H&W

Huisarts en Wetenschap

3
maart 2022
jaargang 65

De eindigheid van het mensenleven

Versterkende factoren bij ouderen met een doodswens

Huisartsen en euthanasie: een onderzoek naar regiovariatie

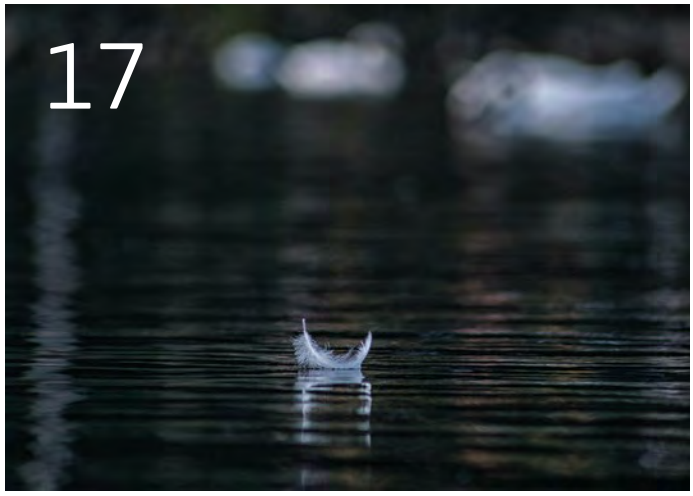
‘Praat met alle kwetsbare patiënten over toekomstige zorg’

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Onvoltooid

'Twee crematies voor de prijs van 1!' grapt de 73-jarige man met terminale longfibrose, als hij naar lucht happend meedeelt dat hij deze week euthanasie wil. Terwijl zijn familie al maanden doordrongen was van het idee dat hij elk moment aan zijn ziekte kon overlijden, gebeurde wat niemand verwachtte. Zijn gezonde 65-jarige vrouw was de nacht ervoor overleden aan een sepsis bij een banaal huidwondje. Dit verlies was voor hem de genadeslag. Nu was ook zijn lijden uitzichtloos en ondraaglijk. Geen lucht meer in zijn longen, geen adem meer voor zijn ziel. Net genoeg puf voor een verzoek om euthanasie. En voor zijn zwarte humor.
De dood op bestelling... Wat maakt een leven uitzichtloos en ondraaglijk? Wanneer is een leven 'voltooid'?
In deze H&W rapporteren Groenewoud et al. dat de euthanasiepercentages tussen Nederlandse gemeenten tot een factor 25 kunnen verschillen. Deels is dit te verklaren door zorgvraaggerelateerde factoren, zoals leeftijd, kerkbezoek en gezondheid. Toch blijft een deel van de verschillen onverklaard, wat de veronderstelling rechtvaardigt dat ook het zorgaanbod oorzaak kan zijn van regiovariatie bij euthanasie.
Van Thiel et al. onderzochten het burgerperspectief van 55-plussers met een persisterende doodswens die niet ernstig ziek zijn. Ook onderzochten zij welke opvattingen huisartsen hierover hebben. Ons beeld – een gezonde volwassene van 75 jaar of ouder, die zijn leven overziend het weloverwogen wil beëindigen – is niet volledig. Een groot deel is jonger en vele somatische, sociale en existentiële factoren dragen bij aan een doodswens. Bovendien: een doodswens fluctueert en is ambivalent. Goed om in het vizier te hebben.
Hoe? Tijdig en op een rustig moment met (oudere) mensen praten over hun situatie en hun zorgwensen.
Dat blijkt uit het interview met collega Jolien Glaudemans naar aanleiding van haar onderzoek naar advance care planning bij ouderen.
Hoe staat u in het leven? En: hoe ziet u de toekomst?
Er is al veel geschreven over euthanasie. En nog veel meer over de dood; een van de grootste thema's uit de wereldliteratuur. En hoewel elk mensenleven eindig is en soms voltooid, is onze wens daarover te praten onvergankelijk. Ook in de spreekkamer. En daarmee ook in H&W.

Gijs Baaten, hoofdredacteur



Wetenschap

10 **Versterkende factoren bij ouderen met een doodswens**
Mensen die de huisarts om euthanasie verzoeken en bij wie 'voltooid leven'-problematiek speelt, zijn vaak jonger dan gedacht. Zij hebben vooral behoefte aan erkenning van hun gevoelens en gesprekken met hulpverleners.

