verandering. Dit begint al in het ziekenhuis, waarbij voor het ontslag een verandering van leefgewoonten besproken en bij voorkeur geïnitieerd moet zijn. Vrijwel alle richtlijnen benadrukken dat leefstijl niet vaak genoeg besproken kan worden. Ieder contactmoment, zoals tijdens de hartrevalidatie of een praktijkbezoek, is een kans om leefgewoonten te bespreken, terug te komen op voorgenomen doelen en begeleiding aan te bieden. Het feit dat de helft van de rokers na een levensbedreigende complicatie van HVZ blijft roken en de vele voorbeelden uit de literatuur waarbij de met leefgewoonten behaalde winst slechts kort wordt behouden, reflecteren de weerbarstige dagelijkse praktijk.[4,17] Hoewel de exact benodigde 'dosis' en intensiteit niet bekend zijn en per individu verschillen, ondersteunt die literatuur de gedachte dat langduriger contact nodig is om veranderingen in leefgewoonten en verbetering in therapietrouw te bereiken.[1,58] De belangrijkste uitdagingen bij leefstijlverandering vormen dan ook de succesvolle implementatie van programma's en interventies, en het langdurig volhouden van effectieve activiteiten.

Lees ook het artikel 'Huisarts en beweegadvies – waar wachten we op?' Assendelft WJJ. Huisarts Wet 2022;65(12):28-31.

CONCLUSIE

Gezien de hoge prevalentie van ongezonde leefgewoonten en het sterke verband met HVZ, is het van belang om stevig in te zetten op stoppen met roken, behoud van een BMI van 20-25, gezonde en gevarieerde voeding, genoeg beweging en een goede mentale gezondheid. Verandering van leefgewoonten is complex en vergt veel aandacht van zowel patiënt als zorgverlener, maar de winst kan groot zijn wanneer een bewezen effectieve interventie wordt ingezet bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico, in een specifieke doelgroep met een grote kans op succes. Tijdens een ziekenhuisopname en direct erna moet leefstijlverandering worden besproken en gestart, naast preventieve medicatie. Het is van belang om hier tijdens hartrevalidatie en bij praktijkbezoek op terug te komen. De kans op succes is het grootst wanneer verbindende, patiëntgerichte communicatie wordt ingezet en de patiënt en diens familie worden gemotiveerd om concrete en haalbare doelen te formuleren. Begeleiding is bij voorkeur multidisciplinair van aard en vaak voor langere tijd nodig, om terugval te voorkomen.
Bij een effectieve preventieve interventie ontstaan er idealiter geen nieuwe events, en is het succes voor de patiënt en zorgverlener daarmee minder direct zichtbaar. Toch is juist dát het doel van preventie: voorkomen blijft beter dan genezen. ■

Van Trier TJ, Mohammadnia N, Snaterse M, Peters RJG, Jørstad HT, Bax WA. De effectiviteit en veiligheid van leefstijlinterventies bij hart- en vaatziekten. Huisarts Wet 2022;65(12):14-8. DOI:10.1007/s12445-022-2121-7.
Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Cardiologie, Hartcentrum, Amsterdam: T.J. van Trier, arts-onderzoeker, t.j.vantrier@amsterdamumc.nl; M. Snaterse, postdoc-onderzoeker; R.J.G. Peters, cardioloog; H.T. Jørstad, cardioloog. Radboud universitair medisch centrum, afdeling Cardiologie, Nijmegen: N. Mohammadnia, arts-onderzoeker. Noordwest Ziekenhuisgroep, afdeling Interne Geneeskunde, Alkmaar: W.A. Bax, internist-nefroloog.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

LITERATUUR

1. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2010;122:406-41.
2. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation 2010;121:750-8.
3. Gerber Y, Rosen LJ, Goldbourt U, Benyamini Y, Drory Y, Israel Study Group on First Acute Myocardial I. Smoking status and long-term survival after first acute myocardial infarction a population-based cohort study. J Am Coll Cardiol 2009;54:2382-7.

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

Geen netwerk zonder huisarts

Frank van Wijck, Annemarije Kruis

Transmurale netwerkzorg is volgens hoogleraar Henk Schers hét grote zorgthema voor de komende jaren. Netwerkvorming is cruciaal in de situatie waarin steeds meer zorgverleners bij de (chronische) patiënt betrokken zijn. Maar het netwerk gaat over meer dan zorg alleen. Een onderwerp als leefstijl moet wel worden geadresseerd, maar dit hoort niet in de zorg te gebeuren.

In zijn recente oratie beschrijft Schers dat de basis van het huisartsenvak – het gesprek tussen huisarts en patiënt – hetzelfde blijft, maar dat de zorgvragen waarmee de huisarts bezig is wel veranderen. 'Ik verander dus een beetje', vertelt hij, 'van het orakel in de spreekkamer naar de medisch netwerkspeler in de wijk'. Het begrip netwerk vormt het centrale thema in zijn leeropdracht. En in zijn oratie schetst hij aan de hand van patiënt Jan, een oudere man met multimorbiditeit, dat de verschillende zorgverleners die bij de zorg voor complexe patiënten betrokken zijn elkaar niet altijd vinden en niet altijd goed met elkaar (kunnen) samenwerken.

'Ik verander een beetje van het orakel in de spreekkamer naar de medisch netwerkspeler in de wijk'

Het antwoord van Schers op de vraag hoe dit moet worden opgelost, is duidelijk: 'Dé oplossing is er niet'. Hij legt uit: 'Soms is onduidelijk voor de patiënt wat die van wie kan verwachten op welk moment in zijn behandeltraject. Oncologische behandeling is een goed voorbeeld van hoe groot die onduidelijkheid kan zijn. Daarbij zijn veel professionals betrokken en het vergt nogal wat om die op basis van dezelfde patiëntinformatie met elkaar te laten samenwerken. Ze zitten ieder in hun eigen koker.'
Die onduidelijkheid verklaart ook waarom dubbele diagnostiek wordt verricht. 'Daaraan maken wij ons als huisartsen ook schuldig', zegt hij. 'Het gekke is dat de digitalisering ons daarbij soms juist verder uit elkaar drijft. Systemen sluiten niet op elkaar aan, er is onduidelijkheid over welke informatie mag worden gedeeld, en daardoor wordt de verbinding niet gelegd.'

Continuïteit

Schers is gepromoveerd op continuïteit in de zorg. 'Ik denk dat we daarbij nog te weinig door de ogen van de patiënt kijken', zegt hij. 'Persoonlijke continuïteit doet er écht toe. Ook binnen de beroepsgroep hoor ik vaker dat het niet uitmaakt door welke huisarts de patiënt gezien wordt, als deze maar beschikt over de juiste medische informatie. Maar heel vaak maakt het wél uit. Daar mogen we best meer oog voor hebben, ook als het onszelf soms wat minder goed uitkomt. Het belang van de eigen huisarts zie ik ook als een kwetsbare patiënt op de huisartsenpost terechtkomt. Vaak is het complex, en vaak wordt dan verwezen. Dat begrijp ik, maar regelmatig gaat de patiënt dan een cascade van verschillende zorgnetwerken in. In een aantal gevallen zou dat niet zijn gebeurd als dezelfde patiënt door de eigen huisarts was gezien. Ik denk in zulke gevallen vaak: hadden ze me maar even gebeld voor overleg. Die telefoon heb ik toch altijd bij me. Nadenken over een flexibelere bereikbaarheid van de eigen huisarts in het netwerk zou goed zijn voor de patiënt en prettig voor de dienstdoende collega. Ook zou er structureel ruimte in het HIS moeten zijn voor behandelwensen. Het gehannes met extra formulieren werkt niet.'
Hij vervolgt: 'Om nog even bij oncologische zorg te blijven: vanuit het patiëntperspectief bezien is het vreemd dat de huisarts niet weet wat het ziekenhuis verwacht. Hij ontvangt wel een brief van het ziekenhuis, maar daarin staat vooral wat er is gebeurd en gaat gebeuren, maar zelden wat van de huisarts wordt verwacht of wat met de patiënt is afgesproken over contact met de huisarts.'

Zorg verschuiven

Het netwerk vertoont dus meerdere gebreken. 'Als het om beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg gaat moeten we nadenken over de vraag hoe we dat beter kunnen vormgeven', zegt Schers. 'Misschien moeten we daarin als huisartsen meer in the lead zijn, maar ook verantwoordelijkheid nemen. Ik vind het onbestaanbaar

Henk Schers is unithoofd patiëntenzorg bij de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc in Nijmegen. Daarnaast werkt hij als huisarts in het academisch gezondheidscentrum Thermion in Lent. Hij is voorzitter van de Verenigingsraad van het NHG en was tot voor kort voorzitter van het netwerk Regio Nijmegen op Eén Lijn.
Op 1 maart 2021 is Schers benoemd tot hoogleraar Regionale netwerkvorming vanuit de huisartsgeneeskunde aan het Radboudumc/de Radboud Universiteit. Zijn onderzoek richt zich op innovaties in de samenwerking tussen zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis. Een link naar zijn oratie 'Geen netwerk zonder huisarts' staat bij dit interview op henw.org.

Foto: Margot Scheerder

dat voor sommige mensen geen huisarts meer voorhanden is. Voorlopig zullen er geen nieuwe huisartsen bijkomen. We moeten dus met minder mensen huisartsenzorg bieden. Dat betekent grotere praktijken, met betere begrenzing: de niet-huisartsenvragen aanhoren en snel aan de rest van het netwerk teruggeven. Goede regionale netwerken zijn daarvoor uitermate belangrijk.'
De overheid is daarin weinig sturend. Maar Schers is sowieso nuchter over wat we in netwerkvorming van de overheid mogen verwachten. 'Het sturende principe zit in mensen en organisaties', zegt hij. 'Dat is ook de geest van het Integraal Zorgakkoord. De overheid kan daarop invloed uitoefenen door enerzijds de financiering te beperken en anderzijds te verruimen. Dat gebeurt nu nog veel te weinig. Eigenlijk moet een deel van de mensen die nu in het ziekenhuis werkt in de wijk gaan werken. En 20% van de medisch specialisten ergens tussen de eerste en tweede lijn in.'

'Ik vind dat we als zorgaanbieders te veel medicaliseren, macht naar ons toetrekken'

Veel ruimte voor verbetering
Gevraagd of Schers vanuit zijn eigen regio (Nijmegen) een netwerk ziet dat als voorbeeld kan dienen, zegt hij eerlijk: 'We hebben het nergens integraal goed voor elkaar. Er is veel ruimte om in netwerken dingen beter en doelmatiger te doen, maar veel initiatieven worden onvoldoende doorgezet. Tijdelijk geld, tijdelijk effect. Ik zou graag zien dat medisch specialisten meer in de eerste lijn in het netwerk ingezet kunnen worden, fysiek en virtueel. Dan wordt dichter bij de patiënt gewerkt, meer rekening gehouden met de context en minder geld uitgegeven. Daarvan zijn genoeg voorbeelden. Een kinderpsychiater bijvoorbeeld kan in een half uur heel goed diagnostiek doen, behandelvoorstellen doen en advies geven waarmee je als huisarts verder kunt. Dat bespaart een heel ggz-circus.'
Maar kan de huisarts er – gelet op de nu al hoge werkdruk in de huisartsenpraktijk – meer bij hebben? 'Nee, dus moeten we nadenken over de vraag of we als huisartsen dingen ook anders kunnen doen', reageert Schers. 'Leefstijl is belangrijk, we moeten het erover hebben, maar moeten we er ook iets aan doen? Moet de huisartsenpraktijk al die routinecontroles van chronische aandoeningen doen? Je kunt veel dingen ook anders, misschien regionaal organiseren, of vooral digitaal doen. De mensen die digivaardig zijn kunnen we op deze manier meer bieden dan we nu doen. En dat hoeft helemaal niet ten koste te gaan van de persoonlijke band met de patiënt.'

Praktijkhouderschap faciliteren
Gelet op de titel van Schers' rede – Geen netwerk zonder huisarts – is de terughoudendheid onder jonge huisartsen om de stap te zetten naar praktijkhouderschap problematisch. Differentiatie in mogelijkheden, verantwoordelijkheden en tarieven, waarbij praktijkhouderschap beter wordt beloond, zou volgens Schers een stap in de goede richting zijn om dit probleem aan te pakken. Maar hij vindt ook dat huisartsenorganisaties in de regio zich meer met dit vraagstuk zouden moeten bezighouden. 'Ontwikkel samen met de niet-praktijkhouders een systeem waarin het praktijkhouderschap voor de huisarts aantrekkelijk is, met ondersteuning op zaken als administratie, personeel en huisvesting', zegt hij. 'Zoek daarin samenwerking met de gemeente, om tot betaalbare huisvesting te komen. Bij ons in Nijmegen-Noord heeft de gemeente hierin haar verantwoordelijkheid genomen, maar we zien hierin grote verschillen tussen gemeenten. Waar een gemeente het laat afweten kan burgerinitiatief een rol spelen om continuïteit van huisartsenzorg te waarborgen. Dat zien we ook wel gebeuren.'
Al met al is Schers niet somber over de toekomst van het vak. 'De kern blijft overeind: als medisch generalist in contact zijn met individuen in de eigen omgeving', zegt hij. 'Wel zullen we meer digitaal gaan doen, meer taken gaan overdragen aan ondersteuners en verpleegkundigen, en beter begrenzen. Plus onze aandacht deels verleggen naar mensen die met complexe problematiek in de thuissituatie blijven. Aandacht voor te veel medicaliseren is daarbij een belangrijk aandachtspunt. De trend naar grotere praktijken die zijn ingebed in aanpalend zorgaanbod en sociaal werk zijn in dit licht een goede ontwikkeling.'

Hoogleraarschap en praktijk
Dat laatste is kort samen te vatten als: meer netwerken. 'De missie van mijn leerstoel', zegt Schers. 'Overal waar ik zie dat het beter kan dit onder de aandacht brengen. De zorg een beetje beter maken. Ik vind dat we als zorgaanbieders te veel medicaliseren, macht naar ons toetrekken. Als ik zie hoeveel ziekenhuizen leefstijlpoli's openen, ik vind dat verschrikkelijk. Het is niet de verantwoordelijkheid van de specialist, ook niet van de huisarts. Het is heel belangrijk, maar de aandacht ervoor hoort elders in de keten. Daarom is die netwerksamenwerking zo belangrijk, en goede afstemming daarin.'
De titel van zijn oratie maakt duidelijk dat dit laatste de rode draad is in zijn hoogleraarschap. Maar hoogleraar of niet, hij blijft ook actief als huisarts en praktijkhouder. 'Veel mensen adviseerden me daarmee op te houden, zeker toen ik hoogleraar werd', vertelt hij, 'maar dat doe ik niet. Ik vind wetenschap leuk, maar de praktijk ook. En die fifty-fifty mix houdt het in balans en zorgt ervoor dat ik in beide energiek blijf. Als ik te veel in de academie ben, ben ik bang dat ik vervreemd van de praktijk. En andersom kan ook niet. Het is fijn als een substantieel deel van de hoogleraren huisartsgeneeskunde in Nederland ook nog stevig in de praktijkklei staat. Dat houdt de boel in evenwicht.' ■

Een prik in de bil bij knieartrose

Qiuke Wang, Marloe van Berkel, Ellen Tameeris-Kooiman, Jos Runhaar

Knieartrose is de meest voorkomende vorm van artrose. Intra-articulaire injecties met corticosteroïden zijn een veel toegepaste behandeling als orale pijnstilling en oefentherapie onvoldoende werken. Een deel van de huisartsen voelt zich echter onvoldoende bekwaam om deze intra-articulaire injecties uit te voeren. Uit dit onderzoek met 145 deelnemers blijkt dat intramusculaire corticosteroïdinjecties een gelijkwaardig alternatief zijn.

Knieartrose is een veelvoorkomende aandoening die in Nederland tot veel invaliditeit leidt, met een jaarprevalentie van 42,7 per 1000 inwoners en 40.900 nieuwe gevallen in 2020.[1,2] Naast uitleg over de aandoening, voldoende lichamelijke activiteit, oefentherapie en gewichtsreductie, is pijnstilling onderdeel van de standaardbehandeling door huisartsen. De NHG-Standaard Pijn adviseert corticosteroïdinjecties te overwegen indien orale analgetica onvoldoende helpen of als de pijn tussentijds verergert.[3] Het gangbaarst zijn intra-articulaire corticosteroïdinjecties,[3-5] maar deze zijn niet zonder risico want ze kunnen leiden tot extra kraakbeenverlies of tot een infectie, al gebeurt dat laatste zeer zelden (1:3000-50.000).[6,7] Een ander bezwaar is dat veel huisartsen zich onvoldoende bekwaam voelen om intra-articulaire injecties uit te voeren.[8,9] Intramusculaire corticosteroïdinjecties vormen mogelijk een alternatief. Die zijn gemakkelijker te plaatsen en geven minder risico op complicaties. Bij patiënten met heupartrose is aangetoond dat intramusculaire corticosteroïdinjecties zorgen voor een klinisch relevant verschil in pijn ten opzichte van placebo.[10] Ons onderzoek had tot doel de non-inferioriteit aan te tonen van intramusculaire corticosteroïdinjecties ten opzichte van intra-articulaire corticosteroïdinjecties voor wat betreft pijnuitkomsten bij patiënten met knieartrose in de huisartsenpraktijk. Onze hypothese was dat de uitkomsten vergelijkbaar zouden zijn.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Wang Q, Mol MF, Bos PK, Dorleijn DM, Vis M, Gussekloo J, Bindels PJ, Runhaar J, Bierma-Zeinstra SM. Effect of intramuscular vs intra-articular glucocorticoid injection on pain among adults with knee osteoarthritis: The KIS randomized clinical trial. JAMA Netw Open 2022;5:e224852. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

Deelnemers

De inclusie vond plaats in 80 huisartsenpraktijken in Zuidwest-Nederland. Inclusiecriteria waren leeftijd ≥ 45 jaar, in de afgelopen 5 jaar ≥ 1 consult voor knieklachten gehad, symptomatische knieartrose in de afgelopen 3 maanden en in de week voor inclusie minimaal milde klachten (pijn ≥ 3 op een schaal van 0-10). De behandelend huisarts bepaalde of er een indicatie was voor een corticosteroïdinjectie. Exclusiecriteria waren onder andere het gebruik van orale corticosteroïden of een intra-articulaire injectie in de afgelopen 6 maanden.[11] De medisch-ethische commissie van het Erasmus MC verleende toestemming voor dit onderzoek (MEC 2017-563).

Interventie

We randomiseerden de deelnemers over 2 groepen [**infographic**]. Deelnemers in de inverventiegroep ontvingen een intramusculaire injectie in de ipsilaterale bil met triamcinolonacetonide 40 mg. Deelnemers in de controlearm ontvingen een standaard intra-articulaire injectie in de indexknie met triamcinolonacetonide 40 mg. De injecties werden uitgevoerd door de eigen huisarts, zonder lokaal anestheticum. Vooraf werd de huisartsen een training aangeboden door een orthopedisch chirurg in het toedienen van intra-articulaire injecties. De data-analyse werd geblindeerd uitgevoerd.

Uitkomsten

We bepaalden 2, 4 (primaire uitkomstmaat), 8, 12 en 24 weken na de injectie de pijnscore op de Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (schaalbereik 0-100; 0 is extreme pijn). Een verschil van 10 wordt gezien als klinisch relevant;[12] een verschil ≤ 7 beschouwden we als non-inferioriteit. Bijwerkingen maten we tot 2 weken na de injectie.

RESULTATEN

Deelnemers

Tussen maart 2018 en februari 2020 meldden de deelnemende huisartsenpraktijken 267 patiënten aan, van wie er 145 werden geïncludeerd. De voornaamste redenen voor exclusie waren een te lage pijnscore (n = 43) en het ontbreken van informed consent (n = 47). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 67 jaar (SD 10) en 94 deelnemers (65%) waren vrouw. We randomiseerden 74 deelnemers naar de intramusculaire groep en 71 naar de intra-articulaire groep. Opvallend was dat meer deelnemers bij de inclusie aangaven dat ze liever een intramusculaire dan een intra-articulaire injectie zouden krijgen dan andersom (47 vs. 19%). Er waren verder geen significante verschillen in patiëntkenmerken bij aanvang (zie ons originele artikel).[11]

Uitkomsten

De primaire uitkomstmaat, non-inferioriteit qua pijnscore na 4 weken van de intramusculaire injectie, kon niet worden aangetoond. Het geschatte gemiddelde verschil in KOOS-pijnscore tussen de 2 groepen was op dat moment –3,4 (95%-BI –10,1 tot 3,3) en de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval lag voorbij de non-inferioriteitsmarge. In beide groepen verbeterde de KOOS-pijnscore gedurende de hele follow-upperiode van 24 weken; de grootste verbetering in pijnscore trad op na 8 weken voor de intramusculaire groep en na 4 weken voor de intra-articulaire groep. Beide groepen toonden klinisch relevante verbeteringen ten opzichte van baseline tot 12 weken na de injectie. Er was geen statistisch significant noch klinisch relevant verschil tussen de 2 groepen in KOOS-pijnscore gedurende de follow-up. Intramusculaire injectie was non-inferieur tot intra-articulaire injectie op 8 en 24 weken na de injectie [**infographic**]. In beide groepen trad over de gehele onderzoeksperiode een significante verbetering op van gewrichtsklachten, functie, stijfheid, sportniveau en kwaliteit van leven. Zie voor een uitgebreide weergave van de resultaten het originele artikel.[11]

Bijwerkingen en co-interventies

In de eerste 2 weken na de injectie rapporteerden 24 deelnemers (33%) van de intramusculaire groep en 28 deelnemers (42%) in de intra-articulaire groep bijwerkingen. De meest gemelde bijwerkingen waren opvliegers (intramusculair 10% versus intra-articulair 21%) en hoofdpijn (intramusculair 14% versus intra-articulair 18%). Alle bijwerkingen werden geclassificeerd als niet-ernstig [**infographic**]. In beide groepen rapporteerden de deelnemers 4 weken na de injecties dat ze

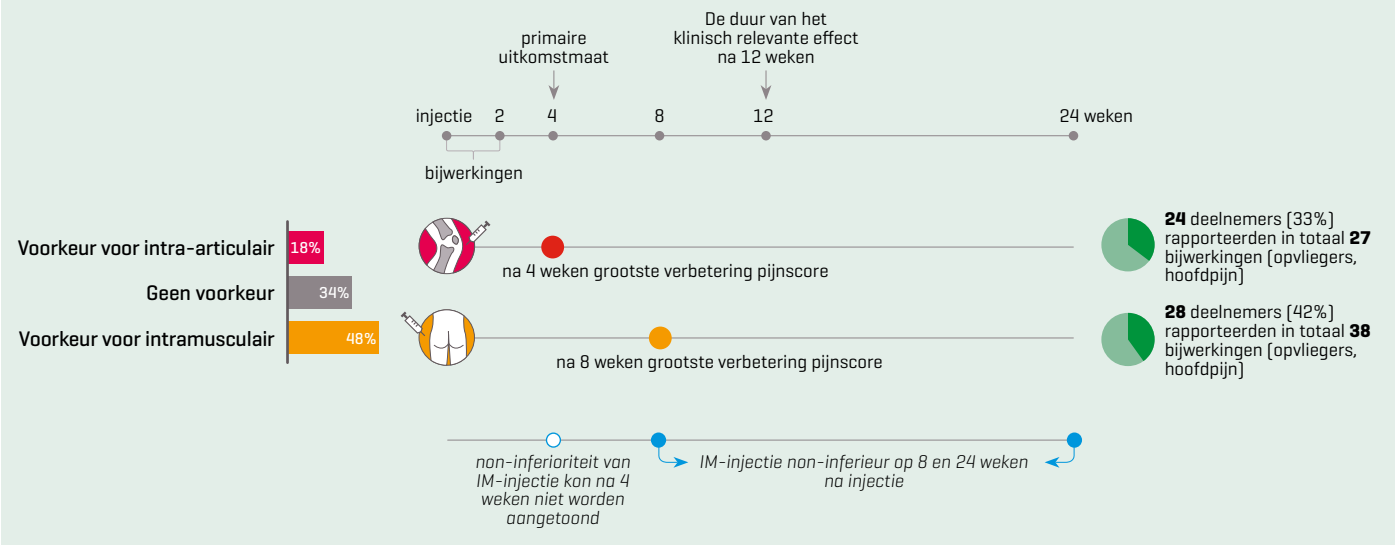
WAT IS BEKEND?

- Volgens de NHG-Standaard Niet-traumatische kniekklachten zijn corticosteroïdinjecties een optie als de pijn tussentijds verergert of orale analgetica onvoldoende effect hebben.
- Intra-articulaire corticosteroïdinjecties zijn niet helemaal zonder risico en niet alle huisartsen voelen zich voldoende bekwaam om ze uit te voeren.

WAT IS NIEUW?

- Intramusculaire corticosteroïdinjecties zijn een gelijkwaardig alternatief voor intra-articulaire injecties: ook zij geven een klinisch relevante verbetering.
- Intramusculaire injecties bereiken hun piekeffect later en intra-articulaire injecties geven daarom de eerste 2-4 weken misschien iets meer verlichting, maar na 24 weken is er geen verschil meer.
- De meeste patiënten prefereren een intramusculaire boven een intra-articulaire injectie.

Infographic



Infographic: Studio Wiegers

Intramusculaire corticosteroïdinjecties zijn een gelijkwaardig alternatief voor intra-articulaire injecties. Foto: Shutterstock

minder orale analgetica gebruikten (intramusculair 13% versus intra-articulair 11%). Gedurende de 24 weken follow-up kregen 4 deelnemers (6%) in de intramusculaire groep en 9 deelnemers (14%) in de intra-articulaire groep een additionele intra-articulaire corticosteroïdinjectie. In de intra-articulaire groep kregen 4 deelnemers deze additionele injectie in de eerste 8 weken, versus 0 in de intramusculaire groep.

BESCHOUWING

We kunnen niet uitsluiten dat bij een deel van de patiënten een intramusculaire injectie na 4 weken minder pijnstilling geeft dan een intra-articulaire injectie, en dat dit verschil klinisch relevant is. Onze primaire uitkomstmaat is dus niet aangetoond, maar non-inferioriteit van intramusculaire ten opzichte van intra-articulaire injecties op het gebied van pijnvermindering na 8 en na 24 weken is wél aangetoond. Een deel van de verklaring is dat intra-articulaire injecties hun piekeffect na 4 weken bereikten en intramusculaire injecties pas na 8 weken. Beide leidden in de eerste 12 weken na de injectie tot een klinisch relevante verbetering van de pijn.
De intra-articulaire injecties hadden iets meer bijwerkingen, hoewel geen hiervan ernstig waren.
Dit is het eerste onderzoek naar de effectiviteit van intramusculaire versus intra-articulaire corticosteroïdinjecties als pijnbestrijding bij knieartrose. In eerder onderzoek is de effectiviteit van intramusculaire injecties als pijnbestrijding bij heupartrose aangetoond ten opzichte van placebo.[10] Wij zagen in beide onderzoeksgroepen een verbetering van de pijnklachten ten opzichte van de aanvangsmeting, al verbeterde de pijn na een intra-articulaire injectie sneller (piek na 2-4 weken) dan na een intramusculaire injectie (piek na 8 weken). De pijnverlichting in onze intra-articulaire groep was vergelijkbaar met de pijnverlichting door intra-articulaire injecties in andere onderzoeken.[13,14]

Sterke punten en beperkingen

Een beperking van ons onderzoek was dat het niet mogelijk was om artsen en deelnemers te blinderen. Bovendien hebben we geen placebogroep ingezet. In beide onderzoeksgroepen kan de pijnverlichting voor een deel dus een gevolg zijn van het placebo-effect.
Sterke punten zijn het behalen van volledige inclusie volgens de sample-sizeberekening en de lage uitval. De multicentrische opzet van het onderzoek vergroot de generaliseerbaarheid. De onderzoekspopulatie was een representatieve afspiegeling van patiënten met knieartrose in de huisartsenpraktijk.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Huisartsen kunnen zowel intramusculaire als intra-articulaire injectie met een corticosteroïd overwegen wanneer patiënten met knieartrose tussentijds ergere pijn krijgen of onvoldoende baat hebben bij orale pijnstillers. Bij sommige patiënten zal een intramusculaire injectie 2, 4 en 12 weken na de injectie misschien minder effect hebben dan een intra-articulaire

injectie. Bij de keus moet echter ook rekening gehouden worden met de bijwerkingen, de voorkeur van de patiënt en de vaardigheden van de clinicus. Bespreek met de patiënt dat zowel intramusculaire als intra-articulaire injecties binnen 12 weken een klinisch relevante verbetering geven, maar dat dat effect na een intramusculaire injectie wat later optreedt. Intramusculaire injecties zijn een veilig alternatief voor intra-articulaire injecties; in geen van beide onderzoeksgroepen traden ernstige bijwerkingen op. Kortom: intramusculaire injectie met corticosteroïden is een gelijkwaardige optie als aanvullende pijnstilling bij patiënten met knieartrose nodig is. ■

LITERATUUR

1. RIVM. Artrose: Leeftijd en geslacht (2022). https://vzinfo.nl/artrose/leeftijd-en-geslacht, geraadpleegd augustus 2022.
2. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. Lancet 2019;393:1745-59.
3. Belo JN, Bierma-Zeinstra SM, Kuijpers T, Opstelten W, Van den Donk M, Weischer PJ, et al. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten. Utrecht: NHG, 2020.

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

Wang Q, Van Berkel M, Tameeris-Kooiman E, Runhaar J. Een prik in de bil bij knieartrose. Huisarts Wet 2022;65(12):24-7. DOI:10.1007/s12445-022-2118-2.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: Q. Wang, student. M. van Berkel, aioto. E. Tameeris-Kooiman, student: e.tameeris@erasmusmc.nl; dr. J. Runhaar: huisarts-onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

H&W zoekt jou!

Huisarts en Wetenschap vertaalt actuele huisartsgeneeskundige wetenschap naar de dagelijkse praktijk via diverse kanalen.

Ter versterking van het team is H&W op korte termijn op zoek naar een:

Adjunct-hoofdredacteur (zzp'er 8-12 uur per week)

Bij voorkeur met expertise in e-health

Wat ga je doen?

Als adjunct-hoofdredacteur ben je lid van de redactiecommissie; je leest en beoordeelt kopij, begeleidt auteurs, schrijft journaals, werft auteurs en komt met ideeën over de inhoud en samenstelling van H&W. Bij afwezigheid van de hoofdredacteur zit je de redactievergadering voor. Daarnaast ondersteun je de hoofdredacteur bij de inhoudelijke aansturing van de bureauredactie en redactiecommissie. Je draagt bij aan de inhoud en kwaliteit van alle uitgaven onder de noemer van H&W.
Bij voorkeur vervul je ook de rol van e-redacteur. Je signaleert, beoordeelt en schrijft over e-health, digitale ontwikkelingen en 'tools', relevant voor de huisarts. Je draagt bij aan de verdere ontwikkeling van de digitale kanalen die H&W gebruikt.

Wie ben je?

Een gepromoveerde (huis)arts met een relevant netwerk. Je bent op de hoogte van de laatste ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en deelt dit graag met vakgenoten. Bij voorkeur heb je expertise in en affiniteit met e-health.
Je bent analytisch en kritisch, maar ook constructief en besluitvaardig. Je kunt zowel goed zelfstandig werken, als samenwerken. Je bent van nature positief en gericht op verbinding. Je hebt gevoel voor taal en belangstelling voor crossmediaal publiceren en journalistiek. Je bent enigszins flexibel in werkdagen, om de hoofdredacteur te kunnen vervangen bij diens afwezigheid.

Over het H&W-team

De redactie van H&W werkt als een zelfstandig team binnen het NHG. De professionele bureauredactie bestaat uit 8 vaste medewerkers en vele freelancers. Daarnaast is er een redactiecommissie van huisartsen en onderzoekers.

Wat krijg je?

- Een overeenkomst voor de duur van een zittingstermijn als redactielid in de redactiecommissie (maximaal 5 jaar); startdatum begin 2023 (in overleg).
- Een marktconforme vergoeding.
- Enthousiaste professionals met veel vakinhoudelijke kennis om mee samen te werken.
- De mogelijkheid om je werk flexibel af te stemmen met je andere werkzaamheden.

Enthousiast geworden? Solliciteer!

De volledige vacaturetekst vind je op www.nhg.org/organisatie/vacatures. Stuur je sollicitatie met cv en motivatie uiterlijk 11 december 2022 naar redactie@nhg.org. Solliciteer ook als je geen specifieke expertise hebt op het gebied van e-health. Meer informatie? Neem contact op met dr. Gijs Baaten, hoofdredacteur H&W, via e-mailadres g.baaten@nhg.org.
We kijken uit naar jouw reactie.

De eerste sollicitatiegesprekken vinden plaats op dinsdag 3 en dinsdag 10 januari 2023.
Acquisitie naar aanleiding van deze vacature wordt niet op prijs gesteld.

Huisarts en beweegadvies – waar wachten we op?

Pim Assendelft

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie behoren tot de kerntaken van de huisarts. Voor veel aandoeningen is bewegen een nuttig leefstijladvies. Toch is er vaak nog twijfel over de effectiviteit van bewegen bij aandoeningen. Ook blijft het zoeken naar welke rol de huisarts en praktijkondersteuner hierbij in relatie tot andere partijen spelen. Tijd om beweegadviezen in de spreekkamer nog eens onder de loep te nemen, mede naar aanleiding van een recente publicatie in het *British Medical Journal*.

Een systematische review van 46 gerandomiseerde onderzoeken in het *British Medical Journal* naar de effectiviteit van beweegprogramma's in de eerste lijn komt tot een enthousiaste conclusie: beweeginterventies die eerstelijnsprofessionals aanbieden, bevorderen matig tot intensieve beweegactiviteiten.[1] Als dat zo is, waarom pakken huisartsen dit onderdeel van de behandeling dan niet actief op? Een beweegadvies of verwijzing naar een beweegprogramma is immers onderdeel van veel NHG-Standaarden? Kennelijk zien sommige huisartsen onvoldoende mogelijkheden voor zo'n verwijzing, terwijl andere nog steeds twijfelen over de effectiviteit van de verschillende programma's. Wat is de betekenis van de uitkomsten van deze systematische review voor de Nederlandse huisartsenpraktijk, en waar staan we met betrekking tot bewegen en gezondheid anno 2022? In deze beschouwing bespreek ik eerst de review, vervolgens in bredere zin het nut van bewegen en besluit ik met aanbevelingen om bewegen een duidelijker plaats te geven in de spreekkamer van huisarts en praktijkondersteuner.

Bewegen heeft vele fysieke en mentale voordelen.

Foto: Shutterstock

DE SYSTEMATISCHE REVIEW

Klinische toepassing

De systematische review includeert onderzoeken in de eerste lijn waarin beweegadvies of doorverwijzing voor beweegactiviteiten onderdeel was van een interventie.[1] Dat levert een goed gevulde mand met 'appels en peren' op. De onderzoeken variëren in aard (kort verwijsadvies versus uitgebreid programma), de rol van bewegen (integraal onderdeel van een breder programma of een eigenstandige interventie), de controlegroep (bijvoorbeeld gangbare zorg of een voorlichtingssessie), de indicatiestelling (zoals diabetes, artrose, COPD) en de duur van de follow-up (variërend van 1 tot 36 maanden). Vaak maakt het beweegadvies onderdeel uit van een integraal leefstijlprogramma, waarover de review weinig details meldt. De kracht van een systematische review is dat je juist door het samenvoegen over meer informatie beschikt, maar klinisch gezien zijn de onderzoeken wel erg heterogeen, wat vertaling naar de praktijk lastig maakt. Deze klinische heterogeniteit vertaalde zich ook naar een forse statistische heterogeniteit, wat statistische pooling minder geloofwaardig maakt.

DE KERN

- Een uitgebreid rapport van de Gezondheidsraad en diverse NHG-Standaarden onderstrepen het nut van bewegen voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.
- Een recente systematische review rapporteert een positief effect van beweegadvies of verwijzing naar een beweegprogramma in de eerste lijn. Juist de onderzoeken uit Europa en meer specifiek Nederland laten echter minder vaak effect zien.
- Voor veel indicaties zijn programma's en vergoedingen beschikbaar; het beweegaanbod voor verwijzing is echter zeker nog niet voldoende.
- Zorgverzekeraars en gemeenten hebben in dit kader onlangs de vorming van regionale preventie-infrastructuren aangekondigd.
- Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het informeren over, aanbieden van en verwijzen voor beweegprogramma's.

Subgroepanalyses

Er blijkt geen effect te zijn in trials waarin het bewegen objectief met een apparaat werd gemeten. Alleen in de onderzoeken waarin het bewegen via zelfrapportage werd vastgesteld, werd er (significant) meer bewogen. Bakker et al. stellen in hun artikel over meetmethoden dat vragenlijsten bij individuen die weinig bewegen vaak resulteren in een overschatting van de lichamelijke activiteit en dat vragenlijsten vergeleken met objectieve methoden minder betrouwbaar zijn.[2] Opvallend is ook dat onderzoeken uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk duidelijk betere resultaten geven dan onderzoeken uit de rest van Europa (inclusief Nederland). Wanneer we de 8 onderzoeken uit Nederland er voor een nadere beschouwing uitlichten valt daarin op dat ook deze qua opzet onderling zeer verschillend zijn.[3-10] Slechts 1 onderzoek, naar het effect van een zelfmanagement ondersteunende e-health-applicatie voor COPD- en DM type 2-patiënten, laat een significant effect zien, maar alleen van zelfmanagement met de applicatie en niet van het zelfmanagementprogramma op zichzelf.[6]

WAT KUNNEN WE LEREN UIT DE SYSTEMATISCHE REVIEW?

De systematische review laat zien dat het effect van bewegen met individuele trials moeilijk te bewijzen is. Ze zijn vaak te klein om effect aan te tonen: slechts 4 van de 31 trials die in de pooling konden worden opgenomen laten een statistisch significant effect zien.[1] Bij zo weinig op zichzelf staande positieve onderzoeken is het moeilijk om op basis van de inhoud van de interventies te bepalen op welke wijze bewegen het beste gestimuleerd kan worden.

Naast onderzoeksgrootte zijn er meer redenen waarom gerandomiseerde trials tot fout-negatieve uitkomsten kunnen leiden (geen effect kunnen aantonen, terwijl dat er in werkelijkheid wel is). De controlegroep is veelal *usual care*. Vaak hebben artsen en patiënten in een dergelijke controlegroep een hogere intrinsieke motivatie dan ze in een praktijksituatie buiten onderzoeksverband zouden hebben. Daardoor is het moeilijker aan te tonen dat de interventiegroep in positieve zin verschilt van de controlegroep. Verder gaat het bij het stimuleren van beweegadvies bij zowel de zorgaanbieders (POH en huisarts) als bij patiënten om een (vaak complexe) gedragsverandering. Vaak nemen de aanbieders bij trials onvoldoende tijd om de interventie goed te implementeren. Idealiter wordt een optimum bereikt door het handelen kortcyclisch te verbeteren (door feedback en aanpassen), en niet door het opleggen van een star protocol, zoals nu nog vaak in trials gebeurt.

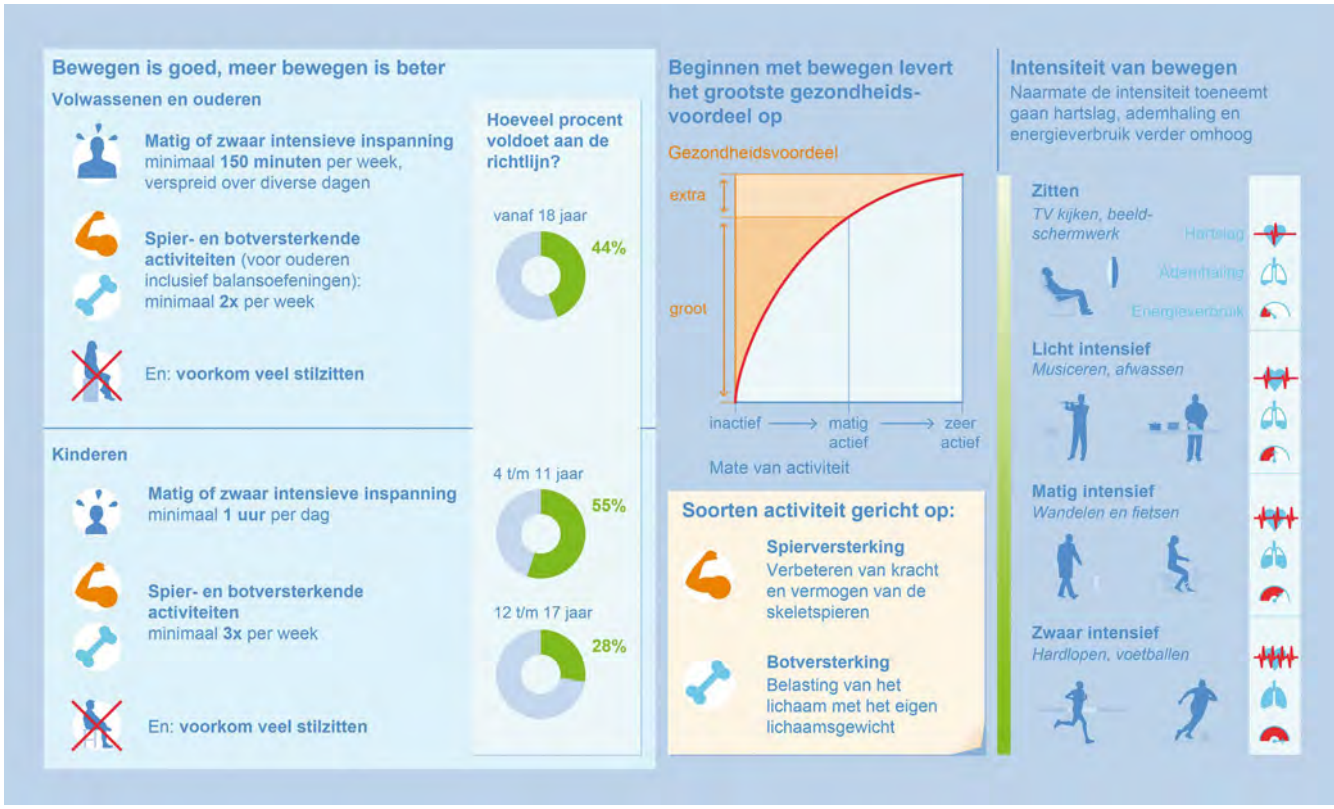
Op grond van de review kunnen we niet concluderen dat een beweegadvies in de eerste lijn bewezen effectief is. Voor diverse onderzoeken was het ook niet de primaire vraagstelling en bovendien zijn leefstijlinterventies lastig te onderzoeken. De vraag is of we anno 2022 dan maar terughoudend moeten zijn in het geven van een beweegadvies.

HEBBEN BEWEEGADVIES EN -ONDERSTEUNING ZIN?

Het Gezondheidsraadrapport over bewegen uit 2017 is er helder over en ook de diverse NHG-Standaarden stellen duidelijk: bij veel doelgroepen en indicaties in de huisartsenpraktijk heeft bewegen zin.[11] Ook een recent overzichtsonderzoek van Cochrane systematische reviews (125 narratief samengevat en 25 kwantitatief) laat zien dat bewegen op een groot aantal aandoeningen een positief effect heeft en een mortaliteitsreductie geeft.[12] Het programma Bewust bewegen van het Kenniscentrum Sport & Bewegen beschrijft per chronische aandoening gedetailleerd wat verstandig is op het gebied van bewegen en met welke zaken je rekening moet houden, zoals de effectiviteit, het mechanisme, in welke situaties sporten en bewegen niet veilig zijn zonder aanvullend persoonsspecifiek advies en toegespitste aanbevelingen die kunnen afwijken van de algemene beweegrichtlijnen.[13]

Figuur 1

Beweegrichtlijnen 2017



Bron: Gezondheidsraad

Voor diverse indicaties vormt de bekostiging van fysiotherapie en de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) geen obstakel meer, omdat ze in het basispakket zijn opgenomen. De GLI heeft een heel breed indicatiegebied: 3,5 miljoen patiënten zouden op basis van de criteria verwezen kunnen worden.[14] Toch blijft de instroom van de GLI achter, wat komt door de wisselende beschikbaarheid van leefstijlcoaches en de coronapandemie, en door twijfels over de effectiviteit en geschiktheid voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.[15-17]

BEWEEGADVIES IN DE SPREEKKAMER

Meer tijd voor de patiënt

Momenteel vragen de huisartsenkoepels om 'meer tijd voor de patiënt'. Het verkennen van de motivatie voor leefstijlveranderingen en het geven van een goed advies vragen tijd en kunnen we op verschillende manieren invullen. Met een kort advies ('in het Engels: *brief advice*; 30-secondeninterventie) kunnen we een patiënt gericht naar een vervolgactiviteit verwijzen.[18] Praktijkondersteuners of huisartsen kunnen echter ook een uitgebreidere inventarisatie doen aan de hand van het Leefstijlroer van Arts & Leefstijl of het 'spinnenweb' Positieve gezondheid.[19] Daar is vanzelfsprekend meer tijd voor nodig.

Ondersteunende preventie-infrastructuur

Te vaak is het beweegaanbod onduidelijk en onvoldoende. In april 2022 kondigden de koepelorganisaties Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in een gezamenlijk Preventiestatement de vorming van regionale preventie-infrastructuren aan.[20] De bedoeling is dat per regio gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over preventie maken. Bij de bekendmaking gaven de initiatiefnemers aan samen te gaan werken aan een dekkend aanbod. Daarbij kennen ze een duidelijke rol toe aan de (huis)arts: 'Speciaal voor groepen die wat [kwaliteit van leven] betreft telkens weer op achterstand staan: mensen met een minder gezonde leefstijl, hebben ook vaker te maken met omstandigheden waardoor ze minder makkelijk de weg weten te vinden naar de juiste hulp. Gemeenten kunnen daarin helpen, maar niet zonder samenwerking met de zorg. Daarom is de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars van groot belang.'[20]

Het is wenselijk dat de regionale huisartsen proactief aangeven waar de knelpunten zitten en wat ze nodig hebben om gericht en laagdrempelig te kunnen doorverwijzen naar beweegprogramma's. Ze moeten in deze rol 'ontzorgd' worden, niet extra belast. Dat vraagt om een voldoende gevarieerd en toegankelijk aanbod (inclusief informele activiteiten, zoals wandelclubs of wandelvoetbal), een (digitaal) overzicht van het aanbod,

dekkende vergoedingen voor de aanbieders en goede samenwerking met door de gemeente betaalde buurtsportcoaches en gezondheidsmakelaars.

Voorbeelden van beweegadviezen

Het programma 2DiaBeat heeft voor een aantal wijken in Nederland een overzicht gemaakt van het lokale leefstijlaanbod.[21] In diverse gemeenten kunnen huisartsen 'Bewegen op recept' uitschrijven, waarbij een leefstijladviseur – meestal een fysiotherapeut, verpleegkundige of praktijkondersteuner – tijdens een intakegesprek kijkt welke vorm van bewegen het best bij de patiënt past.[22] Het artikel 'Leefstijlgeneeskunde is basis chronische zorg' uit dit tijdschrift geeft bruikbare praktische tips voor het gesprek over leefstijl.[23]

In heel het land faciliteert en motiveert de Nationale Diabetes Challenge zorg-, beweeg- en welzijnsprofessionals om mensen met diabetes in beweging te brengen.[24]

IMPLEMENTATIEONDERZOEK

Ook kunnen we nog veel van de praktijk leren. Het RIVM gaat bijvoorbeeld GLI's evalueren, zodat we meer te weten komen over wie meedoen, wat de opbrengst in gezondheidswinst is en wat determinanten van succes (en uitval) zijn. Zo leren we wat nodig is om programma's als de GLI te optimaliseren. Dergelijke grootschalige programma's kunnen niet meteen optimaal zijn, dat vergt immers tijd en bijstelling – net zomin als een NHG-Standaard ineens optimaal geïmplementeerd kan worden.