17 **Huisartsen en euthanasie: een onderzoek naar regio-variatie**
De regionale verschillen in incidentie van euthanasie zijn groot. Ze hangen samen met onder andere leeftijd, kerkbezoek, politieke oriëntatie en inkomen. Daarnaast lijken ook zorgaanbodfactoren een rol te spelen.

23 **Leeftijdsafhankelijke afkapwaarde D-dimeertest**
Met een hogere, leeftijdsafhankelijke afkapwaarde kan een D-dimeertest DVT uitsluiten bij een kwart meer patiënten dan bij de gebruikelijke afkapwaarde, zonder een diagnose te missen.

29 **Zet de POH-ggz in bij chronisch medicatiegebruik**
Getrainde POH's-ggz kunnen patiënten ondersteunen bij afbouwbegeleiding. Zowel huisartsen als POH's-ggz lijken hier positief over te zijn. Beide groepen vinden dat de POH's scholing zouden moeten volgen.

38 **Jolien Glaudemans: 'Praat met alle kwetsbare patiënten over toekomstige zorg'**
Jolien Glaudemans promoveerde op advance care planning (ACP) bij ouderen. Een interview over *future care conversations*, betere voorlichting en de meerwaarde van ACP-gesprekken op rustige momenten.

Praktijk

43 **Opschaling naar een bovenregionale 24/7-HAP bij de COVID-19-pandemie**
Snelle samenwerking en opschaling op regionaal niveau kunnen de patiëntenzorg in tijden van een pandemie veiligstellen. Het plan van aanpak voor bovenregionale samenwerking in Coronacentrum Urmond kan als voorbeeld dienen.

46 **Uw diagnose 'Niet-pluisgevoel bij baby'**
Een baby van 5 maanden is huilerig en lijkt pijn te hebben aan zijn linkerbeen. Een week eerder viel op dat het linkerbeen spontaan minder meebewoog dan het rechterbeen. Wat is hier aan de hand?

49 **Ecg-casus 'Vliegen of niet vliegen'**
Een gezonde man van 49 laat zich keuren vanwege zijn hobby zweefvliegen. Het ecg is afwijkend. Moet de man zich zorgen maken?

50 **Uw diagnose 'Pigment onder de dermatoscoop'**
Een 71-jarige man ontdekt een plekje op zijn borst. De plek jeukt niet, bloedt niet en is niet veranderd in omvang. Bekijk de foto's van de dermatoscopie en kijk of u de diagnose weet.

51 **Kennistoets 'Afbouwen van chronisch medicatiegebruik'**

Fotografie omslag: Shutterstock

Nieuws

6 **Nieuwsberichten**

- Lengteverlies voorspelt sterfterisico
- Naar goede gespreksvoering over reanimatie
- Meer tijd voor de patiënt
- Artsen en patiënten oordelen verschillend over samen beslissen
- Inschatten valrisico is echt dokterswerk
- Bescherm ook oudere kinderen tegen de zon

61 **H&W-redacteur Marian van den Brink: 'Ik nodig praktiserende huisartsen graag uit om eens een casuïstiek of CAT te schrijven voor H&W'**

62 **H&W 65 jaar**
Just Eekhof: Wetenschap op een praktijkgerichte manier terugbrengen naar de spreekkamer

63 **Telefonische triage op de HAP bij patiënten met kortademigheid**
Onderzoekers kijken naar de efficiëntie en veiligheid van de telefonische triage op de HAP bij de klacht kortademigheid.

NHG

58 **Voorkeur voor kweek/PCR-diagnostiek in herziene NHG-Standaard Dermatomycosen**
KOH-diagnostiek in de huisartsenpraktijk heeft niet langer de voorkeur. In de NHG-Standaard Dermatomycosen zijn aanpassingen gedaan om de therapietrouw te optimaliseren.

60 **Herziening ABCDE-kaart**
De herziene ABCDE-methodiek sluit beter aan op de werkwijze van huisartsen (in opleiding) dan de vorige versie. Ook zijn er wijzigingen in de normaalwaarden van vitale parameters en de Glasgow Coma Scale.