BEWEGEN IS HET BESTE MEDICIJN

Veel aandoeningen die huisartsen zien hebben een leefstijlcomponent. Bewegen heeft veel fysieke en mentale voordelen (zie de [**figuur**] uit het Gezondheidsraadrapport).[11] Als huisarts hebben we een unieke positie om mensen op het nut van bewegen te wijzen en ze op weg te helpen. De infrastructuur voor beweegadvies en -programma's is zeker nog niet optimaal, maar daar wordt de komende jaren verder aan gewerkt. Hoewel de review in het BMJ niet het definitieve specifieke bewijs heeft kunnen leveren voor de rol die de huisarts hierbij speelt, mogen we niet langer wachten. Bewegen is het beste medicijn. ■

LITERATUUR

1. Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, Graham H, Thomas JJC, Chalkley AE, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2022;376:e068465.
2. Bakker EA, Eijsvogels TMH, De Vegt F, Busser GSF, Hopman MTE, Verbeek ALM. Patiënten in beweging. Gevalideerde methoden om lichamelijke activiteit te kwantificeren. NTvG 2015;159:A8709.
3. Westland H, Schuurmans MJ, Bos-Touwen ID, De Bruin-van Leersum MA, Monninkhof EM, Schröder CD, et al. Effectiveness of the nurse-led Activate intervention in patients at risk of cardiovascular disease in primary care: a cluster-randomised controlled trial. Eur J Cardiovasc Nurs 2020;19:721-31.

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

Lees ook 'De effectiviteit en veiligheid van leefstijlinterventies bij hart- en vaatziekten', Van Trier TJ, et al. Huisarts Wet 2022;65(12):14-8.

Assendelft WJJ. Huisarts en beweegadvies – waar wachten we op? Huisarts Wet 2022;65(12):28-31. DOI:10.1007/s12445-022-2115-5.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: Prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Preventie in de zorg, Pim.assendelft@radboudumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

H&W65

65 jaar wetenschap in H&W: wat heeft de patiënt hieraan?

Chris van Weel, François Schellevis

Een terugblik op de wetenschap in 65 jaar Huisarts en Wetenschap (H&W) mag in deze jaargang niet ontbreken. We laten zien hoe de huisartsgeneeskunde zich tot een eigenstandig terrein van wetenschappelijk onderzoek ontwikkelde, na een lange traditie van promotieonderzoek van huisartsen over voor de praktijk belangwekkende onderwerpen. Dit is uniek voor Nederland en verklaart waarschijnlijk de ontvankelijkheid van de discipline voor wetenschappelijk onderzoek. Die receptiviteit leidde tot een fase waarin evidencebased medicine centraal stond. In die periode kwam ook internationale samenwerking met publiceren in internationale tijdschriften tot stand en maakten dubbelpublicaties hun opwachting in de kolommen van H&W. Daardoor kwam de focus in H&W te liggen op de vraag wat wetenschappelijk onderzoek de zorg voor de persoon van de patiënt, de populatie waar de huisartsenpraktijk voor staat, te bieden heeft.

In deze historische beschouwing richten wij ons op de vraag hoe het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde zichtbaar is in publicaties in de 65 jaargangen van H&W. Aan de hand van de ontwikkeling van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde beschrijven wij hoe H&W deze ontwikkeling zichtbaar maakte. We onderscheiden achtereenvolgens 4 fasen in de ontwikkeling van dat onderzoek:

a. de pioniersfase: onderzoek voordat H&W bestond
b. de emancipatiefase: onderzoek ter onderbouwing van de huisartsgeneeskunde als aparte discipline
c. de evidentiefase: wetenschappelijke onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen
d. de persoonsgerichte fase: nadruk op de praktische toepasbaarheid van huisartsgeneeskundig onderzoek

Omdat we de rol van H&W in de loop van de tijd niet los kunnen zien van ontwikkelingen van de wetenschap in het algemeen – ook al voordat H&W voor het eerst verscheen – en van internationale ontwikkelingen in het huisartsgeneeskundig onderzoek, plaatsen we onze bevindingen in deze context.

PIONIERSFASE

De rol van Nederlandse huisartsen in onderzoek en wetenschap is niet goed te begrijpen zonder de periode te beschouwen die vooraf ging aan de formele erkenning van de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline. Dit is de periode vóór de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de beroepsopleiding tot huisarts, en voor de verschijning van het eerste nummer van H&W – de tijd dat huisartsgeneeskunde nog geen erkenning had als apart specialisme. In deze 'pre-universitaire' periode komen 2 relevante ontwikkelingen naar voren.

Huisartsen en proefschriften

Ook toen er nog geen formele academische basis voor de huisartsgeneeskunde was, bestond er binnen de beroepsgroep een traditie om onderzoek te doen en daarbij aansluiting te zoeken bij de academie. Het met succes afgerond hebben van een academische promotie vormt sinds jaar en dag de hoogste academische graad. In de periode 1900-1940, en zelfs ook al daarvoor, zijn er steeds huisartsen geweest die een proefschrift hebben geschreven.[1] Zij representeerden een bescheiden deel van de praktiserende (huis)artsen, maar hun aandeel hield door de tijd heen gelijke tred met de toename van het aantal practici. De onderwerpen die in deze proefschriften aan de orde kwamen geven ook inzicht in de gezondheidsproblemen waarvoor de huisarts zich in de eerste helft van de 20e eeuw gesteld zag: van infectieziekten en deficiënties tot anticonceptie en cardiovasculair risicomanagement.[2-5] Deze pre-universitaire traditie werd daarmee een van de factoren die de wetenschapsbeoefening door huisartsen in latere jaren vormgaf. In het Verenigd Koninkrijk, waar de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde grote parallellen vertoont met die in Nederland, kent wetenschapsbeoefening en het publiceren erover ook een lange traditie, maar die speelde zich af zonder academische inbedding. Gepromoveerde huisartsen waren – en zijn er nog steeds – een grote uitzondering. De aansluiting bij de academie verklaart naar alle waarschijnlijkheid deels waarom de kwaliteit van het Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek – gemeten aan de impact van internationale publicaties – zo sterk is.[6]

Grenzen van het medisch model

Een tweede ontwikkeling betreft het onderzoek dat in de periode 1945-1960 werd gedaan en dat sterk onder invloed stond van het proefschrift van Buma.[7] In deze periode werd veel samengewerkt met de sociale geneeskunde en sociale psychiatrie, en werden de grenzen van het medisch model opgezocht

en overschreden. Voor de ontwikkeling van het vakgebied en de missie van het NHG waren publicaties van Querido en Weyel gezichtsbepalend.[8,9] In de integrale benadering stond de persoon die de ziekte had centraal, wat botste met het medisch model en zijn focus op ziekte. Dit genereerde onderzoek waarin naast huisartsen ook psychologen en sociologen een bepalende rol speelden, en waarin de huisartsenpraktijk verbonden werd met sociaal-maatschappelijke actie en eigen modellen ontwikkelde voor een geïntegreerde, multidisciplinaire en persoonsgerichte benadering.[10-16] Trendsetter in dit verband was Crebolder: diens proefschrift was het eerste dat geheel was gebaseerd op in H&W gepubliceerde artikelen.[17]
Alle publicaties in artikelvorm, proefschrift of rapport waren in die periode Nederlandstalig, waarmee het wetenschappelijke discours zich vooral in eigen kring afspeelde. Er bestond anno 1970 dus een in 70 jaar ontwikkelde, unieke, in de gezondheidszorg trendsettende wetenschapstraditie in de huisartsgeneeskunde. Die was echter buiten de landgrenzen – met uitzondering van Vlaanderen – niet toegankelijk. Er bestond tot dan toe dan ook geen internationale samenwerking op het gebied van het huisartsgeneeskundig onderzoek.

DE KERN

- *Huisarts en Wetenschap* (H&W) laat in 65 jaargangen de ontwikkeling van het huisartsgeneeskundig onderzoek zien.
- Al voor de verschijning van de eerste jaargangen van H&W deden (huis)artsen promotieonderzoek over voor de praktijk relevante onderwerpen.
- In de eerste decennia was H&W het platform voor onderzoeksartikelen die de ontwikkeling van het vakgebied in Nederland weerspiegelden.
- In de jaren 1960-1985 lag de nadruk in H&W op artikelen over morbiditeitsonderzoek ter onderbouwing van de erkenning van de huisartsgeneeskunde als een zelfstandige discipline.
- In de fase van evidencebased medicine werden onderzoeksartikelen vooral in Engelstalige tijdschriften gepubliceerd, gevolgd door dubbelpublicaties in H&W.
- Momenteel ligt in H&W de nadruk op publicaties over persoonsgerichte huisartsgeneeskunde, waarin de context van de patiënt, wetenschappelijke kennis en praktijkervaring tezamen het huisartsgeneeskundig handelen bepalen.

EMANCIPATIEFASE

In deze tweede fase, ruwweg van 1960 tot 1985, lag de nadruk van het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde op de registratie van morbiditeit in de huisartsenpraktijk. Voor de erkenning van de huisartsgeneeskunde als een eigen discipline binnen de geneeskunde vormde het systematisch documenteren van de gezondheidsproblemen waarvoor patiënten de huisarts raadplegen een belangrijke basis. Pioniers als Buma waren hiermee al eerder begonnen in hun eigen praktijk, gevolgd door het eerste grootschalige Intermitterende Morbiditeitsonderzoek (IMO) in 1966-1967, onder auspiciën van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en het Nederlands Huisartsen Instituut.[7] Publicaties in H&W en het proefschrift van Oliemans doen hiervan verslag.[18-21]
Het IMO gaf geen inzicht in het beloop van ziekten in de huisartsenpraktijk; daarvoor was een continue registratie nodig. In 1971 startte de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) Nijmegen in 4 huisartsenpraktijken, op initiatief van Huygen vanuit de universitaire afdeling Huisartsgeneeskunde in Nijmegen. De CMR vormde de basis voor een groot aantal artikelen in H&W, voor academische proefschriften, voor informatie en een leerboek voor het onderwijs in de huisartsgeneeskunde in de basis- en beroepsopleiding en voor het toonaangevende boek van Huygen over gezinsgeneeskunde.[22,23]
In diezelfde tijd startte ook een landelijk netwerk van huisartsenpraktijkenpeilstations (Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations), geïnitieerd door de (toenmalige) Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. Deze peilstationpraktijken richtten zich op de registratie van een jaarlijks vastgestelde selectie van ziektebeelden, waaronder influenza. Samenvattingen van de jaarverslagen van deze peilstations werden jaarlijks in H&W gepubliceerd.[24]
Ervaringen met het registreren van morbiditeit in de huisartsenpraktijk leidden tot de behoefte aan een op de huisartsgeneeskunde toegesneden classificatiesysteem van gezondheidsproblemen. De destijds bestaande – van oorsprong Britse – E-lijst en *International Classification of Diseases and Causes of Death* (ICD) voorzagen niet in diagnoses zoals huisartsen die stellen en die vaak een voorlopig karakter hebben. Lamberts ontwikkelde – op basis van de morbiditeitsregistratie in praktijken rond Rotterdam – de RFE- (*Reason For Encounter*) en de ICHPPC (*International Classification of Health Problems in Primary Care*) classificaties, later gevolgd door de ICPC (*International Classification of Primary Care*). In de 25e jaargang van H&W verscheen een complete tabel met incidentie- en prevalentiecijfers van alle RFE-codes op basis van deze registratie.[25]
Voor de morbiditeitsregistratie in Nederland was het Verenigd Koninkrijk het grote voorbeeld. Het onderzoek van Pickles over de verspreiding van besmettelijke ziekten over verschillende dorpen op het Britse platteland kan worden gezien als het eerste epidemiologische onderzoek in de huisartsenpraktijk.[26]
In 1955-1956 participeerden 171 huisartsen gedurende een jaar in een morbiditeitsregistratie in het kader van de *First National Morbidity Survey*, in 1970-1971 gevolgd door een tweede. Deze *surveys* waren de inspiratiebron voor de Nederlandse (eerste) Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartsenpraktijk in 1987-1988, die niet alleen de registratie van morbiditeit, maar ook die van verrichtingen omvatte.[27]

EVIDENTIEFASE

In de kwart eeuw die hierop volgde stond evidencebased medicine (EBM) centraal in het huisartsgeneeskundig on-

De 65 jaargangen van H&W vormen een reflectie van de manier waarop wetenschap en praktijk zich hebben ontwikkeld.

Foto: Margot Scheerder

derzoek en H&W. Al in de jaren 80 verschenen verslagen van huisartsgeneeskundige conferenties ter onderbouwing van het handelen in de praktijk.[28] De publicatie van de eerste NHG-Standaard luidde een tijdperk in van publicaties van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor het handelen van huisartsen.[29]

De NHG-Standaarden kwamen en komen tot stand na het doorlopen van een zorgvuldige procedure waarin het analyseren van wetenschappelijke literatuur, systematische reviews en meta-analyses een belangrijke plaats heeft. De Cochrane Collaboration, opgericht in 1993, zette de standaard voor de methodologie van systematische reviews en meta-analyses, en werd een belangrijk platform voor kennis op basis van wetenschappelijke publicaties. In het jaar 2000 startte een rubriek in H&W met een samenvatting van de uitkomsten van systematische literatuuroverzichten uit de Cochrane database die relevant zijn voor huisartsen.[30] De ontwikkeling van de NHG-Standaarden maakte ook duidelijk dat nog veel wetenschappelijke kennis ontbrak, in het bijzonder voor de setting van de huisartsenpraktijk. Een eerste systematische inventarisatie van deze kennislacunes verscheen in 2001.[31] Inmiddels kent iedere NHG-Standaard ook een aparte bijlage met belangrijke onderzoeksvragen die nog om beantwoording vragen.

De belangstelling voor EBM vertaalde zich niet in een toename van artikelen in H&W over randomized clinical trials, systematische reviews en meta-analyses in die periode. Een belangrijke oorzaak hiervoor was dat proefschriften geen monografieën meer waren, maar steeds vaker bestonden uit een bundeling van publicaties in internationale (Engelstalige) wetenschappelijke tijdschriften. Een wetenschappelijke publicatie in H&W, een niet geïndexeerd Nederlandstalig tijdschrift, die niet traceerbaar is in internationale bibliografische bestanden, telt niet mee bij de kwaliteitsbeoordeling van een proefschrift. De redactie van H&W speelde hierop in door de mogelijkheid van zogenaamde dubbelpublicaties aan te bieden, een Nederlandstalige bewerking voor de lezers van H&W van een reeds elders gepubliceerd artikel. Hiervan werd veel gebruikgemaakt, getuige bijvoorbeeld 26 dubbelpublicaties (tegenwoordig: praktijkgerichte bewerking) in de jaargang 2005.[32] Er waren dan ook steeds meer huisartsen die promoveerden. Verschenen er in het decennium 1980-1989 43 dissertaties van praktiserende huisartsen, in 1993 en 1994 werden 68 proefschriften gepubliceerd op basis van onderzoek dat voor huisartsen relevant is.[33,34] Deze trend zette zich voort, mede door de introductie van het aioto-traject (assistenten in opleiding tot onderzoeker) in 1998, waarin huisartsen in opleiding (aios) hun opleiding tot huisarts combineren met een promotieonderzoek.[35]

PERSOONSGERICHTE FASE

In de laatste decennia is een verschuiving zichtbaar van EBM naar *evidence based practice*, waarin het handelen van huisartsen niet alleen bepaald wordt door wetenschappelijke kennis, maar ook door de eigen ervaringen van huisartsen, daarbij rekening houdend met de voorkeuren, normen en waarden van patiënten. Deze verschuiving kwam onder andere tot stand doordat steeds duidelijker werd dat door de strenge selectiecriteria van veel *clinical trials* een zeer homogene patiëntengroep werd geïncludeerd. Deze patiënten zijn niet

representatief voor de patiënten die Nederlandse huisartsen dagelijks zien, bijvoorbeeld wat betreft leeftijd, sociaaleconomische status, etnische afkomst of multimorbiditeit. Daarmee rees twijfel over de toepasbaarheid van de resultaten van deze trials, en dus over die van de daarop gebaseerde NHG-Standaarden, op de patiëntenpopulatie van huisartsen. Ook kregen in deze jaren patiëntenorganisaties een steeds belangrijker rol in de gezondheidszorg en werden bijvoorbeeld *informed consent*, *shared decision making* en aandacht voor de context en leefomgeving van de patiënt in het handelen van huisartsen steeds meer vanzelfsprekend.

Ruimte voor kwalitatief onderzoek

Deze verschuiving naar persoonsgerichte huisartsgeneeskunde is ook zichtbaar in H&W. Zo werd ruimte gemaakt voor kwalitatief onderzoek, naast het traditionele kwantitatieve onderzoek. In 2004 publiceerde de redactiecommissie de richtlijnen voor auteurs van artikelen waarin verslag gedaan wordt van kwalitatief onderzoek. In de jaargangen daarna verschenen steeds meer onderzoeksartikelen over de communicatie met patiënten, over de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van patiënten (hetgeen ook onderdeel uitmaakt van de in 2005 gestarte NHG-praktijkaccreditering), over gendersensitieve huisartsgeneeskunde en over wijkgericht werken. In de derde herziening van de eerste NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 wordt aanbevolen om de toepassing van de richtlijn te personaliseren, dat wil zeggen rekening te houden met de leeftijd, diabetesduur en intensiteit van de behandeling.[36]
De implementatie van de NHG-Standaarden is ook een terugkerend onderwerp van onderzoeksartikelen in H&W: hoe wegen huisartsen de wetenschappelijke inzichten, zoals verwoord in de richtlijnen, hun eigen huisartsgeneeskundige expertise en de voorkeuren van patiënten in het handelen in de dagelijkse praktijk?[37] Ook voor de dubbelpublicaties in H&W van artikelen die reeds elders zijn gepubliceerd vraagt de redactie nu om een praktijkgerichte bewerking van het oorspronkelijke onderzoeksartikel.

TOT SLOT

De 65 jaargangen van H&W vormen naast een cumulerende bron van wetenschappelijke kennis op huisartsgeneeskundig gebied ook een reflectie van de manier waarop praktijk en wetenschap zich hebben ontwikkeld. Klonk in de eerste jaren de pioniersfase nog sterk door, een professie op zoek naar zijn conceptuele eigenheid en de vraag naar de rol van onderzoek en wetenschap daarbij – met het op gang komen van wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing van de huisartsgeneeskunde als aparte discipline brak een periode aan waarin onderzoeksverslagen de kolommen van het tijdschrift domineerden. Onderzoek voor de praktijk, onderzoek waar de praktijk zich naar diende te richten. Dit is bij uitstek de fase geweest waarin de huisartsgeneeskunde zich verzekerde van een academische basis, en in deze periode deed zich ook de internationalisering van het huisartsgeneeskundig (*primary care*) onderzoek voor, als belangrijke verandering. Veel Nederlands onderzoek werd primair in internationale tijdschriften gepubliceerd, met dubbelpublicaties in H&W om de communicatie met het eigen professionele veld te blijven onderhouden.
Een wezenlijke verandering in de aard van de kolommen van het tijdschrift voltrok zich toen de complexiteit van de relatie wetenschap en praktijk duidelijk werd: nieuwe kennis en een onderzoeksverslag op zich boden doorgaans onvoldoende basis voor het veranderen van de zorg aan patiënten. De evidentiefase vormde, en vormt nog steeds, de periode waarin het daadwerkelijk kwam tot het wetenschappelijk onderbouwen van het huisartsgeneeskundig handelen. H&W verlegde de redactionele nadruk op het wegen van de kracht van onderzoeksverslagen, op de analyse van de relatie van uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek tot de patiëntenpopulatie in de eerste lijn. Feitelijk was dit de bekroning van de emancipatie van de huisartsgeneeskunde als eigenstandige discipline: aan de kwaliteit van het gerealiseerde onderzoek ontleende de huisartsgeneeskunde het gezag om met succes de complexe relatie met de dagelijkse praktijk aan de orde te kunnen stellen. Je zou kunnen zeggen dat daarmee het primaat tussen praktijk en wetenschap bij de praktijk kwam te liggen – de persoonsgerichte fase, waarin duidelijk is dat de individualiteit van de patiënt, de persoon die zorg ontvangt, en de populatie waaraan zorg wordt geboden in belangrijke mate de toepasbaarheid van (huisartsgeneeskundig) onderzoek bepalen. In feite zijn we daarmee terug bij de zoektocht van de jaren 1950-1970, maar dan op een wezenlijk hoger niveau: terug bij de vraag wat onderzoek de praktijk te bieden heeft. Met als constante factor H&W – de naamgeving van het tijdschrift is nog steeds actueel –, dat in belangrijke mate heeft bijgedragen aan dit proces, dat hoogst dynamisch is geweest en nog steeds is, met al vanaf de eerste jaargang de vraag wat patiënt en populatie er beter van worden. ■

LITERATUUR

1. Bremer GJ. Hora Est. Proefschriften van huisartsen 1900-1995 [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Publishing, 2000.
2. Scheltema JMW. De pokkenepidemie te 's-Gravenhage in 1894 [proefschrift]. Leiden: Universiteit van Leiden, 1900.
3. Sterneberg H. Zuigelingenvoeding en zuigelingensterfte te Nijmegen en de middelen ter verbetering [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1907.

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

Van Weel C, Schellevis FG. 65 jaar wetenschap in H&W: wat heeft de patiënt hieraan? Huisarts Wet 2022;65(12):32-5. DOI:10.1007/s12445-022-2101-y.

Radboudumc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. C. van Weel, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde, chris.vanweel@radboudumc.nl. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: prof. dr. F.G. Schellevis, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde, voormalig senior-onderzoeker Nivel. NHG, NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Utrecht: prof. dr. C. van Weel; prof. dr. F.G. Schellevis.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hoe gebruik je keuzekaarten en keuzehulpen in de spreekkamer?

Anouk Baghus, Angelique Timmerman, Esther Giroldi, Josine van der Kraan, Gerda van der Weele, Trudy van der Weijden

Samen beslissen neemt een belangrijke plaats in binnen de kernwaarden van de huisartsenzorg. Het proces van samen beslissen kan worden ondersteund door het gebruik van keuzekaarten en keuzehulpen. Er verschijnen steeds meer keuzekaarten en keuzehulpen, maar nog niet alle huisartsen weten hoe ze deze kunnen gebruiken. We laten zien hoe aios en huisartsopleider dit samen kunnen leren. Daarnaast geven we concrete tips voor het (leren) gebruiken van keuzekaarten en keuzehulpen.

CASUS: LEERGESPREK OVER MIGRAINE

Tijdens een leergesprek bespreken een aios en opleider een consult met mevrouw Kruis (42 jaar). Ze heeft bijna wekelijks een migraineaanval. Op Thuisarts.nl heeft ze gelezen dat verschillende medicijnen het aantal aanvallen kunnen verminderen. De aios kent deze opties niet goed en maakt een vervolgafspraak om zich erin te verdiepen. De aios en opleider bekijken samen de NHG-Standaard Hoofdpijn, en zien de verwijzing naar de keuzekaart 'Migraine'. Ze kijken welke informatie de keuzekaart geeft.