64 **Nieuwe NHG E-learning Suïcidepreventie**
In de nieuwe NHG E-learning Suïcidepreventie in de huisartsenpraktijk is er veel aandacht voor communicatie met een patiënt met suïcidaal gedrag.

65 **'E-health helpt patiënt én dokter'**
Interview met een aios en een ervaren huisarts over het gebruik van e-health in de praktijk. Lees ook de tips om e-health makkelijker te maken.

66 **Thuisarts.nl terugblik 2021**

www.henw.org

- Minder otitis tijdens de COVID-19-pandemie
- Bij ouderen weinig psychische klachten door pandemie
- Nocebo-effecten bij COVID-vaccinatie

huisartspodcast.nl/henw

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

Lengteverlies voorspelt sterfterisico

Laurine Alderlieste

Lengteverlies is een sterke voorspeller voor sterfte bij Noord-Europese vrouwen. Vooral het cardiovasculaire sterfterisico neemt toe bij vrouwen van middelbare leeftijd met lengteverlies. Je kunt dit gegeven dan ook gebruiken om vrouwen met een verhoogd cardiovasculair sterfterisico op te sporen. Dat stellen de auteurs van een prospectief cohortonderzoek in Zweden en Denemarken.

Foto: Shutterstock

Het onderzoek werd uitgevoerd in een cohort van 2406 Zweedse en Deense vrouwen, die steekproefsgewijs werden geselecteerd. De vrouwen waren geboren tussen 1908 en 1952 en op dat moment 30 tot 60 jaar oud (Zweedse vrouwen gemiddeld 47 jaar en Deense vrouwen gemiddeld 44 jaar). Zij werden na 10 tot 13 jaar opnieuw onderzocht.
De onderzoekers keken 17 tot 19 jaar na de laatste lengtemeting naar de totale en cardiovasculaire sterfte. Gemiddeld was er sprake van een lengteverlies van 0,8 cm na 11,4 jaar. In totaal overleden 625 vrouwen, van wie 194 primair door een cardiovasculaire aandoening waarvan 37 door een CVA. Voor elke centimeter lengteverlies was de hazard ratio (HR) voor totale sterfte 1,14 (95%-BI 1,05 tot 1,23) bij de Zweedse vrouwen en 1,21 (95%-BI 1,09 tot 1,35) bij de Deense vrouwen, onafhankelijk van relevante covariabelen. Een geringe lengte en hoge lichamelijke activiteit bleken beschermende factoren tegen lengteverlies te zijn, onafhankelijk van de leeftijd. Bij een lengteverlies van meer dan 2 centimeter was de HR nog hoger: voor Zweedse vrouwen 1,74 (95%-BI 1,32 tot 2,29) en voor Deense vrouwen 1,80 (95%-BI 1,27 tot 2,54). In deze groep was het risico op een CVA het grootst (HR 2,31; 95%-BI 1,09 tot 4,87), gevolgd door totale cardiovasculaire sterfte (HR 2,14; 95%-BI 1,47 tot 3,12) en sterfte aan andere oorzaken (HR 1,71; 95%-BI 1,28 tot 2,29).
De auteurs stellen dat lengteverlies kan worden gebruikt om vrouwen met een verhoogd cardiovasculair sterfterisico op te sporen en dat regelmatig bewegen lengteverlies zou kunnen voorkomen. Wellicht nodigt dit onderzoek uit om vaker de meetlat te gebruiken in de spreekkamer en fysieke activiteit nog meer te stimuleren? ■

Klingberg S, et al. Loss of height predicts total and cardiovascular mortality: a cohort study of northern European women. BMJ Open 2021;11:e049122.

Naar goede gespreksvoering over reanimatie

Anne Meike Boels

Bij besluitvorming over reanimatie zouden autonomie van de patiënt en samen beslissen een centrale rol moeten hebben. Uit kwalitatief onderzoek blijkt echter dat artsen het gesprek op een dusdanige manier voeren, dat vaak van geen van beide sprake is. Dat kan beter. Waar zit de ruimte?