Samen beslissen is het proces waarin de huisarts en patiënt in samenspraak beslissen welk beleid het beste past bij de patiënt. Dit beleid is gebaseerd op de expertise van de huisarts, wetenschappelijke kennis en de persoonlijke waarden en voorkeuren van de patiënt. Tijdens dit proces bespreken ze de voor- en nadelen van de verschillende opties voor het beleid, en de voorkeuren en afwegingen van de patiënt, om zo samen een gemotiveerd besluit te kunnen nemen.[1,2] Eerder beschreven we het proces van samen beslissen in 4 fasen:[2]

1. Bespreek de wenselijkheid om samen te beslissen met de patiënt.
2. Bespreek de opties voor het beleid met de patiënt.
3. Verhelder de voorkeuren en afwegingen van de patiënt.
4. Neem samen met de patiënt een gemotiveerd besluit.

Tijdens de eerste fase van samen beslissen is het cruciaal om de patiënt te stimuleren om actief te luisteren. De overige fasen lopen in de praktijk vaak door elkaar, en kunnen verspreid over

Het gesprek met de patiënt over welk beleid het beste past stimuleert de actieve betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming.

Foto: Margot Scheerder

DE KERN

- Keuzekaarten en keuzehulpen ondersteunen het proces van samen beslissen in de spreekkamer, vooral bij het bespreken van de opties en het verhelderen van de voorkeuren en afwegingen van de patiënt.
- Het kan een leerdoel zijn om keuzekaarten en keuzehulpen te oefenen, eventueel samen met de aios, om de eigen medische kennis en het toepassen van samen beslissen met de patiënt te vergroten.

meerdere consulten plaatsvinden. Deze fasen kunnen afhankelijk van de context meer of minder intensief uitgevoerd worden. Bij de beschrijving van dit proces gebruikten we de metafoor van de dj, die de knoppen op het mengpaneel zo ver mogelijk openzet: 'Wat meer als de patiënt wil en kan meebeslissen, wanneer de aard van de beslissing dit toelaat en als er meerdere opties zijn.'[2]

WAT ZIJN KEUZEKAARTEN EN KEUZEHULPEN?

Gedurende fase 2 en 3 kunt u als hulpmiddelen keuzekaarten en keuzehulpen inzetten. Deze beschrijven de voor- en nadelen van alle relevante opties in een bepaalde situatie. De inhoud is gebaseerd op de onderliggende richtlijn(en) en betreft informatie die de arts en patiënt helpt om te wikken en wegen. Een keuzekaart is een overzichtstabel, meestal op 1 A4'tje. De opties staan naast elkaar in de kolommen. In de rijen staan voor de patiënt relevante vragen, die in de tabel worden beantwoord. Bijvoorbeeld hoe een behandeling werkt, wat het effect is en wat de risico's en bijwerkingen zijn.[3,4]. De ontwikkeling van keuzekaarten wordt uitgebreider beschreven in het artikel 'Welke rol spelen keuzekaarten bij samen beslissen' van Gerda van Weele et al. Voorbeelden van keuzekaarten zijn 'Behandeling van hevig menstrueel bloedverlies' en 'Preventieve behandeling van migraine'. Sinds 2021 zijn er ook *keuzekaarten in beeld*, waarbij de overzichtstabel is omgezet in illustraties met eenvoudige teksten, ontwikkeld in samenwerking met Pharos.[5] Dit soort keuzekaart is inmiddels ontwikkeld voor 4 situaties: knieartrose, heupartrose, nierschade en stoppen met roken. Op Thuisarts.nl is een overzicht te vinden van de keuzekaarten (in beeld).
Een keuzehulp is meestal een interactieve website die patiënten informatie geeft over hun aandoening en de bijbehorende opties voor diagnostiek of behandeling. In een keuzehulp worden risico's vaak gevisualiseerd, bijvoorbeeld in de vorm van populatiediagrammen. Centraal in de keuzehulp staat een overzichtstabel van de opties en de relevante voor- en nadelen. Ook bevat de keuzehulp waardeverhelderende oefeningen, zoals stellingen, om patiënten te helpen bij het beslissingsproces en het in kaart brengen van hun voorkeuren.[6] Voorbeelden hiervan zijn de keuzehulpen 'Onderzoek naar dementie' en 'Het wel of niet weghalen van keelamandelen bij keelontsteking'. Een overzicht van alle beschikbare keuzehulpen is er op dit moment nog niet, maar er zijn diverse keuzehulpen beschikbaar via Thuisarts.nl en commerciële partijen, zoals Patiënt+ en Zorgkeuzelab.[7,8] Bij keuzekaarten en keuzehulpen die niet (mede)ontwikkeld zijn door het NHG is het raadzaam om te controleren of ze stroken met de NHG-richtlijnen. Voor zowel keuzekaarten als keuzehulpen geldt dat ze geen expliciet advies geven omdat in de best passende keuze bijvoorbeeld ook praktische en emotionele overwegingen een rol spelen. En bovenal: keuzekaarten en keuzehulpen zijn niet bedoeld als vervanging van het gesprek over het beleid dat het beste past bij de patiënt, maar alleen als ondersteuning hierbij.

CASUS (VERVOLG)

Desgevraagd vertelt de aios nog geen keuzekaarten te gebruiken, maar het lijkt haar een handig hulpmiddel. De opleider geeft aan deze ook nog niet actief te gebruiken. Ter voorbereiding op het vervolgconsult oefent de aios tijdens het leergesprek met de keuzekaart om de opties te bespreken en de voorkeuren te verhelderen. Ze neemt zich voor om een video-opname te maken van het consult met mevrouw Kruis, zodat ze het met de opleider kan nabespreken.

HET GEBRUIK VAN KEUZEKAARTEN

Gebruik een keuzekaart gedurende de beleidsfase van het consult [**figuur**]. Aan de hand van de kaart benoemt u kort de opties van het beleid. Bekijk vervolgens samen met de patiënt de vragen uit de eerste kolom van de keuzekaart. Exploreer welke informatie belangrijk is voor het maken van een keuze en beantwoord eventuele vragen. Bespreek meteen de informatie op de keuzekaart en bekijk samen of de patiënt zich er thuis verder in gaat verdiepen en desgewenst met naasten zal overleggen. Mogelijk kent u dankzij de hulpvraagverheldering of de langdurige relatie met de patiënt al een aantal elementen die belangrijk zijn voor deze specifieke patiënt. Deze kunt u benadrukken of omschrijven als ze niet op de keuzekaart staan. Wees er wel alert op dat u de voorkeuren van de patiënt niet invult, omdat deze kunnen variëren en contextgevoelig zijn.

HET GEBRUIK VAN KEUZEHULPEN

Verwijs de patiënt naar de keuzehulp, die deze thuis kan gebruiken om zich voor te bereiden op het maken van de keuze [**figuur**]. Tijdens de beleidsfase van het consult benoemt u kort de opties voor het beleid. Nodig vervolgens de patiënt uit om de keuzehulp thuis zelf door te nemen. Omdat keuzehulpen vaak uitgebreid zijn, kan het veel tijd kosten om deze tijdens het consult helemaal door te lopen. Het is wel raadzaam om voor het vervolgconsult zelf eerst de keuzehulp door te nemen. Tijdens het (telefonische) vervolgconsult achterhaalt u welke aspecten van de opties de patiënt belangrijk vindt en naar welke optie de voorkeur uitgaat. Beantwoord ook vragen van de patiënt.

VOOR- EN NADELEN VAN KEUZEKAARTEN EN KEUZEHULPEN

Keuzekaarten en keuzehulpen hebben een aantal belangrijke voordelen. Zo vergroten ze de kennis van patiënten over de opties, zodat deze tijdens het consult gerichtere vragen kun-

Figuur Gebruik van keuzekaart/hulp tijdens de beleidsfase van het consult

Kies 1 of meer keuzekaarten en keuzehulpen.

Tip

Kies een keuzekaart/hulp over een casus waarvan u zelf de meerwaarde inziet, of die u aanspreekt.

Keuzekaarten (in beeld) zijn te vinden op:
- Thuisarts.nl
- Consultkaart.nl

Keuzehulpen zijn te vinden op:
- Thuisarts.nl
- Keuzehulp.info (Patient+)
- Zorgkeuzelab.nl (Zorgkeuzelab)

Verdiep je in de inhoud van de keuzekaart/hulp.

Tip

Vraag uzelf af:
- Wat vind ik van de informatie in de keuzekaart of keuzehulp?
- Vind ik de keuzekaart of keuzehulp toepasbaar voor Samen Beslissen?
- Wat betekent dit voor het consult met de patiënt?

Bekijk eventueel de bijbehorende NHG-richtlijn, vooral als de keuzekaart of keuzehulp is ontwikkeld door een commerciële partij of tweedelijnsspecialisme.

Oefen het toepassen van de keuzekaart/ hulp tijdens het spreekuur.

Tip

Zet de link in uw favorieten in de browser of print de keuzekaart.
Evalueer het toepassen van de keuzekaart of keuzehulp:
- Hoe heeft de keuzekaart of keuzehulp u wel/niet ondersteund bij het bespreken van de opties?
- Hoe heeft de keuzekaart of keuzehulp u wel/niet geholpen bij het verkennen van de patiënt-voorkeuren?

Huisartsopleiders en aios kunnen hierbij gebruikmaken van consultopnamen of een 'om-en-om'- spreekuur.

Bespreek de wenselijkheid om samen te beslissen met de patiënt.
'Er is iets te kiezen. Vindt u het goed als ik eerst wat uitleg en dat we dan samen gaan kijken wat bij u past?'

Keuzekaart

1. Introduceer de keuzekaart.

   'In deze kaart staan de mogelijkheden waaruit we kunnen kiezen. Ik gebruik deze om uitleg te geven en geef deze straks aan u mee.'

2. Bespreek kort de beschikbare opties voor het beleid.
   - Benoem de opties, bijvoorbeeld door deze aan te wijzen in de keuzekaart.
   - Omcirkel of doorstreep eventueel een optie als deze voor de patiënt wel/niet aan de orde is en licht dit toe.
   - Benoem de vragen die worden beantwoord in de keuzekaart.
3. Exploreer welke informatie belangrijk is voor de patiënt om een keuze te maken en bespreek deze informatie.
4. Geef de keuzekaart bij voorkeur mee en maak een vervolgafspraak.
   - Vertel waar deze te vinden is.
   - Leg uit wat er verwacht wordt van de patiënt tijdens de vervolgafspraak.
5. Neem samen een gemotiveerd besluit.

Keuzehulp

1. Bespreek kort de beschikbare opties voor het beleid.
2. Introduceer de keuzehulp.
   - Leg uit wat het nut is van de keuzehulp.
   - Vertel waar deze te vinden is.
   - Leg uit hoe de patiënt deze kan gebruiken en dat er geen advies uitrolt.

   'Welke optie voor u het beste is, hangt af van wat ú belangrijk vindt. Deze keuzehulp kan helpen bij de keuze. Lees de keuzehulp thuis eens rustig door, vul deze in en zet voor uzelf op een rijtje wat u belangrijk vindt. Bespreek dat eventueel samen met iemand die u goed kent.'

3. Maak een vervolgafspraak.
   - Leg uit wat er verwacht wordt van de patiënt tijdens de vervolgafspraak.

   'Dan plannen we een nieuwe gesprek om te bespreken wat het beste bij u past.'

Tip

Vraag uzelf vóór het gebruik van een keuzekaart of keuzehulp af, of de gezondheidsvaardigheden en de geletterdheid van de patiënt het gebruik van deze middelen toelaten.

Zorg dat de patiënt de keuzekaart of keuzehulp snel kan terugvinden: schrijf de website of zoektermen op, mail de link, of print de keuzekaart tijdens de vervolgafspraak.

1. Vraag of het de patiënt gelukt is om de keuzekaart of keuzehulp te gebruiken.
2. Check of de patiënt de informatie begrepen heeft.
3. Inventariseer de resterende vragen van de patiënt en bespreek deze.
4. Verhelder de voorkeuren en afwegingen van de patiënt.
   'Wat past het best bij u? Waarom?'
5. Neem samen een gemotiveerd besluit.

nen stellen. Ze geven patiënten een overzicht om na te slaan en thuis te bespreken. Daarnaast voelen patiënten zich dankzij deze hulpmiddelen comfortabeler en beter geïnformeerd, waardoor de keuze vaker aansluit bij hun voorkeuren. Bovendien worden ze zo meer bij de besluitvorming betrokken.[9,10] Op hun beurt voelen artsen zich zekerder bij het bespreken van de opties wanneer ze een keuzekaart gebruiken, omdat deze informatie bevat die ze mogelijk niet paraat hebben.[10] Ook voor aiossen kunnen keuzekaarten behulpzaam zijn, omdat zij nog vaak onvoldoende medische kennis hebben om alle opties te kunnen bespreken.[11] Ten slotte geven de patiëntrelevante vragen zicht op welke aspecten belangrijk zijn voor het proces van wikken en wegen van de opties.
Er kunnen ook redenen zijn om geen keuzekaarten of keuzehulpen te gebruiken. Tijdsdruk kan een belangrijke drempel zijn. Uit onderzoek blijkt echter dat het gebruik van keuzehulpen minimaal effect heeft op de lengte van het consult en dat de inzet van keuzekaarten hier geen effect op heeft.[9,10] Toch mogen we aannemen dat het tijd kost om bekend te raken met de inhoud en handigheid te krijgen in het gebruik. Daarnaast zijn de meeste keuzekaarten en keuzehulpen niet geschikt voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid.[7,10] Voor deze doelgroep is de reeds genoemde *keuzekaart in beeld* beschikbaar.[5] Raadpleeg de handleiding om te zien hoe u deze in de spreekkamer kunt gebruiken.[12] Keuzekaarten en keuzehulpen worden ook niet altijd gebruikt omdat huisartsen soms geen weet hebben van het bestaan ervan en ze mogelijk lastig vindbaar zijn.[7,8,10,13]

CASUS (VERVOLG)

Later bekijken ze de video-opname. De opleider vraagt of de keuzekaart heeft geholpen bij het samen beslissen met mevrouw Kruis. De aios vond het handig om de informatie bij de hand te hebben, maar worstelde ermee om deze op een natuurlijke manier te bespreken. De opleider adviseert om eerst te exploreren welke vragen belangrijk zijn voor de patiënt. Ze nemen zich allebei voor om te gaan oefenen met keuzekaarten tijdens het om-en-om-spreekuur en om 2 keer per maand een keuzekaart te bespreken.

BEGINNEN MET HET GEBRUIKEN VAN KEUZEKAARTEN EN KEUZEHULPEN

De afgelopen jaren is het aantal keuzekaarten en keuzehulpen snel toegenomen. In Nederland zijn er al meer dan 200 en dit aantal zal nog groeien.[3,7,14,15] Enkele tientallen zijn initieel voor de huisarts bedoeld, maar veel keuzekaarten en keuzehulpen zijn transmuraal bruikbaar. Ook komt het voor dat de huisarts betrokken is bij het bespreken van keuzen uit de tweede lijn, waar deze hulpmiddelen eveneens geschikt voor zijn. We denken dat de meeste huisartsen de keuzekaarten en keuzehulpen niet of amper kennen, en er in de praktijk nog weinig mee werken.[3,5,67,15,16] Het is raadzaam om klein te beginnen door 1 of enkele keuzekaarten en keuzehulpen te kiezen en hiermee tijdens het spreekuur aan de slag te gaan. De [**figuur**] geeft concrete tips voor het (leren) gebruiken van keuzekaarten en keuzehulpen.

CONCLUSIE

Er zijn veel keuzekaarten en keuzehulpen beschikbaar die huisartsen en patiënten ondersteunen bij het samen beslissen. Het gesprek met de patiënt over welk beleid het beste past blijft hierin onmisbaar en stimuleert de actieve betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming. Het kan voor de huisarts(opleider) en aios een mooi leerdoel zijn om met 1 of enkele keuzekaarten en keuzehulpen aan de slag te gaan. Dit kan de medische kennis en het toepassen van samen beslissen met de patiënt vergroten. ■

LITERATUUR

1. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. Patient Educ Couns 2015;98:1172-9.
2. Baghus A, Timmerman A, Giroldi E, Henselmans I, Muris J, Van der Weijden T. Tips voor aiossen en opleiders over leren van Samen Beslissen. Huisarts Wet 2021;64:25-8.
3. Van der Weele GM, Baghus A. Welke rol spelen keuzekaarten bij samen beslissen? Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-2103-9.

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

Lees ook 'Welke rol spelen keuzekaarten bij samen beslissen?', Van der Weele GM, Baghus A. Huisarts Wet 2022;65(12):10-3.

Baghus A, Timmerman A, Giroldi, Van der Kraan J, Van der Weele G, Van der Weijden T. Hoe gebruik je keuzekaarten en keuzehulpen in de spreekkamer? Huisarts Wet 2022;65(12):36-9. DOI:10.1007/s12445-022-2108-4.

Universiteit Maastricht, CAPHRI, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: A. Baghus, aioto huisartsgeneeskunde, anouk.baghus@maastrichtuniversity.nl; dr. A. Timmerman, universitair docent; dr. E. Giroldi, universitair docent; prof. dr. T. van der Weijden, hoogleraar Implementatie van richtlijnen in de geneeskunde. Patiëntenfederatie Nederland, Utrecht: J. van der Kraan, senior adviseur patiëntbelang. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. G. van der Weele, senior wetenschappelijk medewerker NHG-Richtlijnontwikkeling, programmaleider Keuzekaarten.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose ‘Strepen op de rug na het kerstdiner’

Een 46-jarige vrouw komt kort na de kerstdagen op het spreekuur met progressieve streepvormige rode huiduitslag op haar onderrug en billen. De uitslag jeukt, maar doet geen pijn. Ze had deze dagen in de tuin gewerkt. Bij het kerstdiner had ze gegourmet met veel groente en paddenstoelen. De patiënte gebruikt geen medicatie en er zijn geen relevante diagnoses in haar voorgeschiedenis. Wat is uw diagnose?

1. Dermografische urticaria (urticaria factitia)
2. Fytofotodermatitis
3. Shiitake dermatitis
4. Digitate dermatosis (een vorm van parapsoriasis)

➤ Het antwoord leest u op pagina 61 en op www.henw.org, zoek op ‘Uw diagnose’ en de titel ‘Strepen op de rug na het kerstdiner’.

Auteurs: J. van Helden, aios, en R. van der Doef, huisarts
Met dank aan: André Moyakine, dermatoloog

Foto: J. van Helden

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. Kijk voor meer informatie bij henw.org/uw-diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van ‘Uw diagnose’.

H&W nu ook te volgen via sociale 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, waar u misschien wel aan bijgedragen hebt, met vrienden, familie en collega’s.

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

De rol van de huisarts bij donorconceptie

Marja Visser, Sara Coster, Anja van Osch

Donorconceptie heeft ingrijpende implicaties voor alle betrokkenen. Zo heeft de keuze van een donor verstrekkende gevolgen voor een kind. Daarom hebben wensouders ondersteuning nodig bij het maken van een passende keuze. Voor het welzijn van het kind en de ouders is het van groot belang dat er vanaf het prille begin openheid is over donorconceptie. De huisarts of POH-ggz hebben verschillende rollen: informeren, begeleiden bij het maken van keuzen, ouders bewustmaken van de uiteenlopende implicaties van de opties en waar nodig verwijzen naar een specialist op het gebied van donorconceptie.

De afgelopen decennia is de samenstelling van gezinnen veel diverser geworden en zijn er niet meer alleen standaardgezinnen met een vader, moeder en kinderen. Er kwamen ook steeds meer tweemoeder- en solomoedergezinnen, en het laatste decennium ook tweevadergezinnen en transvrouw/-mangezinnen. Deze gezinnen maken net als man-vrouwstellen van wie de man of de vrouw onvruchtbaar is, gebruik van donorconceptie. Kiezen voor donorconceptie betekent dat gezinsleden niet allemaal een genetische verbinding met elkaar zullen hebben. Dit heeft zowel op de korte als op de langere termijn diverse implicaties voor alle betrokkenen – wensouders, ouders, kinderen en donoren. In de praktijk merken we geregeld dat hulpverleners, onder wie (huis)artsen en psychologen, niet of nauwelijks bekend zijn met de vele psychosociale en ethische aspecten van donorconceptie. Toch is het voor hen van belang om te weten waar hun patiënten mee te maken kunnen krijgen en wat de gevolgen voor de verschillende soorten gezinnen zijn. Wensouders kunnen hierbij de hulp van huisartsen goed gebruiken, omdat ze hen vaak als eerste raadplegen. Het is heel waardevol wanneer huisartsen de wensouders kunnen informeren over de implicaties van keuzen, kunnen bijstaan bij het maken van afwegingen, de weg kunnen wijzen naar de benodigde informatie en/of gericht kunnen doorverwijzen naar een gespecialiseerde counselor. In dit artikel beschrijven wij de implicaties van donorconceptie, opdat huisartsen ouders nog adequater kunnen ondersteunen.

We gaan in op een aantal belangrijke aspecten van donorconceptie, gezien vanuit de positie van de (wens)ouder, het donorkind en de donor. In deze bijdrage laten we zogenaamd intentioneel co-ouderschap buiten beschouwing. Bij deze gezinsvorm gaat het om mannen en vrouwen die samen een kind krijgen en geen liefdesrelatie hebben, maar wel de opvoedingsverantwoordelijkheid delen.

ETHISCHE EN PSYCHOSOCIALE IMPLICATIES VAN DONORCONCEPTIE

Wensouders die voor het vervullen van hun kinderwens de hulp aanvaarden van iemand die geen deel uitmaakt van de relatie, worden geconfronteerd met diverse ethische en psychosociale implicaties. Dit geldt ook voor vrouwen zonder partner die voor donorconceptie kiezen. Deze ouders moeten verschillende vragen beantwoorden: hoe maak je de keuze voor een donor, wat gaat niet-genetisch ouderschap binnen de relatie betekenen, wat betekent het voor een kind om de donorvader niet te kennen tot het 16 is, hoe zal je omgeving reageren en hoe kan je daarmee omgaan, en – een vraag die ouders van alle gezinstypen hebben – wanneer en hoe begin je je kind te vertellen over de donor?[1-3]

CASUS: DONORKEUZE

Marieke, 36 jaar, komt op uw spreekuur. Haar relatie is onlangs geëindigd en ze heeft een kinderwens. Ze denkt nu na over solomoederschap, maar heeft veel vragen en twijfels. Moet ze bijvoorbeeld zelf een donor zoeken, zodat haar kind al jong kan weten wie de vader is? Wat is daarvoor een veilige manier nu je zoveel hoort over 'multidonoren' (mannen die erop uit zijn zo veel mogelijk nageslacht te krijgen)? Hoe zit het met de wachttijden voor een Nederlandse donor en heeft ze nog tijd? Wat betekent het voor het kind wanneer ze voor een buitenlandse donor kiest, en is het wel zeker dat hij later vindbaar is?

KIEZEN VOOR EEN DONOR

In Nederland waren donoren tot 1992 altijd anoniem. Na die tijd gold een tweesporenbeleid: naast anoniem donorschap was ook identificeerbaar donorschap mogelijk. Het heeft tot 2004 geduurd voordat er een wet kwam die alleen dat laatste toestond. Met de inwerkingtreding van deze Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (Wet DKB) kregen kinderen het recht om vanaf hun 16e jaar de identiteit van de donor te kennen (naam, geboortedatum en woonplaats) en werd anoniem donorschap verboden.[4] Tot 2018 kon een donor in Nederland maximaal 25 donorkinderen krijgen. In dat jaar

DE KERN

- Donorconceptie heeft ingrijpende implicaties voor alle betrokkenen: de (wens)ouders, de kinderen en de donoren.
- De keuze van een donor heeft verstrekkende gevolgen voor het kind. Daarom is het belangrijk de wensouders te ondersteunen bij het maken van een passende keuze.
- Het is van groot belang voor de hechting en het welzijn van het kind en voor de ouders/het gezin om vanaf het prille begin open te zijn over de donorconceptie.
- De rol van de huisarts of POH-ggz kan zijn: informeren, eventueel begeleiden bij het maken van keuzen, ouders bewustmaken van diverse implicaties van de verschillende opties en waar nodig verwijzen naar een specialist op het gebied van donorconceptie (www.donorconceptie.nl).