Idealiter maken patiënten tijdens onze gesprekken over wel of niet reanimeren autonoom een keuze op basis van samen beslissen. De praktijk is echter weerbarstig. Zwitserse onderzoekers bekeken hoe artsen reanimatie te berde brengen. Voor dit kwalitatieve onderzoek analyseerden zij 37 opnamegesprekken, gevoerd door 17 artsen die werken op een geriatrische revalidatieafdeling. De patiënten waren gemiddeld 83 jaar oud en bij 27% was de reanimatiestatus reeds bekend.
Reanimatie werd op 3 manieren besproken. Bij 18 gesprekken benoemden artsen het als mededeling ('… dan reanimeren wij u') of als gesloten vraag ('wilt u gereanimeerd worden?'). Deze manieren hebben als nadeel dat wel-reanimeren als de meest gangbare optie wordt gepresenteerd, wat het maken van een autonome keuze belemmert. Bij 7 gesprekken stelden zij een open vraag ('wat zou u willen dat de artsen wel of niet doen?'). Deze manier bevordert het maken van een autonome keuze, maar veronderstelt

Meer tijd voor de patiënt

Aimée Kok-Pigge

Foto: Shutterstock

Het Nivel publiceerde onlangs een onderzoek naar 7 Meer Tijd Voor De Patiënt (MTVDP)-projecten in de huisartsenzorg. Het doel van deze projecten is het realiseren van langere consulten om sneller tot de kern van het (gezondheids-) probleem van de patiënt te komen. De eerste ervaringen met deze projecten zijn positief, maar er zijn ook knelpunten.

De opzet van de projecten was divers: van 1 project in 1 enkele praktijk tot 41 praktijken, met een doorlooptijd van 0,5 tot 5 jaar. In de projecten participeerden naast de praktijk(en) en de zorgverzekeraar vaak ook lokale ziekenhuizen en het sociale domein. De bekostiging kwam doorgaans uit segment 3 (Resultaatbeloning en zorginnovatie), eventueel met bijdragen uit een innovatiebudget.
De projectuitkomsten werden gekoppeld aan doelen op 3 domeinen: de directe patiëntenzorg (meer consulttijd, meer patiënttevredenheid), verwijzingen en voorschrijvingen (meer naar het sociale domein, minder naar de tweede lijn, minder diagnostiek en medicatie) en personeel (minder werkdruk en administratie, meer werkplezier). In de deelnemende praktijken werd tijdens het project meer tijd besteed aan wijkbijeenkomsten, intervisie tussen praktijken, bespreken van verwijzingen en *lean* werken. De uitkomsten van ieder project werden intern en extern gemonitord, doorgaans vanuit het HIS en de declaratiedatabases. Ook werden patiënten- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken uitgezet.
De auteurs van het Nivel-rapport vatten de successen van de diverse projecten als volgt samen: betere regionale samenwerking en continuïteit, breed gedragen doelen, delen van (human) resources, meer aandacht voor de (kwetsbare) patient, meer zelfredzaamheid en ontlasten van de huisarts. De barrières waren het gebrek aan goede afspraken en het niet accepteren van of niet kunnen meekomen in de nieuwe werkwijze.
De auteurs geven ook diverse aanbevelingen voor MTVDP-projecten, zoals starten vanuit een gedeelde visie van alle betrokkenen op kwaliteit van zorg, met duidelijke afspraken over wie welke taak heeft in het proces. Het is verder belangrijk vast te leggen hoe deze tijdsinvestering wordt gewaarborgd en bekostigd. Daarnaast moeten er afspraken worden gemaakt over duidelijke randvoorwaarden, zoals voldoende draagvlak, adequate begeleiding en triage, en het signaleren van tussentijdse knelpunten. Als laatste is duurzame, structurele financiering essentieel, bijvoorbeeld door substitutie uit andere zorgsectoren en bekostiging vanuit segment 1. Keuzevrijheid hierbij is wenselijk: dus bekostiging per consult, een vast bedrag, of een combinatie.
Met MTVDP zetten huisartsen in op positieve gezondheid en op samenwerking. Vooral in de samenwerking met het sociaal domein ligt een uitdaging, maar ook een oplossing omdat hier nog veel winst te behalen valt. ■

Keuper J, et al. Meer tijd voor de patiënt: geleerde lessen voor uitrol en structurele verankering. Een vergelijkend onderzoek naar zeven 'Meer tijd voor de patiënt' projecten in de huisartsenzorg. Utrecht: Nivel, 2021.

Foto: ANP

ook dat patiënten weten wat er te kiezen valt en hierover al hebben nagedacht. Bij 12 gesprekken benoemden patiënten hun wens voordat artsen dit expliciet vroegen. In alle gevallen ging dat om een wens om niet te reanimeren. Bij alle bovenstaande manieren was de informatievoorziening onvoldoende. Bovendien werd het besprek over reanimatie ingebed in de anamnese of een ander deel van het consult, wat goede gezamenlijke besluitvoering in de weg zit.

De auteurs stellen dat gesprekken over reanimatie bij voorkeur moeten worden gevoerd in een setting met meer tijd en een goede behandelrelatie. Het is van belang deze punten mee te nemen bij opleiding en nascholing. De LESA Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen raadt aan dit gesprek te voeren als onderdeel van een gesprek over de totale zorg rond het levenseinde. De huisarts of praktijkondersteuner zou zo'n gesprek wellicht goed kunnen voeren. Wat zou u willen dat huisartsen hierin wel of niet doen? ■

Sterie AC, et al. "Do you want us to try to resuscitate?": Conversational practices generating patient decisions regarding cardiopulmonary resuscitation. Patient Educ Couns 2021 Aug 18:S0738-3991(21)00502-4 [e-pub ahead of print].

Artsen en patiënten oordelen verschillend over samen beslissen

Aimée Kok-Pigge

Patiënten en artsen zijn beiden voorstanders van samen beslissen. Zij verschillen echter in hun verwachtingen en perceptie over de mate van samen beslissen in alle fasen van het proces. Dat blijkt uit een vragenlijstonderzoek met stellingen over samen beslissen dat het Nivel en de VvAA hielden onder Nederlandse patiënten en artsen.

Foto: Margot Scheerder

In 2019 vulden deelnemers een vragenlijst in over verschillende aspecten van transparantie in de zorg, waaronder een deelonderzoek over 'samen beslissen' over een behandeling (de Shared Decision Making Questionnaire). Het Nivel legde 9 stellingen voor aan de 1500 leden van het consumentenpanel Gezondheidszorg, met 713 respondenten (49%). De VvAA legde deze stellingen voor aan 18.515 artsen, met als respondenten 265 huisartsen en 269 medisch specialisten (respons 6%). De totaalscore werd berekend op een schaal van 0 tot 45; een hogere score betekende een hogere mate van ervaren samen beslissen.
Samen beslissen gebeurt in een proces van 5 stappen die patiënt en arts samen doorlopen. Al bij de eerste stap gaat het mis: 73% van de artsen en slechts 48% van de patiënten vindt dat de arts de patiënt goed duidelijk maakt dat er sowieso een keuze is. Ook denken artsen en patiënten verschillend over hoe adequaat de informatie is over de verschillende behandelmogelijkheden en hun voor- en nadelen (3 stellingen): 47-64% (patiënten) en 85-90% (artsen). Verder vindt 51% van de patiënten en 75% van de artsen dat ze daadwerkelijk samen een keuze maken.
De onderzoekers benoemen verschillende uitdagingen bij de implementatie van samen beslissen. Zo wordt er nog weinig gebruikgemaakt van beschikbare instrumenten (keuzehulpen, de 3 goede vragen). En samen beslissen is vaak meer dan het eenmalig inzetten van een keuzehulp of *informed consent,* het is eerder een proces. Het kan lastig zijn patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden mee te nemen in dit proces, maar dat betekent niet dat zij dit niet zouden willen.
De bijzonder lage respons onder artsen betekent dat de resultaten met enige reserve gelezen moeten worden. Wel blijkt ook uit eerder onderzoek dat er bij artsen verschil zit tussen perceptie en realiteit van samen beslissen, en dat arts en patiënt gezamenlijke besluitvorming anders ervaren. Initiatieven ter bewustwording en implementatie van samen beslissen zijn daarom nog steeds nodig. ■

Springvloet L, et al. D. Patiënten en artsen ervaren niet dezelfde mate van samen beslissen. De transparantiemonitor 2019-2020. Utrecht: Nivel, 2020.

Inschatten valrisico is echt dokterswerk

Ariëtte Sanders-van Lennep

Hoe kun je mensen met een verhoogd valrisico het best opsporen in de eerste lijn? De auteurs van een systematisch literatuuronderzoek beoordeelden daarom de instrumenten om het valrisico te meten op hun testeigenschappen. Geen van de instrumenten bleek voldoende onderscheidend vermogen te bezitten. De adviezen van de NHG-Standaard Fractuurpreventie zijn zo gek nog niet.