CASUS: WANNEER EN HOE VERTEL JE HET JE KIND?

Anke, 43 jaar, komt op uw spreekuur. Met haar vrouw heeft ze 6 jaar geleden met hulp van een spermabankdonor een zoon gekregen. Ze hebben hun zoon verteld dat hij 2 moeders heeft en geen vader. Maar nu had een vriendje aan hem gevraagd waar zijn papa eigenlijk is. Haar vrouw vindt dit best confronterend en wil wel zeggen dat een donor geholpen heeft, maar is bang dat het verwarrend is voor hun zoon als ze hem 'donorpapa' noemen. Anke maakt zich zorgen dat hij het er toch moeilijk mee gaat krijgen. Wat kan ze het beste doen? En in hoeverre is de positie van de 'sociale' moeder anders dan die van haar als biologische moeder?

heeft de NVOG een nieuw standpunt ingevoerd en mag een donor voor maximaal 12 gezinnen worden ingezet.
Het keuzeproces voor een donor vraagt veel van wensouders.[3,5,6] Ze willen het juiste doen voor hun kind en het moet voor henzelf ook kloppen. Dit betekent vaak dat wat voor hen persoonlijk belangrijk is, strijdig kan zijn met de belangen van hun toekomstige kind.
Wanneer wensouders kiezen voor een donor van een spermabank, willen ze vaak het liefst een Nederlandse donor, maar die zijn schaars vanwege de grote vraag naar donoren. Daarnaast wil een deel van de wensouders zelf kunnen inschatten wat voor man de donor is (liefst iemand die sociaal is, op de wensouder lijkt, knap is, intelligent, lang, sportief, enzovoort). In Nederland krijgen wensouders bij een kliniek beperkte informatie over een donor. Bovendien willen ze meestal niet te lang wachten. Daarom kiezen wensouders geregeld voor een donor van een buitenlandse spermabank. In bijna alle Nederlandse klinieken – op 2 na – is behandeling met sperma van buitenlandse donoren mogelijk. Wensouders kunnen hier snel terecht en kunnen zelf een keuze maken uit donorprofielen. Hier kleven echter ook nadelen aan. Een buitenlandse donorbank is weliswaar gehouden aan de Nederlandse wet en de NVOG-richtlijnen voor het aantal gezinnen waarvoor een donor mag doneren, maar diezelfde donor kan in andere landen ook worden ingezet. Daardoor kan een donor wereldwijd vele nakomelingen krijgen, wat deze kinderen als erg lastig kunnen ervaren. Ook is er geen harde zekerheid over de traceerbaarheid van de donoren als kinderen de leeftijd hebben om te mogen weten wie de donor is.
Voor kinderen is het van groot belang dat ouders in elk geval voor een identificeerbare donor kiezen en het hun kind vertellen.[7,8] Toch zijn er nog Nederlandse ouders die een anonieme donor willen en daarom voor behandeling naar het buitenland gaan.
Als wensouders een bekende donor willen, is het van belang dat ze voldoende tijd nemen om deze te leren kennen en belangrijke zaken goed door te spreken. Daarnaast zullen ze een gespecialiseerde advocaat en/of notaris moeten inschakelen om een goed contract op te stellen. Het is niet aan te raden om dit zelf online te doen met gedownloade exemplaren. Verder is goede counseling nodig. Zogenaamde multidonoren – mannen die zoveel mogelijk nageslacht willen hebben en onder andere verschillende namen aannemen – blijken hier misbruik van te maken. Deze mannen willen vaak niet naar de notaris omdat zij zich daar moeten identificeren.

MET JE KIND PRATEN OVER DONORCONCEPTIE

Uit onderzoek is gebleken dat het welzijn van kinderen die geboren zijn na donorconceptie niet verschilt van dat van kinderen die in traditionele gezinnen geboren zijn.[2,9,10] Uit onderzoek weten we ook dat het voor het welzijn van kinderen van belang is dat ouders vanaf het begin openlijk met hun kind praten over de donorconceptie en dat een kind later kan weten wie de donor is.[7,8,11] Veel ouders realiseren zich inmiddels dat het belangrijk is om vanaf de babytijd open te zijn tegen kinderen over hulp van de donor. Wel zoeken veel ouders nog hoe zij dit op een 'goede' manier kunnen doen.[12-15]
Voor de huisarts is het goed om te weten dat het voor ouders het minst ingewikkeld is als ze hun kind vanaf de babytijd vertellen over de donor en als het wat groter is (4+) ook over de donorconceptie. Dit geldt voor alle gezinsvormen. Zo jong beginnen met vertellen betekent dat ouders eraan wennen om erover te praten dat een donor(papa) geholpen heeft. Bovendien hebben ouders dan vanaf het begin geen geheim voor hun kind, wat de hechting en daarmee de relatie met hun kind ten goede komt. Voorleesboekjes kunnen behulpzaam zijn (www.eenbijzondergewoongezin.nl).[16]
Ouders kunnen beter niet afwachten tot hun kind vragen gaat stellen, maar er uit zichzelf over beginnen. Hierdoor laten zij hun kind proactief weten er open voor te staan. Kinderen geven aan dat ze het belangrijk vinden dat ouders uit zichzelf met hen over de donorconceptie *blijven* praten. Elke levensfase van een kind brengt immers weer nieuwe vragen met zich mee.
Helaas zijn er nog steeds volwassen donorkinderen die niet weten dat ze verwekt zijn met hulp van een donor. Misschien zijn hun ouders overleden of durven hun ouders het hen nog steeds niet te vertellen. Soms worden ouders naarmate ze

Preview wird erstellt

De invloed van de overgang op nycturie bij vrouwen

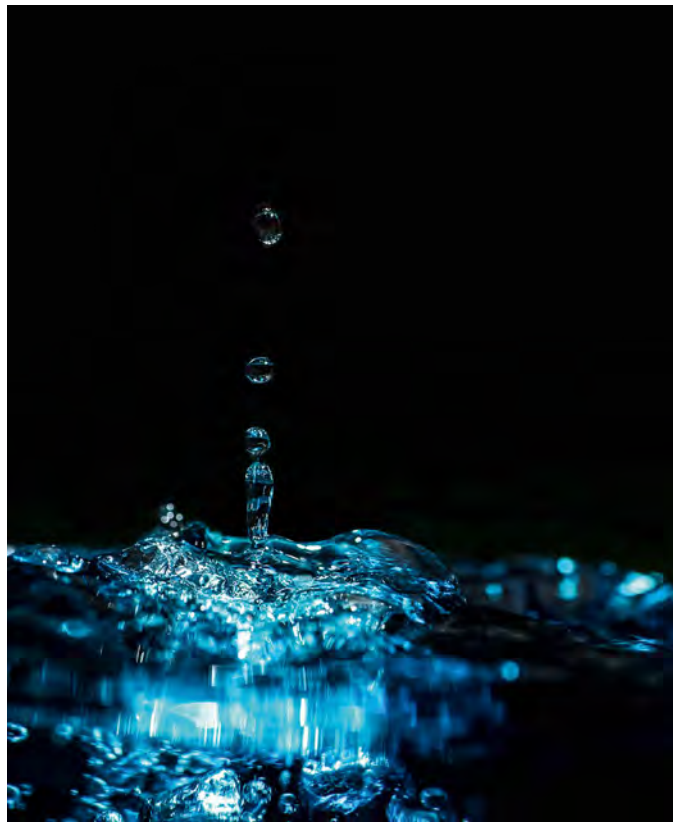
Klaartje van Antwerpen, Toine Lagro-Janssen

Nycturie is een hinderlijk probleem met een grote impact op de kwaliteit van het leven. Bij vrouwen neemt de incidentie rond de overgang sterk toe. Een goede anamnese en het mictiedagboek zijn belangrijke hulpmiddelen om 3 belangrijke oorzaken van nycturie op te sporen. Elk van deze oorzaken wordt beïnvloed door het dalen van de oestrogeenspiegel in de overgang. We beschrijven de diverse behandelingsmogelijkheden en (contra)indicaties van medicatie, zoals anticholinergica en oestrogenen systemisch en lokaal.

CASUS: VROUW MET NYCTURIE

Mevrouw Aalberse, 55 jaar, is sinds 3 jaar postmenopauzaal. Ze moet sindsdien 's nachts 4 keer plassen en slaapt daarna met moeite weer in. Daardoor is ze overdag moe en prikkelbaar. Overdag drinkt ze voldoende en plast ze vaak kleine beetjes, zonder pijn. De opvliegers zijn het laatste jaar nagenoeg verdwenen. Wel klaagt ze over een schrijnend gevoel vaginaal. Ze heeft geen last van enkeloedeem en gebruikt geen medicatie.

Volgens de definitie van de International Continence Society is nycturie 'het ontwaken om te urineren gedurende de slaap'.[1,2] De prevalentie van nycturie neemt toe met de leeftijd, zowel bij mannen als vrouwen.[1-3] Bij vrouwen zien we perimenopauzaal echter een scherpe stijging in de prevalentie, van 16% naar 30% postmenopauzaal. Bij mannen verloopt die toename geleidelijker.[3,4] Twee of meer keren plassen 's nachts ervaren de meeste mensen als hinderlijk.[1,5] Bijna 90% van de postmenopauzale vrouwen heeft urogenitale klachten, waarvan nycturie met 77% een van de meest voorkomende is, naast vaginale droogte.[1,5] Toch zoekt slechts een klein deel van deze vrouwen hulp.[1-3] Waarschijnlijk zien vrouwen nycturie als een normaal verouderingsverschijnsel of gaan ze ervan uit dat er geen effectieve behandeling voorhanden is.[3] Nycturie hangt samen met een toegenomen risico op morbiditeit.[1,5,6] Zo geeft nycturie op oudere leeftijd een 2 keer zo hoog risico op vallen en heupfracturen.[1] Nycturie heeft een negatieve invloed op de normale slaapcyclus, waardoor de kans op psychische symptomen, zoals prikkelbaarheid en depressie, groter is.[2,5,6] Huisartsen zouden bij valneigingen, psychische klachten en slaapstoornissen vaker naar nycturie kunnen vragen.



Een significant deel van de ouder wordende vrouwen heeft een gecombineerde vorm van nycturie. Foto: Unsplash

PATHOFYSIOLOGIE

De pathogenese van nycturie is complex. We noemen de 3 belangrijkste oorzaken: 1) een afgenomen (nachtelijke) blaascapaciteit, 2) nachtelijke polyurie en 3) globale polyurie [**tabel 1**].[1,2] Een significant deel van de ouder wordende vrouwen heeft echter een gecombineerde vorm van nycturie, waarbij zowel nachtelijke polyurie als afgenomen blaascapaciteit een rol spelen.[1] Bovendien kunnen slaapverstorende factoren, zoals het *restless-legs syndrome* (RLS), de *periodic limb movement disorder* (PLMD), het obstructieveslaapapneusyndroom (OSAS) of nachtzweten/opvliegers, aanleiding geven tot frequent ontwaken, waardoor de patiënt vaker een prikkel voelt om te plassen (*convenience voidings*).[1,6]

Tabel 1

Het onderscheid tussen verschillende oorzaken van nycturie

Verschillende oorzaken nycturie	**Anamnese algemeen:** ● Mictiefrequentie 's nachts ● Sinds wanneer toegenomen en ervaren hinder ● Vochtintake (avond, blaasprikkelende stoffen en alcohol) ● Doorslaapproblemen, slaaphygiène		
	Specifiek	**Let bij LO op**	**Mictiedagboek**
1. Afgenomen (nachtelijke) blaascapaciteit De functionele blaascapaciteit < 250 ml Bijvoorbeeld: bij overactieveblaassyndroom (OAB)/neurogene blaas/diabetische cystopathie	● Frequent en kleine beetjes plassen, dag en nacht ● Frequente aandrang, dag en nacht ● Eventueel incontinentie	Bekkenbodem (bij vermoeden OAB): Tonus, aanspannen/ontspannen Prolaps	Grootste volume < 250 ml Mictiefrequentie overdag > 8
2. Nachtelijke polyurie > 33% van de 24-uursurineproductie wordt 's nachts uitgeplast Bijvoorbeeld: bij stoornissen in de water- en elektrolythuishouding/bij verplaatsing van vocht bij oedeem door bijvoorbeeld hartfalen	● Afwezigheid van klachten overdag ● Nycturie vooral begin van de nacht Medicatiegebruik (vooral diuretica) en tijdstippen Let op VG: hartfalen, hypertensie, nierfalen (nefrotisch syndroom), veneuze insuffi-ciëntie	Tekenen van overvulling Perifeer oedeem Bloeddruk	Mictiefrequentie overdag normaal Nachtelijk volume > 1/3 van het totale 24-uursvolume
3. Globale polyurie Polyurie gedurende zowel dag als nacht. Bijvoorbeeld: door polydipsie, bij diabetes mellitus/diabetes insipidus	● Veel dorst en/of zeer ruime vochtintake ● Droge mond ● Natriuminname	(Onvoldoende) diabetescontrole	Totale intake en totaal uitgeplast volume > 3 liter/24 uur of > 40 ml/kg/24 uur
Bijkomende oorzaken			
Slaapstoornissen	● Restless-legs syndrome ● Periodic limb movement disorder ● Obstructieveslaapapneusyndroom		Normale blaascapaciteit overdag en kleine volumes 's nachts
Overgangsgerelateerd	● Nachtzweten ● Opvliegers ● Droge mond ● Vaginale klachten/dyspareunie	Vaginale atrofie	

ANAMNESE EN AANVULLEND ONDERZOEK

Het doel van de anamnese en het aanvullende onderzoek is om onderscheid te maken tussen de 3 genoemde vormen van nycturie [**tabel 1**].[1,2,7-9] Bestaande comorbiditeit, zoals hartfalen, nierfalen/nefrotisch syndroom, veneuze insufficiëntie met oedemen en diabetes mellitus, of medicatiegebruik kan helpen bij het maken van een onderscheid.

Het mictiedagboek vormt echter het belangrijkste diagnostisch instrument, omdat dat zichtbaar maakt wanneer er sprake is van een afgenomen blaascapaciteit, een nachtelijke polyurie of een globale polyurie. Dit onderscheid in 3 oorzaken, al dan niet in combinatie met klachten door daling van de oestrogeenspiegel, geeft vervolgens richting aan de adviezen en behandeling bij vrouwen.

CASUS (VERVOLG)

Mevrouw Aalberse vraagt hulp omdat de frequentie en hinder van de nycturie toenemen. Bij anamnese en onderzoek blijkt er sprake van vaginale droogte en het mictiedagboek laat een frequente mictie zien (13 keer). Het grootste volume meet 250 ml – dat is verminderd en past bij een overactieve blaas. Ze krijgt het advies 's avonds minder (blaasprikkelende) vloeistoffen (thee) te drinken en gaat blaastraining doen. Ook start ze met vaginale oestrogenen. Daarna neemt de mictiefrequentie zowel overdag als 's nachts naar tevredenheid af.

BEHANDELING

Algemeen

Adviezen over een gezonde leefstijl zijn, ongeacht de oorzaak, een eerste vereiste.[1] [**Tabel 2**] bevat algemene adviezen en adviezen bij overgangsgerelateerde klachten.[1,7-9]

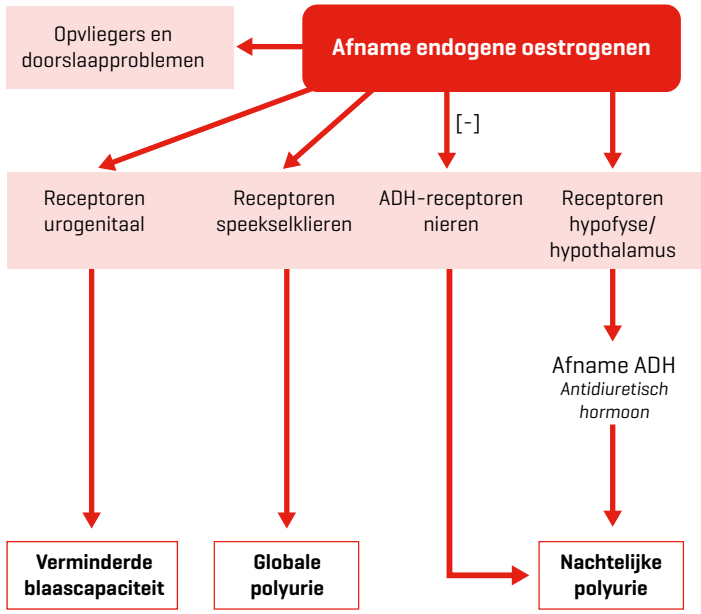
Adviseer de patiënt om voldoende te drinken en blaasprikkelende vloeistoffen te vermijden wanneer de anamnese en het mictiedagboek wijzen op een *afgenomen (nachtelijke) blaascapaciteit*. Blaastraining is de belangrijkste stap in de behandeling.[7] Wees terughoudend met het voorschrijven van anticholinergica, niet alleen omdat het effect daarvan ten

DE KERN

- Bij patiënten met een valneiging, psychische klachten en slaapproblemen is het aan te raden om naar nycturie te vragen.
- De oorzaak van nycturie kan liggen in een afgenomen (nachtelijke) blaascapaciteit, nachtelijke polyurie of een globale polyurie. Bij vrouwen in de overgang kan bij elk van deze oorzaken een afname van de endogene oestrogenen een rol spelen.
- Om inzicht te krijgen in de oorzaak is naast een goede anamnese vooral het mictiedagboek richtinggevend.
- De behandeling van nycturie is ingewikkeld en hangt af van de oorzaak; start met leefstijladviezen en zo mogelijk behandeling van de onderliggende oorzaak.

Figuur

De rol van dalende oestrogenen op nycturie



opzichte van een placebo gering is, maar vooral omdat de kans op bijwerkingen bij ouderen groot is.[7,8] Binnen 30 dagen staakt 43-83% van de patiënten de behandeling.[7]
Bij aanwijzingen voor een *globale polyurie* (bijvoorbeeld polydipsie) luidt het advies om de vochtinname te beperken. Als het ontstaan van polydipsie/polyurie samenhangt met diabetes mellitus, dan zal de glucose-instelling geoptimaliseerd moeten worden.[1]
De diagnose en behandeling van *nachtelijke polyurie* zijn ingewikkeld. Theoretisch kunnen we onderscheid maken tussen verhoogde water- en verhoogde natriumuitscheiding.[1] Diagnostiek en behandeling hiervan zijn niet geschikt voor de eerste lijn. Een eventuele proefbehandeling met desmopressine moeten we afraden vanwege een aanzienlijke kans op (ernstige) hyponatriëmie, vooral bij vrouwen.[7] De huidige NHG-Standaard Hartfalen adviseert om een diureticum voor te schrijven wanneer er duidelijke aanwijzingen zijn voor hartfalen.[10]

Peri- en postmenopauzale veranderingen door dalende oestrogeenspiegels

Daling van de endogene oestrogenen tijdens de overgang vermindert de activiteit van oestrogeenreceptoren in verschillende eindorganen. Die afgenomen activiteit draagt als volgt bij aan het ontstaan van nycturie [**figuur 1**]:[1,2]

- Receptoren in de blaas, vagina en urethra: het epitheliale en gladde spierweefsel van de blaas verdunt en de doorbloeding van de vagina en de blaas vermindert.[1,2] Deze veranderingen resulteren in een geschatte vermindering van de functionele blaascapaciteit met 50%.[2] Dit mechanisme is hoogstwaarschijnlijk 1 van de oorzaken van het overactieveblaassyndroom bij oudere vrouwen, dat wordt gekenmerkt door urgency, frequency en nycturie.[1,2]
- Receptoren in de mondmucosa en speekselklieren: minder activiteit van oestrogenen geeft een droge mond en dorst, wat kan leiden tot een toename van de globale 24-uurs- en avondinname van vocht. Dat leidt tot een toename van (nachtelijke) diurese.[1,2]
- Receptoren in de hypofyse en hypothalamus: minder oestrogeenactiviteit betekent minder secretie van het antidiuretisch hormoon (ADH). ADH is een van de belangrijkste hormonen in de waterhuishouding. Normaliter stijgt ADH in de nachtelijke uren en neemt de nachtelijke diurese af.[1,2] De daling van oestrogenen leidt door de verlaging van ADH tot nachtelijke polyurie.

Tabel 2

Algemene en overgangsgerelateerde adviezen bij nycturie

Algemene/leefstijladviezen bij nycturie	Adviezen bij overgangsgerelateerde klachten, zoals opvliegers
Voldoende maar niet overmatig drinken (1,5-2 liter/dag)	Slaapkamertemperatuur verlagen en ventileren
Verminderen zoutconsumptie en blaasprikkelende vloeistoffen (cafeïne en/of alcohol)	Kleding en bedlinnen in laagjes
Vermijden van vochtintake 2 uur voor bedtijd	Vermijden van aanwijsbare triggers voor opvliegers, zoals alcohol en pittig eten
Blaas ledigen voor het slapengaan	

- Daling van oestrogenen heeft daarnaast ook een direct effect op de nieren, doordat deze ze minder gevoelig voor ADH maakt.[1,2]
- Een vermindering van oestrogenen leidt door nachtzweten en nachtelijke opvliegers tot slaapproblemen en frequent ontwaken, waardoor de patiënt vaker een prikkel om te plassen kan voelen.[1,6]

Hoewel de afname van oestrogenen de klacht nycturie nadelig beïnvloedt, is er weinig onderzoek verricht naar het effect van hormoonsuppletie. Er is nauwelijks tot geen bewijs over de rol van hormonale substitutietherapie (HST) bij de behandeling van nycturie. Het advies van de International Consultation on Incontinence Research Society (ICIRC) op basis van expertconsensus luidt om voor nycturie in de overgang alleen HST in combinatie met leefstijladviezen voor te schrijven wanneer er ook nachtelijke opvliegers zijn.[1]
Ook voor lokaal vaginaal gebruik is de effectiviteit van oestrogenen bij alleen de klacht nycturie beperkt.[2] Een systematische review over de effectiviteit van vaginaal gebruik van oestrogenen concludeert dat de nachtelijke mictiefrequentie slechts in 3 van de 5 onderzoeken daalt vergeleken met een placebo.[11] Volgens de richtlijn van de ICIRC kan vaginaal gebruik van oestrogenen, ter ondersteuning van het urogenitale epitheel, bij nycturie overwogen worden wanneer er ook andere urogenitale klachten zijn, zoals vaginale droogte.[1]

CONCLUSIE

De belangrijkste 3 oorzaken van nycturie zijn op te sporen met een goede anamnese en het mictie. Vraag bij slaapstoornissen, psychische klachten en valneigingen (bij ouderen) ook naar nycturie. Afhankelijk van de oorzaken kunt u een gericht advies en/of behandeling geven. Bij peri- en postmenopauzale vrouwen kan bij elk van die oorzaken ook een daling van de oestrogeenspiegel een rol spelen. ■

LITERATUUR

1. Kurtzman JT, Bergman AM, Weiss JP. Nocturia in women. Curr Opin Urol 2016;26:315-20.
2. Pauwaert K, Goessaert AS, Ghijselings L, Monaghan TF, Depypere H, Everaert K. Nocturia through the menopausal transition and beyond: a narrative review. Int Urogynecol J 2021;32:1097-106.
3. Kooij DG, Van Dijk L, Schellevis FG. Nycturie: prevalentie en kwaliteit van leven. Utrecht: Nivel, 2002.

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

Van Antwerpen K, Lagro-Janssen ALM. De invloed van de overgang op nycturie bij vrouwen. Huisarts Wet 2022;65(12):44-7. DOI:10.1007/s12445-022-2105-7.

Huisartsencentrum Herveld, Herveld: K. van Antwerpen, huisarts, kaderhuisarts urogynaecologie, klaartjevanantwerpen@gmail.com.
Radboudumc, Vrouwenstudies Medische wetenschappen, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Vraag bij slaapstoornissen, psychische klachten en valneigingen ook naar nycturie.

Foto: Shutterstock

Leefstijlverandering, beweegadvies en preventie

1. Assendelft meldt in zijn artikel dat er twijfel is over beweegadviezen en de beweegprogramma's in de eerste lijn. Waarover wordt getwijfeld?[1]
a. Dat actief bewegen ziekten kan voorkomen en de gevolgen van bestaande ziekten kan beperken.
b. Dat eerstelijns beweegprogramma's veilig zijn voor de mensen die eraan deelnemen.
c. Dat eerstelijns beweegprogramma's leiden tot meer bewegen en verandering van leefstijl.

2. De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is beschikbaar sinds 2019. De GLI geeft aandacht aan voeding en bewegen. Assendelft meldt dat de instroom achterblijft, onder andere door te weinig coaches. Wat draagt nog meer bij aan de lage instroom?[1]
a. De GLI wordt niet vergoed door zorgverzekeraar.
b. De GLI heeft strenge inclusiecriteria, waardoor de instroom laag is.
c. De GLI is minder geschikt voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

3. Van Trier schrijft over leefstijlverandering ter preventie van hart- en vaatziekten (HVZ). In haar inleiding beschrijft zij hoe het met de leefstijl van de Europeanen gesteld is. Welke bewering is juist?[2]
a. Ongezonde leefgewoonten nemen af, veranderen van leefstijlgewoonte lukt bij de meesten.
b. Ongezonde leefgewoonten blijven gelijk, veranderen van leefstijlgewoonte lukt bij de helft.
c. Ongezonde leefgewoonten nemen toe, veranderen van leefstijlgewoonte lukt maar zelden.

4. Niet alle leefstijlinterventies zijn effectief, sommige zijn zelfs contraproductief. Van Trier beveelt aan om de interventie goed af te stemmen op de doelgroep. Wat zegt zij over de inclusie?[2]
a. Focus op inclusie van mensen met een hoog risico.
b. Focus op de hele risicorange; van laag tot hoog.

5. Van Trier adviseert de obese patiënt met HVZ in de voorgeschiedenis regelmatig te screenen. Waarop dient volgens haar gescreend te worden?[2]
a. Longproblemen
b. Mictiestoornissen
c. Slaapproblemen

6. Hoewel gewichtsverlies wordt geassocieerd met een verlaging van het risico op HVZ, wordt die relatie niet teruggezien in gerandomiseerde onderzoeken. Welke verklaring geeft Van Trier hiervoor?[2]
a. De relatie tussen gewichtsverlies en HVZ is in werkelijkheid afwezig.
b. De deelnemers waren niet in staat om het afvallen lang genoeg vol te houden.
c. Omvang van afzonderlijke onderzoeken zijn te gering om zwakke associatie aan te tonen.

7. Psychosociale stress gaat gepaard met slechter slapen en een ongezonde leefstijl. Deze 3 factoren afzonderlijk verhogen het risico op HVZ. Screening op psychologische klachten wordt daarom aangeraden. Hoe meet je deze klachten volgens Van Trier?[2]
a. Met de DSM-5
b. Met het SCEGS-model
c. Met de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

Foto: Shutterstock

8. Stoppen met roken is op iedere leeftijd geassocieerd met een betere levensverwachting. Van Trier meldt hoeveel procent van de rokers stopt na een hartinfarct. Wat is juist?[2]
a. 70%
b. 60%
c. 50%

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

LITERATUUR

1. Assendelft WJJ. Huisarts en beweegadvies – waar wachten we op? Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-2115-5.
2. Van Trier TJ, Mohammadnia N, Snaterse M, et al. De effectiviteit en veiligheid van leefstijlinterventies bij hart- en vaatziekten. Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-2121-7.

ANTWOORDEN

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

Nieuwe MDR Keloïd en littekenhypertrofie

Iris Wichers

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie is een multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld, de MDR 'Keloïd en littekenhypertrofie'. Aanleiding was de behoefte aan duidelijkheid over de diagnose en beleid rondom beide aandoeningen. De richtlijn is geschreven voor tweedelijns zorgverleners, maar geeft ook handvatten voor huisartsen wanneer te verwijzen. Er bestaat op dit moment geen eerstelijns richtlijn voor keloïd of littekenhypertrofie.

Het is onbekend hoe vaak littekenhypertrofie of keloïd voorkomt in de huisartsenpraktijk. Voor littekenhypertrofie bestaat geen aparte ICPC-code en keloïd heeft alleen een subcode (S99.09). Het Nivel geeft geen incidentie- en prevalentiecijfers van subcodes, omdat deze niet gevalideerd zijn.[1]
In de praktijk gaan de meeste vragen van patiënten over wat helpt om een lelijk litteken te voorkomen: masseren, crème (vitamine E) of siliconengel? Soms zijn ze bezorgd omdat het litteken zich lelijk lijkt te gaan ontwikkelen. Hoe vaak huisartsen littekenhypertrofie zelf behandelen of hiervoor verwijzen naar een huidtherapeut, is onbekend.

KENMERKEN EN NATUURLIJK BELOOP

De eerste 3-6 maanden dat het litteken actief is, is het een rode, verheven en stugge plek met jeuk en soms pijn. Daarna vindt de uitrijpingsfase plaats, die tot een jaar kan duren. Binnen dat jaar kan het litteken invaliderend worden (functiebeperking, kwetsbaarheid, forse jeuk of pijn). Als dat het geval is of als het litteken na een jaar nog klachten geeft, spreekt men van een pathologisch litteken.
In de definitie van de richtlijn is een keloïd een verheven, rood of donker, stug en fibrotisch weefsel dat disproportioneel sterk groeit ten opzichte van de oorzaak (trauma of ontsteking). Spontane regressie treedt zelden op.

DIAGNOSTIEK

De nieuwe richtlijn geeft handvatten om onderscheid te maken tussen littekenhypertrofie en keloïd. Littekenhypertrofie ontstaat binnen enkele weken tot maanden na een verwonding; keloïd kan spontaan ontstaan of maanden tot jaren na een piercing of ontsteking. Bij keloïd is de familieanamnese vaak positief. Het komt vaker voor bij donkerder huidtypen (huidtype ≥ 4) en heeft als voorkeurslocaties presternaal, anterieure thorax, schouders, bovenrug en oren. Zie voor meer informatie over de verschillende huidtypen [**tabel 8**] van de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen.

BELEID

Het is belangrijk alert te blijven op een afwijkend natuurlijk beloop. Het verdere beleid is afhankelijk van de uitgebreidheid van de afwijking. Uitgebreide littekenhypertrofie strekt zich (vanzelfsprekend) uit over een groot oppervlak, vaak over meerdere lichaamsdelen. Uitgebreid keloïd breidt zich uit naar de omringende huid en blijft groeien [**figuur**]. Beide zijn een indicatie om te verwijzen.
Verwijs naar een plastisch chirurg of dermatoloog bij:

- uitgebreide littekenhypertrofie
- uitgebreid of recidief keloïd
- beperkte littekenhypertrofie met functionele klachten (plastisch chirurg)
- twijfel over de diagnose (dermatoloog)

Figuur Beperkt (links) en uitgebreid (rechts) keloïd

Mogelijke behandelingen die de huisarts of huidtherapeut kan uitvoeren bij beperkte littekenhypertrofie zijn een siliconenpleister of siliconengel, intralesionale injecties met triamcinolonacetonide of lasertherapie. Littekenmassage kan overwogen worden bij hyperesthesie of adhesies van het litteken in de omliggende weefsels. Er bestaat geen vergelijkend onderzoek naar het effect van indifferente of corticosteroïdencrèmes. Als een beperkte littekenhypertrofie toch veel klachten geeft (ook als het litteken < 1 jaar oud is), of als de behandeling door onvoldoende effect heeft, valt verwijzing naar een plastisch chirurg of dermatoloog te overwegen.
Hetzelfde geldt voor een beperkt keloïd dat onvoldoende reageert op behandeling. De voorkeursbehandeling bij keloïd zijn intralesionale injecties met triamcinolonacetonide, eventueel in combinatie met siliconenpleisters. Alternatieve behandelingen zijn compressietherapie (indien de lokatie het toelaat), lasertherapie of cryotherapie gecombineerd met triamcinolonacetonide. ■

LITERATUUR

1. Hek K. Jaarcijfers aandoeningen – Huisartsenregistraties. Utrecht: Nivel, 2022. www.nivel.nl, geraadpleegd 7 juni 2022.

Wichers I. MDR Keloïd en littekenhypertrofie. Huisarts Wet 2022;65(12):51. DOI:10.1007/s12445-022-2104-8.
NHG, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. I. Wichers, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker: kenniscentrum@nhg.org.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Kijk op www.henw.org bij dit artikel voor informatie over de werkgroep.

Prikkelbaredarmsyndroom als positieve diagnose in de eerste lijn

Marloes Minnaard, Jacintha van Balen

De NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is herzien, tegelijkertijd met de multidisciplinaire richtlijn (MDR) PDS. De rode draad in beide richtlijnen is om patiënten met PDS zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen. Kenmerkend voor PDS zijn de terugkerende episodes van buikpijn die samenhangen met veranderingen en/of wisselingen van het ontlastingspatroon. De huisarts kan de diagnose stellen op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, mits er geen alarmsymptomen zijn. Dit maakt PDS in medisch jargon een 'positieve diagnose'.

PDS is een aandoening die in de eerste lijn goed kan worden gediagnosticeerd, behandeld en begeleid. Voor het stellen van de diagnose komen tijdens de anamnese aan de orde: kernsymptomen, bijkomende klachten en overige factoren die de diagnose PDS waarschijnlijker kunnen maken. Kernsymptomen zijn buikpijn of een ongemakkelijk of opgeblazen gevoel in de buik en veranderingen of wisselingen in het ontlastingspatroon. Denk bij bijkomende klachten onder andere aan slijm bij de ontlasting en misselijkheid. Overige factoren die de diagnose PDS waarschijnlijker maken zijn bijvoorbeeld een heftige darminfectie in de voorgeschiedenis, en recent een periode van grote spanning.

ONDERZOEK

Het lichamelijk onderzoek en de bevindingen daarbij maken geen deel uit van de diagnostische criteria, maar zijn bedoeld om andere onderliggende somatische aandoeningen minder waarschijnlijk te maken. Aanvullend onderzoek heeft ook niet het doel om PDS aan te tonen en is alleen noodzakelijk bij kenmerken (waaronder alarmsymptomen) die een andere aandoening dan PDS waarschijnlijker maken. Nieuw is dat de huisarts een calprotectinetest kan inzetten bij patiënten bij wie er op basis van niet-acute, recidiverende diarree een verhoogd risico bestaat op inflammatoire darmziekten. Bij een negatieve uitslag (< 50 microgram/gram feces) is de kans op inflammatoire darmziekten zeer gering.

De rode draad door de NHG-Standaard en de MDR is om patiënten met PDS zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen. Foto: Shutterstock

VOORLICHTING EN UITLEG GEVEN

In de herziening wordt veel aandacht besteed aan het beleid. Het doel daarvan is om de patiënt gerust te stellen en de hinder te verminderen die de patiënt van PDS-klachten ondervindt. Het onderdeel 'Richtlijnen beleid' bevat veel informatie over voorlichting en advies die de huisarts kan gebruiken bij de eerste stap in de behandeling van PDS. Daarbij gaat het om kennisoverdracht en over voorlichting over mogelijke oorzaken, het beloop en de prognose.

BEHANDELINGEN

Er zijn daarnaast verschillende behandelmogelijkheden, die helaas slechts bij een deel van de patiënten effectief zijn. Welke behandeling het best bij de patiënt past, hangt af van diens klachten en voorkeuren. Gezamenlijke besluitvorming om tot de individueel meest passende keuze voor behandeling te komen, speelt een belangrijke rol in het consult. In de volledige versie van de standaard staat een overzichtelijke tabel waarin de verschillende behandelingen zijn samengevat.
Verder is er in de standaard ook aandacht voor voeding, waarbij de richtlijnen Goede voeding van de Gezondheidsraad (een evenwichtig voedingspatroon) het uitgangspunt zijn. Bij 1 of enkele duidelijke triggers kan de patiënt de voeding zelf aanpassen, maar bij meerdere triggers wordt geadviseerd om naar de diëtist te verwijzen. Gebruik van psylliumvezels kan een aanvullende suggestie zijn. Daarbij is het advies voor veel of juist weinig vochtinname afhankelijk van de consistentie van de ontlasting: obstipatie- of juist diarreeklachten.

Medicatie

Net als in de vorige versie van de NHG-Standaard staat ook in de herziening dat behandeling met medicatie slechts bij een deel van de patiënten met PDS zinvol is. Daarop ligt dan ook zeker niet de nadruk in het onderdeel 'Richtlijnen beleid'. Er is wel een aantal kleine wijzigingen ten opzichte van de vorige versie van de standaard.
De term 'spasmolytica' is verouderd en vervangen door 'parasympathicolytica'. Binnen deze groep geneesmiddelen worden mebeverine en scopolaminebutyl niet langer aanbevolen, maar er is wel plaats voor een proefbehandeling met pepermuntolie. Om de kans op irritatie van de maag (maagzuur) en slokdarm (refluxklachten) te verkleinen, wordt geadviseerd om de *enteric coated* (maagsapresistente) capsules te gebruiken. Deze coating vertraagt de afgifte tot in het distale deel van de dunne darm; lokale werking zorgt ervoor dat het colon zich ontspant. Ook nieuw is dat de huisarts linaclotide kan voorschrijven. Dat middel is echter alleen te overwegen bij PDS-patiënten die veel last hebben van obstipatie en die onvoldoende baat hebben bij laxantia en niet-medicamenteuze behandeling.

BELANGRIJKE ROL VOOR DE EERSTE LIJN

De NHG-Standaard PDS is tegelijkertijd met de multidisciplinaire richtlijn (MDR) PDS gereviseerd. Hiervoor is een werkgroep samengesteld die bestond uit huisartsen, maag-darm-lever (MDL)-artsen, een diëtist, een psycholoog en een patiëntenvertegenwoordiger. De aanbevelingen over diagnostiek en behandeling in de standaard staan ook in de MDR. Beide documenten bevatten dezelfde informatie door de nauwe samenwerking tussen het NHG en het kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.
De rode draad door de NHG-Standaard en de MDR is om patiënten met PDS zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen (door huisarts, diëtist en psycholoog), en pas bij een vastlopend behandeltraject, complexe achtergrond of diagnostische onzekerheid (van arts of patiënt) door te verwijzen na eerst laagdrempelige consultatie van een MDL-arts.
PDS is zoals gezegd een positieve diagnose, dat wil zeggen dat deze diagnose kan worden gesteld na anamnese en lichamelijk onderzoek. Alleen wanneer er alarmsymptomen zijn zal de MDL-arts een scopie verrichten. De reden voor een scopie is dan niet om PDS aan te tonen, maar om bijvoorbeeld een maligniteit in het colon op te sporen (of uit te sluiten). Huisartsen en tweedelijns medisch specialisten hebben dezelfde mogelijkheden voor de behandeling van patiënten met PDS, zoals de NHG-Standaard en MDR vermelden. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) op richtlijnen.nhg.org en de volledige versie van de multidisciplinaire richtlijn PDS op richtlijnendatabase.nl.

Minnaard MC, Van Balen J. Prikkelbaredarmsyndroom als positieve diagnose in de eerste lijn. Huisarts Wet 2022;65(12):52-3.
DOI:10.1007/s12445-022-2114-6.
Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. M.C. Minnaard, huisarts en wetenschappelijk medewerker, kenniscentrum@nhg.org; dr. J. van Balen, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De werkgroep van de NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) bestond uit (op alfabetische volgorde): dr. E. Belfroid, J. Brouns, dr. C. Clemens, prof. dr. N. de Wit, dr. C. Flik, drs. B. Haarhuis, prof. dr. D. Keszthelyi, drs. D. Loehr, prof. dr. A. Masclee, dr. M. Minnaard, prof. dr. J. Muris, dr. A. Quartero, dr. A. Schep, drs. J. van Balen, dr. ir. N. van der Zwaluw.

Nirmatrelvir/ritonavir voor de meeste patiënten met COVID-19 niet zinvol

Miesje Nijs, Jacoba Greving, Margriet Bouma

Nirmatrelvir/ritonavir is een nieuw oraal antiviraal middel voor COVID-19. Het middel is echter op dit moment nog niet beschikbaar in Nederland. De inschatting van de NHG-werkgroep COVID-19, die de beschikbare onderzoeken heeft beoordeeld, is dat behandeling met nirmatrelvir/ritonavir voor de meeste patiënten met COVID-19 niet zinvol is.

Recent zijn enkele onderzoeken gepubliceerd naar nieuwe orale antivirale middelen bij COVID-19, zoals molnupiravir en nirmatrelvir/ritonavir.[1,2] Er werd onderzocht of deze middelen effectief zijn bij de behandeling van niet-opgenomen patiënten met COVID-19. Molnupiravir is vooralsnog niet geregistreerd door de EMA en wordt daarom verder niet besproken.

BESCHIKBAARHEID

De combinatie nirmatrelvir/ritonavir is sinds januari 2022 door de EMA onder bepaalde voorwaarden toegelaten tot de Europese markt en is in een aantal landen al beschikbaar. Het ministerie van VWS heeft gesprekken met de fabrikant over de beschikbaarheid van het middel in Nederland. Vooralsnog is nirmatrelvir/ritonavir niet beschikbaar in Nederland. Toch publiceren we alvast de aanbeveling voor de huisarts om duidelijkheid te verschaffen. Nirmatrelvir/ritonavir komt regelmatig in de media naar voren en levert daardoor vragen op bij patiënten en hun huisarts, zeker in het licht van de huidige najaarsgolf COVID-19. Het Zorginstituut Nederland beoordeelt momenteel of nirmatrelvir/ritonavir opgenomen kan worden in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Publicatie van hun rapport wordt op korte termijn verwacht en zal waarschijnlijk ook tot vragen van patiënten leiden.

ONDERZOEKSRESULTATEN

In het onderzoek naar de effectiviteit van nirmatrelvir/ritonavir zijn ongevaccineerde patiënten met COVID-19 geïncludeerd. Het onderzoek vond plaats in de periode voordat de omikronvariant dominant werd. Op basis van het onderzoek van Hammond et al. verlaagt nirmatrelvir/ritonavir mogelijk de kans op ziekenhuisopnames of sterfte bij niet-opgenomen ongevaccineerde volwassenen met COVID-19 met een (licht) verhoogd risico op een ernstig beloop. Dit geldt als er gestart wordt ≤ 5 dagen na de start van de klachten (absoluut voordeel 5,4%).

Nirmatrelvir/ritonavir is een nieuw antiviraal middel, waarvan de veiligheid nog maar zeer beperkt onderzocht is. Foto: Shutterstock

Een subgroepanalyse in dit onderzoek laat zien dat patiënten die al eerder COVID-19 doormaakten (zij bleken bij aanvang van het onderzoek een positieve serologie te hebben) een veel lager absoluut voordeel op ziekenhuisopname of overlijden hadden van nirmatrelvir/ritonavir dan seronegatieve patiënten (1,3% versus 10%).

BEPERKINGEN VAN DE HUIDIGE ONDERZOEKEN

In Nederland is het overgrote deel van de bevolking gevaccineerd. Daarnaast heeft een groot deel van de mensen COVID-19 doorgemaakt. Er zijn daardoor weinig mensen die SARS-CoV-2-naïef zijn. Bij gevaccineerde patiënten is de voorafkans op een ernstig beloop aanzienlijk lager, waardoor het absolute voordeel van de antivirale middelen bij gevaccineerde patiënten lager zal zijn dan het voordeel gevonden in de onderzoekspopulatie. Het absolute voordeel van antivirale middelen neemt ook af bij een virusvariant die minder ziekmakend is dan de dominante virusvariant(en) in de onderzoekspopulatie. De omikronvariant is minder ziekmakend, waardoor we verwachten dat het absolute voordeel van de onderzochte orale antivirale middelen momenteel kleiner is dan het absolute voordeel dat volgde uit de onderzoeksresultaten. Een groot retrospectief cohortonderzoek naar nirmatrelvir/ritonavir bij COVID-19 lijkt deze aannames te bevestigen.[3] Dit cohortonderzoek is uitgevoerd in de periode dat de omikronvariant de dominant circulerende stam was, bij overwegend patiënten met eerdere immuniteit door vaccinatie en/of een doorgemaakte infectie.

VEILIGHEID, BIJWERKINGEN EN INTERACTIES

Nirmatrelvir/ritonavir is een nieuw middel, waardoor de veiligheid nog maar zeer beperkt onderzocht is. Zowel weinig voorkomende bijwerkingen als (middel)langetermijneffecten zijn daardoor onbekend. Daarnaast heeft de combinatie nirmatrelvir/ritonavir veel interacties met andere medicijnen, waarvan een deel potentieel ernstig is. Zwangerschap vormt een contra-indicatie.

AANBEVELING

Behandeling met nirmatrelvir/ritonavir lijkt voor de meeste patiënten met COVID-19 in de huidige fase van de coronapandemie niet zinvol. Hoewel het middel mogelijk effectief is, is de kans op ziekenhuisopname of overlijden bij de meeste COVID-19-patiënten dermate laag dat het absolute effect van het middel bij deze patiënten te klein is om klinisch relevant te zijn. Dat geldt zeker omdat het merendeel van de Nederlandse bevolking ondertussen een vorm van immuniteit tegen COVID-19 heeft ontwikkeld, hetzij door vaccinatie, hetzij door het doormaken van COVID-19, in combinatie met de huidige, minder ziekmakende omikronvariant.
Nirmatrelvir/ritonavir kan wel overwogen worden bij een zeer kleine groep patiënten met een sterk verhoogd risico op een ernstig beloop. Dit zijn patiënten die verondersteld SARS-CoV-2-naïef zijn (ongevaccineerd en geen doorgemaakte COVID-19) én door hun comorbiditeit of klinische conditie een sterk verhoogd risico hebben op een ernstig beloop. Denk aan kwetsbare ouderen of patiënten met een ernstige cardiale of pulmonale aandoening. Daarnaast kan het middel overwogen worden bij patiënten met een ernstig verminderde afweer, ongeacht hun vaccinatiestatus, die onder behandeling zijn bij een medisch specialist. Voor deze groep patiënten heeft ook de SWAB een aanbeveling gepubliceerd. We verwachten dat de behandeling bij deze patiënten vaak via de medisch specialist verloopt. ■

LITERATUUR

1. Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, Abreu P, Bao W, Wisemandle W, et al; EPIC-HR Investigators. Oral Nirmatrelvir for High-Risk, Nonhospitalized Adults with Covid-19. N Engl J Med 2022;386:1397-1408.
2. Jayk Bernal A, Gomes da Silva MM, Musungaie DB, Kovalchuk E, Gonzalez A, Delos Reyes V, et al; MOVe-OUT Study Group. Molnupiravir for Oral Treatment of Covid-19 in Nonhospitalized Patients. N Engl J Med 2022;386:509-20.
3. Arbel R, Wolff Sagy Y, Hoshen M, Battat E, Lavie G, Sergienko R, et al. Nirmatrelvir Use and Severe Covid-19 Outcomes during the Omicron Surge. N Engl J Med 2022;387:790-98.

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard COVID-19 op richtlijnen.nhg.org.

Nijs M, Greving J, Bouma M. Nirmatrelvir/ritonavir voor de meeste patiënten niet zinvol. Huisarts Wet 2022;65(12):54-5. DOI:10.1007/s12445-022-2112-8.

Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: Miesje Nijs, wetenschappelijk medewerker: kenniscentrum@nhg.org; Jacoba Greving, wetenschappelijk medewerker; Margriet Bouma, senior wetenschappelijk medewerker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
De NHG-werkgroep bestond uit (op alfabetische volgorde): L. el Bouazzaoui, M. Bouma, J. Cals, S. Geerlings, G. Geersing, J. Greving, T. Kuijpers, M. Loogman, M. Nijs, F. Otto-Paling, T. Platteel, T. Verheij.