Vallen vormt een groot risico voor de zelfstandigheid van de oudere mens. Het Nivel onderzocht daarom welk instrument geschikt zou zijn om zelfstandig wonende ouderen met een verhoogd valrisico op te sporen in de eerste lijn.
De onderzoekers mikten op instrumenten die weinig tijd vragen, niet duur zijn en geen extra ruimte vragen. Daarnaast moesten de instrumenten ten minste in 3 verschillende onderzoeken zijn gevalideerd. Zij includeerden uiteindelijk 27 van de 2492 artikelen die werden gepubliceerd tussen 2000 en 2020.
Van de 6 onderzochte instrumenten (onder andere Timed Up and Go (TUG)-test en Gait Speed-test) varieerde de area under the curve (AUC; hoe groter, hoe beter het diagnostische onderscheidingsvermogen van de test) van 0,5 tot 0,7. De sensitiviteit en specificiteit varieerden echter aanzienlijk tussen de onderzoeken (bijvoorbeeld sensitiviteit TUG-test 10% tot 83,3% en

Bescherm ook oudere kinderen tegen de zon

Pieter Buis

Sinds de jaren tachtig is de incidentie van huidkanker in Nederland dramatisch toegenomen. Dat heeft onder andere te maken met veranderingen in ons gedrag (bruin worden wordt als aantrekkelijk gezien). Het is dan ook noodzakelijk om ons beter tegen de zon te beschermen. Dat geldt vooral voor kinderen, aangezien zonschade in de kindertijd de kans op huidkanker extra vergroot en kinderen (nog) niet in staat zijn zichzelf te beschermen. Dat blijkt uit het proefschrift van Karlijn Thoonen.

Foto: Shutterstock

Thoonen bracht in kaart in hoeverre ouders hun kinderen beschermen tegen de zon. Via kwalitatief onderzoek bestudeerde zij de percepties van ouders over zonverbranding en zonblootstelling van hun kinderen. Zonverbranding blijkt vaak voor te komen en hierbij spelen veel verschillende factoren een rol. Daarbij gaat het niet alleen om de aanwezigheid van water en de afwezigheid van schaduw, maar ook om gebrek aan kennis over de zonkracht en frequentie van smeren. Een zongebruinde huid als schoonheidsideaal bij ouders leidt bovendien tot minder zonbescherming bij hun kinderen, terwijl bruinen gelijkstaat aan huidschade. Bij jonge kinderen en kinderen met een lichter huidtype zijn ouders wel extra alert op zonbescherming.

Vanaf de leeftijd van 11 jaar gaan kinderen zichzelf vaker beschermen tegen de zon, waarbij meisjes dit vaker doen dan jongens. Richt de adviezen op die leeftijd daarom meer op de kinderen zelf dan alleen op de ouders. Ook de inrichting van de omgeving heeft invloed. Zo bleek vooral het creëren van schaduwplekken veelbelovende effecten te hebben.

Dit proefschrift biedt adviezen over bescherming tegen de zon voor ouders, kinderen en overheidsinstanties zoals scholen, GGD en RIVM. Huisartsen kunnen alert zijn op adviezen over bescherming tegen de zon bij oudere kinderen. Want die lijken het kind van de rekening te worden en kunnen nog wel wat adviezen over zonbescherming gebruiken. ■

Thoonen KAHJ. Breaking through the clouds: towards understanding sunburn, sun exposure and sun protection of children in the Netherlands [proefschrift]. Maastricht: Maastricht University, 2021.

Foto: Shutterstock

specificiteit 28,4% tot 96,6%).

Omdat geen van de instrumenten voldoende voorspellende waarde had (gedefinieerd als een AUC > 0,7), adviseren de onderzoekers om op zoek te gaan naar andere methoden om het valrisico bij zelfstandig wonende ouderen te bepalen. Patiënten hierop bevragen lijkt voor nu de beste methode: niet duur, niet arbeidsintensief en geen speciale training, apparatuur of ruimte vereist. Ook voor mensen die nog niet zijn gevallen lijkt het oordeel van de professional over het mogelijke risico belangrijk. De NHG-Standaard Fractuurpreventie adviseert aandacht te hebben voor: valgeschiedenis (≥ 2 valincidenten in het voorafgaande jaar), beperkingen in mobiliteit en evenwicht, valangst, valrisicoverhogende medicatie, polyfarmacie, urine-incontinentie en cognitief verval. Die adviezen blijven onverminderd van kracht. ■

Meekes WMA, et al. Practical and validated tool to assess falls risk in the primary care setting: a systematic review. BMJ Open 2021;11:e045431.