Is telemonitoring van hypertensie de toekomst?

Fenne Casteleijn, Bahar Golyardi

Foto: Shutterstock

Dankzij de huidige, patiëntgerichte transitie beschikken patiënten met een hoge bloeddruk nu over middelen om hun bloeddruk thuis te meten en digitaal door te geven aan hun huisarts. Drie grote gerandomiseerde gecontroleerde trials laten zien dat deze vorm van telemonitoring tot betere bloeddrukwaarden leidt dan wanneer ze in de spreekkamer worden gecontroleerd. Voor een blijvend effect lijkt continuiteit van telemonitoring noodzakelijk.

Een verhoogde bloeddruk (bloeddruk boven een streefwaarde van 140 mmHg) komt voor bij 15% van de bevolking en is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van een scala aan cardiovasculaire events.[1,2] In de Nederlandse huisartsenpraktijken gebeurt het controleren van de bloeddruk via regelmatige, geprotocolleerde metingen op de praktijk, waarbij conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement de systolische bloeddruk als uitgangsmaat wordt gebruikt.[2] In de gezondheidszorg vindt er momenteel een overgang plaats naar een vorm van zorg die steeds meer is gericht op zelfmanagement. Hiervoor zijn hulpmiddelen ontwikkeld die patiënten thuis kunnen gebruiken, zoals het op gezette tijden monitoren van de eigen bloeddruk. De metingen en eventuele benodigde medicatieaanpassingen kunnen ze dan digitaal of via de telefoon aan hun huisarts doorgeven en vervolgens bespreken (telemonitoring). Het idee is dat patiënten zo meer betrokken worden bij de behandeling en ze zich verantwoordelijker voelen voor hun gezondheid. Telemonitoring kan ook het aantal huisartsbezoeken beperken. We vroegen ons af wat het effect is van telemonitoring op de systolische bloeddruk van hypertensiepatiënten vergeleken met metingen op de huisartsenpraktijk.

METHODEN

We stelden de volgende PICO op: P = patiënten met nog niet gereguleerde hypertensie (> 140/90), I = thuismonitoring of telemonitoring, C = tensiecontrole op de praktijk, O = effect op de systolische bloeddruk. Op 5 augustus 2022 voerden we in PubMed een literatuuronderzoek uit met de volgende zoekstrategie: ((“Blood pressure monitoring, ambulatory”[Mesh] OR “ambulatory blood pressure monitoring”[tw] OR “self blood pressure monitoring”[tw] OR “home blood pressure monitoring”[tw] OR “ telemonitoring”[tw] OR “self-monitoring”[tw])) AND ((“Hypertension”[Mesh] OR “high blood pressure”[tw] OR “high blood pressures”[tw])) AND ((“Physicians, Family”[Mesh] OR “General Practice”[Mesh] OR “General Practitioners”[Mesh] OR “Physicians, Primary Care”[Mesh] OR “Primary Health Care”[Mesh] OR “general pract*”[tw] OR “general physician*”[tw] OR “family doctor*”[tw] OR “family physician*”[tw] OR “family pract*”[tw] OR “primary care”[tw] OR “primary health care”[tw] OR “primary healthcare”[tw])).

We excludeerden onderzoeken ouder dan 2017, omdat de uitvoering en effectiviteit van telemonitoring onderhevig zijn aan snelle technische ontwikkelingen. Uit het literatuuronderzoek kwamen 180 onderzoeken naar voren, waarvan we na screening op titel en abstract 17 onderzoeken hebben beoordeeld op de volledige tekst. We excludeerden 14 van de 17 onderzoeken omdat ze niet aan de PICO voldeden, bijvoorbeeld omdat het een zeer specialistische populatie betrof die niet representatief was voor de huisartsenpraktijk (onder andere patiënten met ernstig hartfalen). Andere redenen: er was toch geen sprake van telemonitoring of het betrof een setting met een totaal ander zorgsysteem zonder huisartsenzorg. We includeerden 3 artikelen voor analyse.

RESULTATEN

Het onderzoek van Margolis et al. (2018), een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) binnen huisartsenpraktijken in Amerika, vergeleek 222 patiënten met reguliere controles van de bloeddruk in de praktijk met 228 patiënten met telemonitoring.[3,4] De primaire uitkomstmaat was het verschil in systolische en diastolische bloeddruk na 12 maanden. Daarna werd telemonitoring gestopt en werden patiënten in de telemonitoringgroep tot 54 maanden gevolgd. Na 12 maanden werd een systolische bloeddrukdaling gerapporteerd van 148,2 naar 125,7 mmHg voor de interventiegroep en van 147,7 naar 134,8 mmHg voor de controlegroep. Het gemiddeld verschil was -9,7 mmHg (95%-BI −13,4 tot −6,0). Na 54 maanden follow-up was de systolische bloeddruk in de interventiegroep 130,6 mmHg en die in de controlegroep 132,6 mmHg (gemiddeld verschil −2,5 mmHg (95%-BI −6,3 tot 1,2)). De systolische bloeddruk was in de telemonitoringgroep tot 6 maanden na het stoppen van de telemonitoring significant lager, dat wil zeggen 18 maanden na de start van het onderzoek (gemiddeld verschil −6,6 mmHg (95%-BI −10,7 tot −2,5)).

Het onderzoek van McManus et al. (2018), een RCT binnen

huisartsenpraktijken in het Verenigd Koninkrijk, vergeleek 394 deelnemers die regulier werden gecontroleerd met 2 interventiegroepen: de thuismonitoringgroep (met papier) en de telemonitoringgroep (via een webinterface). De groepen hadden respectievelijk 395 en 393 deelnemers.[5] De primaire uitkomstmaat was de systolische bloeddruk na 12 maanden. Er was sprake van een systolische bloeddrukdaling van 152,9 naar 137,0 mmHg voor de thuismonitoringgroep en van 153,2 naar 136,0 mmHg voor de telemonitoringgroep, tegenover een daling van 153,1 naar 140,4 mmHg (sd 16,5) voor de controlegroep. Het gemiddeld verschil was voor thuismonitoring –3,5 (95%-BI –5,8 tot –1,2) en voor telemonitoring –4,7 (95%-BI –7,0 tot –2,4). In de telemonitoringgroep werd sneller bloeddrukcontrole behaald dan in de groep zonder telemonitoring.
Een ander, recenter onderzoek van McManus et al. (2021), ook een RCT binnen huisartsenpraktijken in het Verenigd Koninkrijk, vergeleek 317 patiënten met reguliere controles met 305 patiënten met telemonitoring.[6] Er werd een systolische bloeddrukdaling gerapporteerd van 151,7 naar 138,4 mmHg voor de interventiegroep tegenover een bloeddrukdaling van 151,6 naar 141,8 mmHg voor de controlegroep (gemiddeld verschil –3,4 (95%-BI –6,4 tot –0,8)). Opmerkelijk was dat het verschil in effect niet te zien was bij ouderen boven 67 jaar.
In het onderzoek van Margolis et al. en het eerste van McManus et al. (2018) vonden meer medicatiewijzigingen plaats in de telemonitoringgroep en ging de dosering van medicatie vaker omhoog.[4,5] Geen van de onderzoeken vond een verschil in therapietrouw tussen de telemonitoringgroep en de controlegroep.[4-6] In het tweede onderzoek van McManus et al. (2021) bleek dat telemonitoring ook een positief effect had op het gewicht en de leefstijl.[6] Alleen het eerste onderzoek van McManus et al. (2018) beschreef cardiovasculaire events, waarbij de onderzoekers geen verschil vonden tussen de groepen.[5]

BESCHOUWING

Alle 3 de onderzoeken vonden een sterkere systolische bloeddrukdaling met telemonitoring. Secundaire analyse liet zien dat dit effect in de telemonitoringgroep voornamelijk toe te schrijven was aan de toename van meetmomenten van de bloeddruk en intensiever gebruik van medicatie.[7] De invloed van wittejashypertensie was minimaal, omdat de bloeddruk in beide groepen bij 12 maanden in de kliniek werd gemeten. Hoewel het maar om een beperkte bloeddrukdaling lijkt te gaan (–2,5 tot –3,5 mmHg), zou deze volgens McManus op populatieniveau wel tot 10-20% minder cardiovasculaire events kunnen leiden.[5,6]
De 3 onderzoeken zijn van goede methodologische kwaliteit. Alle deelnemers zijn gerandomiseerd in vergelijkbare groepen, de deelnemers zijn geanalyseerd in de groepen waaraan ze zijn toegewezen (intention-to-treat) en er was een goede follow-up. Bij het onderzoek van Margolis et al. werden echter centra gerandomiseerd in plaats van patiënten, wat selectiebias kan veroorzaken. Bij het eerste onderzoek van McManus et al. (2018) was de toewijzing van patiënten niet geblindeerd gedaan, maar werd er wel gebruikgemaakt van een centraal randomisatieprogramma. De generaliseerbaarheid voor de Nederlandse situatie is hoog, omdat het westerse huisartsenpraktijken betrof met een vergelijkbare populatiesamenstelling.
We plaatsen enkele kanttekeningen bij de onderzoeken. Ten eerste konden in alle onderzoeken zowel de deelnemers als de beoordelaars niet worden geblindeerd voor zowel de interventie- als de controlegroep. Het effect van deze *performance* en *detection bias* is vermoedelijk gering, omdat bloeddrukmeting een objectieve meting is. Ten tweede kunnen foutieve metingen optreden, wat te voorkomen is door patiënten goede educatie te geven over telemonitoring. In alle 3 de onderzoeken is geprobeerd het aandeel foutieve metingen zo klein mogelijk te houden door de deelnemers goed te instrueren. Bovendien wordt de meetvariatie of het voorkomen van een foutieve meting afgevangen met multipele geprotocolleerde metingen. Ten derde werden patiënten met veel comorbiditeit geëxcludeerd (onder andere nierinsufficiëntie graad 3 of 4, hartfalen graad 3 of 4, een recent cardiovasculair event). Het is daarom onbekend of telemonitoring ook effectief is in een hoogrisicogroep. Ook weten we niet of thuismonitoring en telemonitoring even effectief zijn bij mensen met verminderde digitale vaardigheden, een taalbarrière of een verstandelijke beperking. Ten slotte is er geen poweranalyse verricht op cardiovasculaire events. Dit zou een relevante toevoeging zijn, zeker omdat telemonitoring ook een positief effect blijkt te hebben op de leefstijl en het gewicht.
Verschillende onderzoeken laten zien dat telemonitoring ook kosteneffectiever is dan reguliere controle in de huisartsenpraktijk.[8-12] Daarnaast vinden patiënten telemonitoring een positieve ontwikkeling, terwijl artsen nog een aantal belemmeringen zien.[13] Uit implementatieonderzoek blijkt telemonitoring haalbaar, ondanks de organisatorische en digitale uitdagingen.[14]

CONCLUSIE

Telemonitoring bij patiënten met hypertensie zorgt voor een –2,5 tot –3,5 mmHg sterkere bloeddrukdaling dan bij controlemetingen in de praktijk. Dit kan op langere termijn zorgen voor een afname in cardiovasculaire events. Continuïteit van deze monitoring lijkt echter noodzakelijk. Omdat telemonitoring ook een kosteneffectieve en haalbare methode is, adviseren we om te onderzoeken hoe telemonitoring in de Nederlandse huisartsenpraktijk kan worden gebruikt. Een samenwerking met zorgverzekeraars en ziekenhuizen die telemonitoring reeds gebruiken kan implementatie bespoedigen. ■

LITERATUUR

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

Casteleijn FM, Golyardi B. Is telemonitoring van hypertensie de toekomst? Huisarts Wet 2022;65(12):56-7. DOI:10.1007/s12445-022-2111-9.
LUMC Leiden, afdeling Huisartsengeneeskunde, Leiden: F.M. Casteleijn, huisarts in opleiding; B. Golyardi, huisarts in opleiding, bahargolyardi@hotmail.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Nieuw onderzoek naar kijkoperaties bij patiënten met een hersenbloeding

Floor Wilting, Floris Schreuder

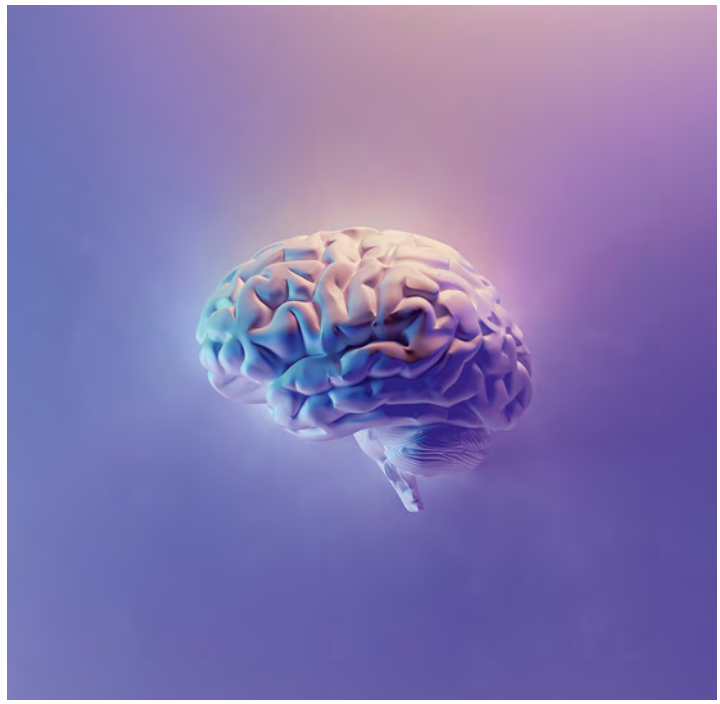
Jaarlijks krijgen meer dan 6000 Nederlanders een hersenbloeding. Ongeveer 40% van deze patiënten overlijdt binnen 30 dagen. Van degenen die overleven, kan slechts minder dan de helft weer zelfstandig functioneren. Behalve zorg op een stroke-unit en mogelijk vroege bloeddrukverlaging, is er momenteel geen behandeling met bewezen voordeel. Lopend onderzoek moet uitwijzen of een nieuwe chirurgische ingreep uitkomst kan bieden.

Er zijn aanwijzingen dat chirurgie bij een hersenbloeding gunstig kan zijn, vooral wanneer minimaal invasieve procedures worden gebruikt en de ingreep vroeg wordt uitgevoerd.[1] Een aantal jaar geleden is er een nieuwe operatietechniek ontwikkeld voor patiënten met een hersenbloeding. Daarbij wordt de bloeding endoscopisch verwijderd via een gaatje in de schedel. Eerder hebben we aangetoond dat deze ingreep veilig kan worden uitgevoerd en dat het lukt om gemiddeld bijna 80% van het hematoomvolume weg te halen.[2]

De Dutch ICH Surgery Trial (DIST) is een multicenter gerandomiseerde trial waarin de effectiviteit wordt onderzocht van deze minimaal invasieve endoscopiegeleide chirurgie, uitgevoerd binnen 8 uur na het ontstaan van de symptomen. De ingreep vormt een aanvulling op de standaardzorg bij patiënten met een spontane hersenbloeding en wordt vergeleken met alleen standaardzorg. In 11 neurochirurgische centra gaan wij in totaal 600 patiënten met een hersenbloeding includeren. Uitkomstmaten zijn het klinisch functioneren en de kwaliteit van leven van patiënten met een hersenbloeding, en de kosteneffectiviteit van de ingreep. De inclusie is in het najaar van 2022 gestart. De eerste resultaten verwachten we eind 2026.

Voor u als huisarts betekent dit onderzoek dat patiënten uit uw praktijk in de toekomst wellicht zo'n operatie zullen ondergaan. Ongeacht de uitkomsten van dit onderzoek geldt dat u patiënten met verschijnselen van een acute beroerte direct naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met trombolysemogelijkheid dient te verwijzen, zodat daar kan worden vastgesteld of er sprake is van een herseninfarct dan wel een hersenbloeding. *Time is brain*!

Het onderzoek wordt ondersteund door het Zorginstituut en ZonMw (2021038368). ■



Chirurgie bij een hersenbloeding is mogelijk gunstig, vooral bij vroege uitvoering en wanneer minimaal invasieve procedures worden gebruikt.

Foto: Unsplash

LITERATUUR

1. Sondag L, Schreuder FHBM, Boogaarts HD, Rovers MM, Vandertop WP, Dammers R, et al. Neurosurgical intervention for supratentorial intracerebral hemorrhage. Ann Neurol 2020;88:239-50.
2. Sondag L, Schreuder FHBM, Boogaarts HD, Vandertop WP, Boiten J, Brouwers PJAM, et al. Safety and technical effectiveness of early minimally-invasive endoscopy-guided surgery for intracerebral haemorrhage: the Dutch ICH Surgery Trial (DIST) pilot study [ESOC abstract 1862]. Eur Stroke J 2021;6(1_suppl):3-513.

Wilting FNH, Schreuder FHBM. Nieuw onderzoek naar kijkoperaties bij patiënten met een hersenbloeding. Huisarts Wet 2022;65(12):58. DOI:10.1007/s12445-022-2106-6.
Radboudumc, afdeling Neurologie, Nijmegen: F.N.H. Wilting, promovendus, floor.wilting@radboudumc.nl; F.H.B.M. Schreuder, neuroloog.
Mogelijke belangenverstrengeling: de Dutch ICH Surgery Trial (DIST) wordt gefinancierd via de subsidieregeling Veelbelovende zorg van het Zorginstituut Nederland en ZonMW (2021038368), en een *unrestricted research grant* van Penumbra, Inc.
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Grensverruimend

2022 is de 65e jaargang van H&W. In dat kader vroegen we enkele oud-hoofdredacteuren naar de opvallendste artikelen uit hun H&W-tijd. De hekkensluiter is de huidige hoofdredacteur Gijs Baaten.

Laat ik de grenzen maar meteen oprekken. Overschrijden, zo u wil. Deze column moet namelijk gaan over het opvallendste artikel uit mijn tijd als hoofdredacteur. 'Over de grens' dacht ik meteen. Maar helaas: dat is geen artikel, maar een heel themanummer. Bovendien uit mijn tijd als redacteur, niet als hoofdredacteur.

Ik doe het lekker toch: over de grens. In tijden van een coronapandemie waar we net uit zijn maar ook nog in zitten (grensgeval), de Russische invasie van Oekraïne (grensoverschrijdend) en stijgende gasprijzen (door het plafond) is dat thema namelijk zeer actueel. Ook binnen de huisartsenzorg. Zo gaat het in het themanummer 'Over de grens' over de medische en psychosociale problematiek gerelateerd aan reizen en migratie. Door de globalisering 'bezoekt' deze problematiek ook steeds vaker uw spreekkamer. Daarvoor hoeft u Nederland niet te verlaten, zoals de in het themanummer geïnterviewde collega-huisartsen die in het buitenland zijn gaan wonen en werken. Het gaat erom nieuwsgierig te zijn naar de wereld en naar de mensen om ons heen. Je eigen referentiekader loslaten en interesse tonen in dat van de mens aan de overkant van je bureau. Daar zal elke (huis)arts iets mee (moeten) hebben. Het helpt mij in ieder geval goed: niet alleen bij het beantwoorden van de dagelijkse hulpvragen in de praktijk, maar ook bij mijn eigen zingeving- of levensvragen.

Grenzen verkennen, verruimen en oprekken. Dat klinkt avontuurlijk, vrij en blij. Maar wat als de grenzen bereikt zijn of zelfs getart worden? Niet alleen maatschappelijk zijn er crises. Ook in de huisartsenzorg stuiten we op grenzen of gaan we eroverheen. Denk aan 'Help, de huisarts verzuipt!' of nee zeggen tegen het Integraal Zorgakkoord. Bij (dreigende) grensoverschrijding is het belangrijk een rode lijn te trekken: tot hier en niet verder. Maar we moeten ook aangeven wat we wél willen en kunnen. Eerst begrenzen en dan kaders geven, zodat onze partners en patiënten nog beter weten waarvoor ze wel bij ons terecht kunnen. En dan moeten we niet zeggen dat ons bord vol is en tegelijkertijd blijven opscheppen!

Foto: Margot Scheerder

Het publiceren over de politieke kanten van deze discussie past niet bij de missie van H&W; daar ligt ónze grens! Maar H&W zal wel bijdragen met wetenschappelijk onderbouwde artikelen over de inhoudelijke ontwikkelingen in de Nederlandse huisartsgeneeskunde in een veranderende wereld. Op de overgang van wetenschap naar praktijk. Niet alleen medisch-inhoudelijk, maar ook over de grenzen van het vak en de persoon. Dat wil zeggen, net zoals dat themanummer: een betrouwbaar baken om op terug te vallen en toch grensverruimend. Dat is H&W, ook voorbij de leeftijdsgrens van 65 jaar. ■

Gijs Baaten, hoofdredacteur H&W vanaf 2021

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 20 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.

H&W-redacteur Lisanne Stolwijk: 'In de spreekkamer voel ik de behoefte aan houvast'

Wie zijn de mensen die Huisarts en Wetenschap maken? Die elke 2 weken bij elkaar komen om artikelen te bespreken, te discussiëren over de ontwikkelingen in het huisartsenvak en te brainstormen over themanummers? In de serie Redactie in beeld stellen ze zich voor. Huisarts Lisanne Stolwijk trad een jaar geleden toe tot de redactie van H&W: in november 2021.

MISSIE

'Hoe houdt u zichzelf tijdens uw drukke huisartsenwerk op de hoogte van de laatste ontwikkelingen in de wetenschap? Door H&W te lezen! Mijn missie is dat huisartsen ontspannen, zittend in de tuin, H&W erbij pakken en doorlezen voor het laatste nieuws op ons vakgebied. We streven er samen met de auteurs naar om een prettig leesbaar blad te maken en podcasts waar huisartsen graag naar luisteren.'

HUISARTS

'In de spreekkamer voel ik de behoefte aan houvast. Waar baseren wij ons medisch handelen op? Huisartsen blijven op de hoogte van alle specialismen. Daarbij leren we in de spreekkamer 3 verschillende talen spreken: de medisch-wetenschappelijke in de literatuur, als medici onder elkaar en de lekentaal met de patiënt. Met mijn passie voor schrijven en mijn ervaring op het gebied van wetenschap, draag ik graag bij om wetenschappelijk onderbouwde vernieuwingen in de zorg onder de aandacht te brengen. Graag wil ik ook jonge huisartsen betrekken en enthousiasmeren om bijdragen te leveren aan H&W.'

PASSIE

'Als arts wil ik de patiënt een veilig gevoel geven om zijn of haar verhaal te vertellen. Aanvankelijk dacht ik dat binnen de kindergeneeskunde te vinden, waar de patiënt het kind betreft in zijn onschuld. Gaandeweg besefte ik dat ik het goede gesprek met de patiënt hierbij miste. Ik wil graag goed contact maken en patiënten begeleiden of gerust kunnen stellen. In de spreekkamer is alles bespreekbaar. Dat betekent wel dat je dezelfde taal als de patiënt moet spreken. Juist die vertaalslag maken van de medisch-wetenschappelijke literatuur naar het gesprek met de patiënt is mijn passie.
De rode draad in mijn leven is schrijven. Van lange opstellen op de basisschool naar medisch schrijven tijdens een stage bij Medisch Contact. Daar kwam wetenschappelijk schrijven bij tijdens mijn promotieproject.
In mijn vrije tijd ga ik graag tennissen, ontspan ik door uitgebreid te koken of met mijn 3 zoons naar het bos of de duinen te gaan.'