Versterkende factoren bij ouderen met een doodswens

Ilse Pluim, Margot Zomers, Els van Wijngaarden, Alfred Sachs, Roger Damoiseaux, Ghislaine van Thiel

Als eerste contactpersoon krijgen huisartsen met enige regelmaat verzoeken om euthanasie, ook in het geval van 'voltooid leven'. Het is daarom belangrijk om de groep ouderen met een 'voltooid leven' goed in beeld te hebben. Niet alle factoren die een rol spelen in de doodswens van deze ouderen worden herkend. Er liggen nog kansen voor huisartsen om beter in te spelen op de behoeften van deze groep.

In 2020 publiceerde D66 het definitieve wetsvoorstel 'Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek' om hulp bij zelfdoding mogelijk te maken aan mensen van 75 jaar of ouder wanneer zij zonder medische grondslag aan het leven lijden. Een van de zorgvuldigheidseisen die in het wetsvoorstel is opgenomen, betreft een overleg met de huisarts voor het verkrijgen van een achtergrondbeeld van de hulpvraag. De oudere kan ook besluiten dit gesprek niet te laten plaatsvinden.[1] Huisartsen krijgen geregeld verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding, ook in het geval van 'voltooid leven'.[2] Om goede zorg te kunnen verlenen en een duidelijk beeld te krijgen van deze groep patiënten is het zinvol dat huisartsen meer zicht hebben op deze problematiek. Dit kan eventuele vooroordelen of misvattingen hierover inzichtelijk maken en in de juiste context plaatsen.

Voorafgaand aan het wetsvoorstel is in opdracht van het ministerie van VWS het Perspectief-onderzoek uitgevoerd onder burgers van 55 jaar of ouder met een persisterende doodswens die buiten de Wet toetsing levensbeëindiging lijken te vallen omdat ze niet ernstig ziek zijn. Ook is onderzocht welke opvattingen huisartsen over deze problematiek hebben.[3] Wij presenteren de resultaten van dit onderzoek, waarbij we het perspectief van ouderen van 75 jaar en ouder apart zullen belichten. Vervolgens formuleren we aandachtspunten voor het omgaan met deze problematiek.

Dit is een bewerkte vertaling van: Hartog ID, Zomers ML, Van Thiel GJMW, Leget C, Sachs APE, Uiterwaal CSPM, et al. Prevalence and characteristics of older adults with a persistent death wish without severe illness: a large cross-sectional survey. BMC Geriatr 2020;20:342. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

Voor het verkrijgen van het burgerperspectief voerden we een vragenlijstonderzoek uit onder 32.477 mensen van 55 jaar en ouder uit de open populatie (respons 66%).[3] We kozen voor deze leeftijdsgrens om de hypothese te toetsen dat de prevalentie van de doodswens toeneemt met de leeftijd en omdat uit literatuur blijkt dat burgers vanaf 55 jaar in toenemende mate terugkijken op hun leven en de balans van hun leven opmaken.[4] Omdat het wetsvoorstel van D66 de leeftijdsgrens van 75 jaar en ouder noemt, hebben we een deelanalyse gemaakt van de gegevens van burgers van 75 jaar en ouder.[5]

De deelnemers kregen de vraag of ze zichzelf op dat moment herkenden in de doelgroepbeschrijving 'Ik ervaar geen toekomstperspectief meer, ik verlang ernaar om dood te zijn, en ik ben niet ernstig ziek'. Degenen die zich in de beschrijving herkenden kregen een speciaal hiervoor ontwikkelde vragenlijst voorgelegd, waarin ook een VAS-score (waarbij 0 de slechtst voorstelbare gezondheidstoestand en 10 de best voorstelbare gezondheidstoestand is), een EQ-5D-scorelijst en een HADS-depressiescorelijst waren opgenomen.[6,7]