WETENSCHAP

'Terwijl ik tijdens mijn vakantiebaan *scrambled eggs* stond op te scheppen in het spelersrestaurant van Wimbledon werd ik gebeld of ik wilde komen promoveren in het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Ik vroeg direct een *break* om – kijkend naar een trainende Djokovic – familie en vrienden te bellen en het nieuws te vertellen. Na jaren van mislukte pogingen een baantje op Wimbledon te veroveren, was het met een handtekening van mijn begeleider in the Great Ormond Street Hospital gelukt. Zelfs tijdens de verdediging van mijn proefschrift grapte hij dat dát mijn eigenlijke drijfveer was om naar Londen te komen. Mijn promotieonderzoek was een samenwerking van 3 verschillende specialismen: neonatologie, kinderchirurgie en anesthesiologie. Dit onderzoek betrof neonaten met een niet-cardiaal geboortedefect, die kort na de geboorte een grote operatie moesten ondergaan. Het pionieren voor 3 verschillende specialismen en met elkaar te werken naar 1 doel, geeft betere zorg voor de patiënt. Dat zien we bij H&W ook met veel projecten.'

MOOISTE ARTIKEL

'Dat kan er maar 1 zijn. Mijn interview voor Medisch Contact met de Congolese gynaecoloog Denis Mukwege, vanwege zijn belangrijke werk voor verkrachte en verminkte vrouwen in de oorlogsstrijd in Congo. Een aantal jaar later won hij de Nobelprijs. Zijn strijd tegen vrouwenverkrachting als oorlogswapen is nog lang niet gestreden helaas, zo toont ook nu weer de oorlog op ons eigen continent aan.' ■

Foto: Vincent Boon

Oplossing Uw diagnose ‘Strepen op de rug na het kerstdiner’

Het juiste antwoord is shiitake dermatitis.

De huiduitslag bleek te berusten op een zogenaamde shiitake dermatitis, een huidreactie op toxinen uit de shiitake-paddenstoel. Daardoor ontstaan pijnloze jeukende lineaire of zweepslagvormige erythemateuze laesies (soms papuleus, vesiculeus, erythematosquameus) op de romp en extremiteiten. Bij sommige mensen ontstaat deze toxische reactie na het eten van rauwe of halfgare shiitake. Wanneer de paddenstoel goed wordt gekookt, volgt er geen reactie. Het beeld werd voor het eerst beschreven in 1977 in Japan.
De diagnose wordt gesteld op basis van het klinisch beeld en de voedselanamnese.
De huidafwijking behoeft geen behandeling. Het beeld verdwijnt meestal vanzelf binnen enkele dagen tot 3 weken. Antihistaminica, en topicale en orale corticosteroïden hebben weinig invloed op het beloop. De laesies laten meestal geen postinflammatoire hyperpigmentatie achter.
Deze aandoening onderscheidt zich van dermografische urticaria doordat deze vorm van urticaria niet spontaan ontstaat, maar uitgelokt wordt door de uitwendige prikkels (bijvoorbeeld krabben of wrijven) en omdat urticaria binnen 24 uur verdwijnt. Urticaria factitia is te testen door stevig met een testpen of de achterkant van een balpen over de huid te strijken (dermografisme).
Fytofotodermatitis, een acute fotocontactdermatitis na contact met planten in combinatie met blootstelling aan UV-A, geeft ook vaak lineaire laesies. Deze zijn echter vaak bulleus en worden meestal gevolgd door langdurige hyperpigmentatie. Fytofotodermatitis zit vaak uitsluitend op de extremiteiten (daar waar de planten tijdens het tuinieren of lopen door het bos het lichaam hebben aangeraakt).
Het onderscheid met digitate dermatosis, een bijzondere variant van small plaque parapsoriasis, is de rangschikking in een denneboomconfiguratie. Ook is parapsoriasis klinisch minder vurig en geeft deze vaak geen of nauwelijks jeukklachten.

LITERATUUR

De literatuur staat bij deze Uw diagnose op www.henw.org.

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).

Redactiebureau
Nielke Debets, Mariëtte de Rie (secretariaat), Judith Mulder (bladmanager), Ellen Olbers (webredactie), dr. Annet Sollie (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 Annetje Dieleman, Eric Scheppink, Suzanne Weijs-Schavemaker, Maret Zonneveld. Beeld: Shutterstock, 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
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 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

MET DE BLIK VOORUIT

Het is inmiddels december, het einde van het jaar nadert. 2022 was een jubileumjaar voor het NHG. We vierden dat we al 65 jaar wetenschap naar de praktijk brengen. Op de jubileumwebsite nhg65jaar.nl hebben we grote en belangrijke ontwikkelingen van het NHG en het huisartsenvak laten zien. Maar ook kwamen juist de wat minder zichtbare werkzaamheden van het NHG voor het voetlicht. In de laatste maand van ons jubileumjaar blikken we niet alleen kort terug, maar vooral vooruit. We vertellen u in een korte video wat u de komende tijd van het NHG kunt verwachten.

Bekijk de video van de Raad van Bestuur

Wat we in ieder geval hoog in het vaandel hebben staan, is het ondersteunen en inspireren van leden bij vraagstukken uit de praktijk. Het beroep dat op de huisarts wordt gedaan is nog altijd onverminderd groot. De complexiteit van de casuïstiek, de toenemende gezondheidsverschillen in de samenleving, het speelveld en de kernwaarden van de huisartsenzorg (persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk) zijn punten die continu aandacht behoeven.

Herijking missie en visie

Bij de start van het jubileumjaar vroegen we uw mening over de missie van het NHG en de meerwaarde van het lidmaatschap. De poll luidde: 'Met de missie van het NHG ben ik in staat om optimale patiëntenzorg te verlenen. Daarom zou élke huisarts in Nederland lid van het NHG moeten zijn'. Maar liefst 92% van de mensen die hebben gestemd, beantwoordden deze poll met 'ja'.

De missie van het NHG lijkt nog altijd van kracht te zijn, evenals de noodzaak van het lidmaatschap. Om te borgen dat de functie en focus van het NHG blijven aansluiten, ronden we in 2023 een herijkingstraject af van de missie en visie van het NHG. Waar we de afgelopen maanden vooral gesproken hebben met de Raad van Toezicht, onze Verenigingsraad en het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde, staan we nu op het punt om naar uw mening en gedachten te vragen.

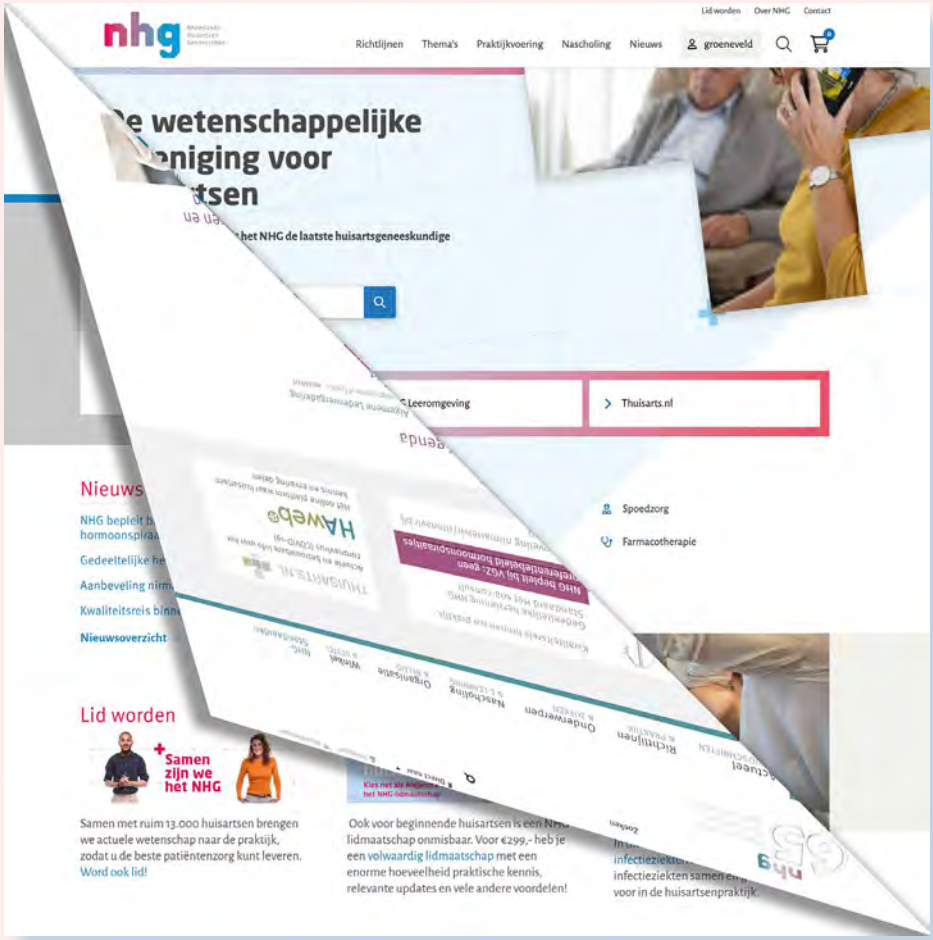
We doen dit samen met onze vertrouwde onderzoekspartner BusinessMonitor. Met behulp van een korte online vragenlijst leggen we u graag een aantal stellingen voor. Wat zijn uw wensen en verwachtingen voor het NHG? Uw input is voor ons van groot belang en geeft ons inzicht of we op de goede weg zijn voor een sterke en toekomstbestendige huisartsenzorg.

Maak daarom vooral even tijd vrij om uw gedachten en verwachtingen met ons te delen. Want de vereniging… dat zijn we samen. Met elkaar weten we meer en kunnen we meer. Bouwt u mee met ons?

Jaarplan 2023

Het komende jaar staat er meer op stapel. We blijven uiteraard NHG-Standaarden, NHG-Behandelrichtlijnen, Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) en multidisciplinaire richtlijnen (MDR) publiceren. Medicamenteuze aanbevelingen worden samengevat in het NHG-Formularium. We stimuleren en optimaliseren digitale zorg als onderdeel van het primaire proces voor zowel de huisarts(voorziening) als de patiënt. We laten Thuisarts.nl doorgroeien tot een generieke, digitale informatievoorziening met betrouwbare en toegankelijke gezondheidsinformatie voor iedereen. Doorontwikkelen doen we samen met Federatie Medisch Specialisten, Patiëntenfederatie Nederland en met extra financiering vanuit VWS.

'Het ondersteunen en inspireren van leden bij vraagstukken uit de praktijk hebben we hoog in het vaandel staan'



‘We werken hard aan een volledig vernieuwde website, met een nieuw design en compleet vernieuwde techniek’

Het vertalen van wetenschap naar de praktijk blijft onze drijfveer. Op de NHG-Wetenschapsdag zijn ieder jaar veel verrassende inzichten te halen uit nieuw huisartsgeneeskundig onderzoek, zowel voor aiossen, aioto's, als huisartsen. Komend jaar organiseren we de NHG-Wetenschapsdag samen met de huisartsopleiding van het UMCG.

Verder kunt u zich in het nieuwe jaar ook weer verheugen op state-of-the-art-artikelen in H&W, die u naar eigen keuze online of op papier kunt lezen. Via de wekelijkse nieuwsbrief en sociale media blijft u volledig op de hoogte van het H&W-aanbod. Ook blijven we nieuwe H&W-podcasts aanbieden.

Zoekt u meer verdieping? Houd dan uw kennis up-to-date met onze NHG E-learnings, waarvan het aanbod nog altijd wordt uitgebreid en geactualiseerd zodra er een herziening plaatsvindt in een richtlijn.

Nieuwe website NHG

Ondertussen werken we hard aan een volledig vernieuwde website, met een nieuw design en compleet vernieuwde techniek. U vindt hier straks snel en gemakkelijk relevante informatie, bijvoorbeeld over preventie, infectieziekten of spoedzorg, waarmee u de beste zorg aan uw patiënten kunt leveren. Begin 2023 gaat de nieuwe website live.

We willen graag zo toegankelijk mogelijk zijn. Om het contact met onze leden te verbeteren, lanceren we een Contactcentrum. Een centraal punt waar u als lid terechtkunt met al uw vragen, of het nu om iets medisch-inhoudelijks gaat of om het lidmaatschap.

Ook met 66 jaar NHG blijven we volop in beweging. Wat onveranderd blijft, is de intensieve samenwerking met onze leden, de universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde, de Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen, de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen en Huisartsopleiding Nederland. En natuurlijk onze samenwerking met andere partners op het gebied van zorg, onderzoek, onderwijs, politiek en beleid.
Wilt u meer weten over onze plannen in het nieuwe jaar? Bezoek dan op 15 december 2022 onze online algemene ledenvergadering. We vertellen u daar graag meer!

We wensen u alvast prettige feestdagen en een gezond 2023 toe!

Eric Scheppink,
Raad van Bestuur NHG

Algemene Ledenvergadering NHG

Datum: 15 december 2022
Locatie: digitaal
Aanvang: 19:00 uur
Aanmelden: leden ontvangen een persoonlijke uitnodiging via e-mail

MAKKELIJKER WERKEN MET VERNIEUWDE NHG RX

Annetje Dieleman

NHG Rx biedt het NHG-Formularium op de smartphone. De app bevat dezelfde inhoud als het elektronisch voorschrijfsysteem Prescriptor, beschikbaar in veel HIS'en. De app is vernieuwd en werkt nog makkelijker.

De app is niet gekoppeld aan een dossier. In plaats daarvan geeft u zelf aan met welke patiëntkenmerken er rekening gehouden moet worden in het beleid. De app geeft aan welke kenmerken op welke manier van invloed zijn. Therapie die op basis van patiëntkenmerken niet is geadviseerd, kunt u altijd bekijken.

Volledig vernieuwd

De eerste versie van NHG Rx dateert uit 2017, hoog tijd voor een uitgebreide upgrade. De app is opnieuw gebouwd. Er is geluisterd naar de feedback van gebruikers waardoor er grote en kleine verbeteringen zijn doorgevoerd. Diverse functionaliteiten zijn verbeterd of toegevoegd en de presentatie is prettiger en rustiger. We lichten een paar verbeteringen uit.

Verbeterde zoekfunctie

De zoekfunctionaliteit is uitgebreid. Naast zoeken op ICPC-code is zoeken op indicatie en geneesmiddel nu ook mogelijk. De zoekresultaten leiden naar indicaties waarin uw zoekterm voorkomt.

Voorbeeld van een zoekactie. De zoekactie start terwijl u typt.

Foto: Shutterstock

Makkelijker navigeren

Ook de navigatie is verbeterd. U ziet boven in het scherm via het paarse *kruimelpad* welke stappen zijn geselecteerd voorafgaand aan het getoonde onderdeel.
Het kruimelpad is aanklikbaar. U kunt gemakkelijk meerdere niveaus terug.

Het kruimelpad bovenin maakt inzichtelijk waarop dit medicatieadvies betrekking heeft.

Altijd actueel

Net als in uw HIS, is het NHG-Formularium in NHG Rx altijd bijgewerkt en gebaseerd op de nieuwste versies van de NHG-Standaarden en -Behandelrichtlijnen.
Het NHG brengt elke 3 maanden een update van NHG-Formularium uit. Digitalis zorgt ervoor dat de update van het Formularium in productie wordt genomen in Prescriptor en tegelijkertijd in NHG Rx. Beide toepassingen zijn dus altijd voorzien van dezelfde gegevens en informatie uit de geldende NHG-richtlijnen.
Een overzicht van recente wijzigingen in het NHG-Formularium leest u op nhg.org/update-formularium.

Voorkeursinstellingen voor de presentatie

De invloed van de patiëntkenmerken (geslacht, leeftijd en contra-indicaties) is inzichtelijk gemaakt met kleur en de aanduiding inclusie en exclusie. Via *toggles* in de persoonlijke instellingen is het mogelijk om alleen geadviseerde therapieën te laten tonen. En u kunt ervoor kiezen alle criteria of alleen relevante criteria te zien.

Annetje Dieleman is wetenschappelijk medewerker bij het programma Informatisering Huisartsenzorg van het NHG.

Download de nieuwe Rx app

QR-code Appstore

QR-code Google play

Vragen, suggesties of opmerkingen?

Wij horen graag uw feedback.
NHG Rx info@digitalis.nl
Prescriptor info@digitalis.nl
NHG-Formularium kenniscentrum@nhg.org

NIEUWE VERSIE BESCHIKBAAR VAN HET HIS-REFERENTIEMODEL

Maret Zonneveld

Foto: Margot Schneerder

Een nieuwe versie van het HIS-Referentiemodel is uit. Het model kent verbeteringen, zoals het in beeld hebben van zorgverleners en contactpersonen die betrokken zijn bij de patiënt. Ook het verwerken van informatie die bij meerdere episodes past, het benaderen van patiënten voor een e-consult en hulp bij het vastleggen van profylactische maatregelen zitten in het nieuwe model.

Om beter zicht te houden op het zorgnetwerk van de patiënt, beschrijft het HIS-Referentiemodel versie 2022 de mogelijkheid om te registreren welke externe zorgverleners betrokken zijn bij de zorg van een patiënt. Denk daarbij bijvoorbeeld aan een specialist ouderenzorg, of een betrokken thuiszorgorganisatie. Ook beschrijft het model welke interne medewerkers en welke contactpersonen bij de zorg voor een patiënt betrokken zijn. Handig voor de afstemming.

Informatie bij meerdere episodes

Bij patiënten met multimorbiditeit ontvangt de huisarts regelmatig informatie die bij meerdere episodes past. Zoals een internist die een brief stuurt over de glucose-instelling van een diabetespatiënt en daarin ook de situatie rondom de chronische nierschade vermeldt. Het HIS-Referentiemodel beschrijft nu de mogelijkheid om deze informatie aan meerdere episodes toe te kennen.

Profylaxe en voorzorg

In versie 2022 is de relatie tussen profylaxe en diagnose (ICPC) en tussen profylaxe en behandelingen beschreven. Doel is het vastleggen van profylaxe te vereenvoudigen. Het HIS kan zo automatisch de suggestie doen om profylaxe vast te leggen wanneer u een diagnose of behandeling noteert. Dat is handig bij patiënten die u graag in beeld wilt houden omdat ze onder bepaalde omstandigheden in aanmerking komen voor specifieke voorzorgsmaatregelen. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt met asplenie die koorts krijgt, immuunsuppressie bij hiv, of de kans op asplenie na een miltruptuur.

Wijziging e-consult

Het HIS-Referentiemodel beschrijft bij contactregistratie sinds 2020 het e-consult. De beschrijving hiervan is aangevuld met de mogelijkheid voor de zorgverlener om zelf het initiatief te nemen voor een e-consult en hoe u daarbij een SOEP-verslag over dit digitale contact kunt vastleggen. Handig om bijvoorbeeld een toelichting bij een laboratoriumuitslag te geven aan de patiënt. De informatie die de huisarts uitwisselt met de patiënt wordt letterlijk opgenomen in het dossier (als patiëntinformatie).

Verstrekkingsverzoek apotheek

De apotheker vraagt regelmatig de huisarts om goedkeuring te geven voor het verstrekken van herhaalmedicatie. Vaak, maar niet altijd, is de huisarts akkoord. In versie 2022 van het model beschrijven we hoe de communicatie rondom zo'n vraag van de apotheek (voorstel verstrekkingsverzoek) vastgelegd kan worden in het HIS.

Maret Zonneveld is huisarts en wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Automatisering van het NHG.

Nieuwe mogelijkheden in het HIS

Het HIS-Referentiemodel beschrijft hoe HIS-leveranciers hun HIS kunnen bouwen zodat het u goed ondersteunt bij de zorgverlening. Elk jaar wordt het model geactualiseerd naar de wensen van huisartsen. Met deze update werkt het NHG toe naar een (steeds) efficiënter HIS. Vraag bij de HIS-leverancier of gebruikersvereniging na op welk moment de beschreven aanbevelingen in uw HIS zichtbaar worden. Voor meer informatie: referentiemodel.nhg.org.

NHG FORUM

WAARDEVOLLE EERSTE BEVINDINGEN DIDIA-PROJECT

Er zijn kansen voor digitale zorg voor diabetespatiënten. Dat is een van de voorlopige uitkomsten van het DiDia-project (Digitale zorg op afstand in Diabetes richtlijnen). Doel van het – nog lopende – project is om aanbevelingen over digitale zorg op te nemen in bestaande diabetesrichtlijnen en (zorg) standaarden.

Vanuit verschillende bronnen is kennis en ervaring opgehaald over digitale diabeteszorg; met focusgroepen, literatuuronderzoek, data-analyses en knelpunteninventarisaties.

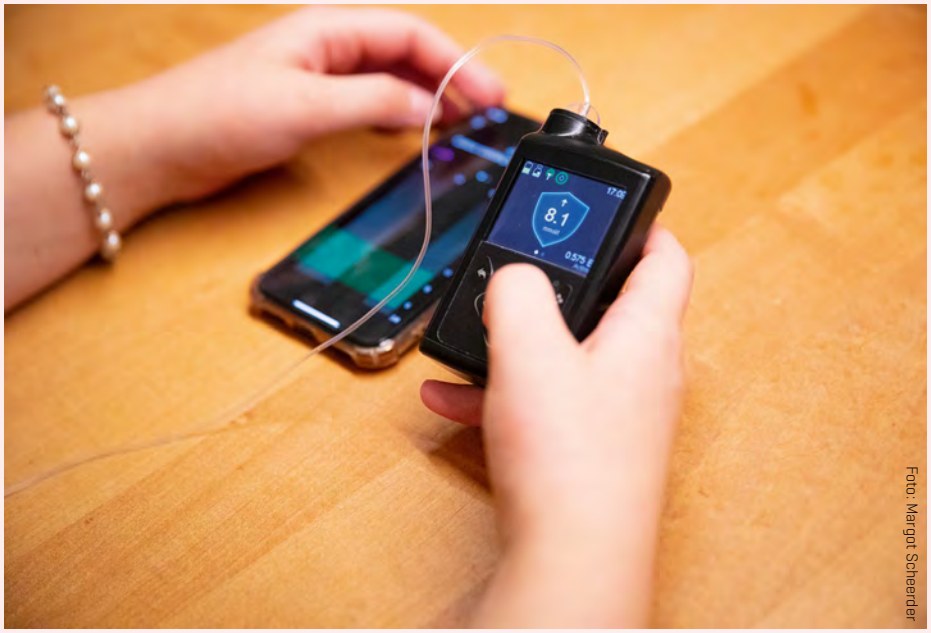


Foto: Margot Scheerder

Tussentijdse controles bij diabetespatiënten lenen zich goed voor digitale zorg.

Belangrijkste bevindingen

- De zorg voor diabetespatiënten leent zich goed voor digitale zorg; diabetes is een chronische aandoening met veelvuldig contact en de zorgvraag is meestal niet acuut van aard.
- Literatuuronderzoek laat zien dat digitale zorg tot een significante afname in HbA1c kan leiden. Op bloeddruk, gewicht/BMI en cholesterol zien we geen negatieve effecten.
- Aangeraden wordt om per zorgfase (diagnostiek, behandeling en controle) na te gaan waar digitale zorg kan worden ingezet.
- Bespreek de behoefte van de patiënt en betrek het hele huisartsenteam erbij.
- De tussentijdse controle komt het meest in aanmerking voor digitale zorg op afstand.
- Zorgverleners geven aan dat ze patiënten minstens eens per jaar fysiek willen zien.

Wat volgt?

De richtlijnwerkgroep Diabetes gaat aan de slag met deze bevindingen volgens de gebruikelijke richtlijnmethodiek. De resultaten worden vertaald naar aanbevelingen in landelijke richtlijnen en standaarden, en voor patiënten op Thuisarts.nl.

Meer weten?

DiDia is een project binnen het ZonMw-programma Zorg op Afstand. Het NHG voert het project uit met 6 partners. Dit zijn: Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Diabetesfederatie, Diabetesvereniging Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en National eHealth Living Lab.
Meer informatie over het DiDia-project vind je op nhg.org en zonmw.nl.

Lees ook: 'Is telemonitoring van hypertensie de toekomst?' Casteleijn FM, Golyardi B. Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-2111-9.