Voor een uitgebreide beschrijving en verantwoording van de methode van de deelonderzoeken van het Perspectief-onderzoek verwijzen we naar het volledige onderzoeksrapport.[3]

RESULTATEN

Omvang van de groep

In het onderzoek onder burgers van 55 jaar en ouder gaven 411 personen (1,9% van de totale groep respondenten) aan zich op dit moment te herkennen in de doelgroepbeschrijving. Deze respondenten beantwoordden vragen over de aard van hun doodswens, de aanwezigheid van een persisterende doodswens en factoren die

hun wens om dood te zijn beïnvloedden. Op basis daarvan onderscheidden we subgroepen. Zie de [**infographic**] voor het selectieproces en de subgroepen.
Honderdvijfenvijftig personen gaven aan stappen te hebben gezet om de doodswens te realiseren en/of in het afgelopen jaar serieus te hebben overwogen het leven te beëindigen. Ze hebben bijvoorbeeld informatie opgezocht, gesprekken over de doodswens gevoerd of een behandelverbod opgesteld. Of ze zijn met medicatie gestopt, hebben plannen gemaakt om zelf het leven te beëindigen, ofwel hebben hulp gevraagd bij zelfdoding en/of een euthanasieverzoek gedaan. Onder de 56 burgers van 75 jaar en ouder was dit percentage met een actieve doodswens 54%. Van de hele groep met een actieve doodswens gaven er 36 (13% van degenen met een persisterende doodswens die niet ernstig ziek waren (PDW-NEZ)) aan dat 'een wens tot levensbeëindiging' hun doodswens het beste omschreef [**infographic**]. Dit is 0,17% van alle respondenten. Vertaald naar de gehele bevolking betreft dit ongeveer 10.000 mensen van 55 jaar en ouder. Van deze groep was 17% 75 jaar of ouder.

Communicatie over de doodswens
Uit het onderzoek bleek dat 29% van de PDW-NEZ-groep de doodswens met de huisarts of een andere hulpverlener had besproken. Dit percentage nam toe tot 36% in de groep die actief met de doodswens bezig was. Van de groep die de omschrijving 'een wens tot levensbeëindiging' het meest passend vond voor hun doodswens, besprak 50% deze wens met een hulpverlener.

Kenmerken
In de PDW-NEZ-groep was 56% vrouw en had 79% de leeftijd van 55 tot 75 jaar. Verder woonde 52% alleen, was 27% kinderloos en kwam 53% uit een lage sociale klasse (tegenover respectievelijk 25%, 16% en 40% bij de groep die niet voldeed aan de doelgroepbeschrijving). In de PDW-NEZ-groep waren relatief iets meer respondenten 75 jaar en ouder dan in de groep respondenten die zich niet in de doelgroepbeschrijving herkenden.

Factoren die de doodswens beïnvloeden
Van de respondenten in de PDW-NEZ-groep koos 52-65% in hun vragenlijst piekeren, het gevoel geen invloed te hebben op het leven, eenzaamheid en lichamelijke of geestelijke aftakeling als factoren die bijdroegen aan de doodswens [**infographic**]. Een kwart van de groep noemde financiële problemen en spanningen met mensen in de omgeving. In de 75-plusgroep noemde 63% lichamelijke en geestelijke aftakeling. Meer dan de helft noemde daarnaast afhankelijkheid van anderen, piekeren en eenzaamheid.

Aard van de doodswens en behoeften aan ondersteuning
Op de vraag hoe de respondenten in de PDW-NEZ-groep hun doodswens zouden beschrijven, gaf 71% aan te verlangen naar een natuurlijke dood of om niet meer wakker te worden. Bij het grootste deel van de groep (63%) bestond de doodswens sinds een aantal jaar en bij 19% al het hele leven. De wens om te leven en de wens om dood te zijn wisselden elkaar bij 72% van de groep af in de tijd.
Op de vraag welke hulp of ondersteuning ze wensten, noemden ze wat betreft levensbeëindiging het vaakst de wens over een zelfdodingsmiddel te beschikken (47%), gevolgd door een wens tot hulp bij zelfdoding door een dokter (25%). Wat betreft andere vormen van hulp gaven de respondenten aan de meeste behoefte te hebben aan erkenning en begrip voor hun gevoelens (24%), meer financiële ruimte (19%) en goede gesprekken met een hulpverlener (18%).

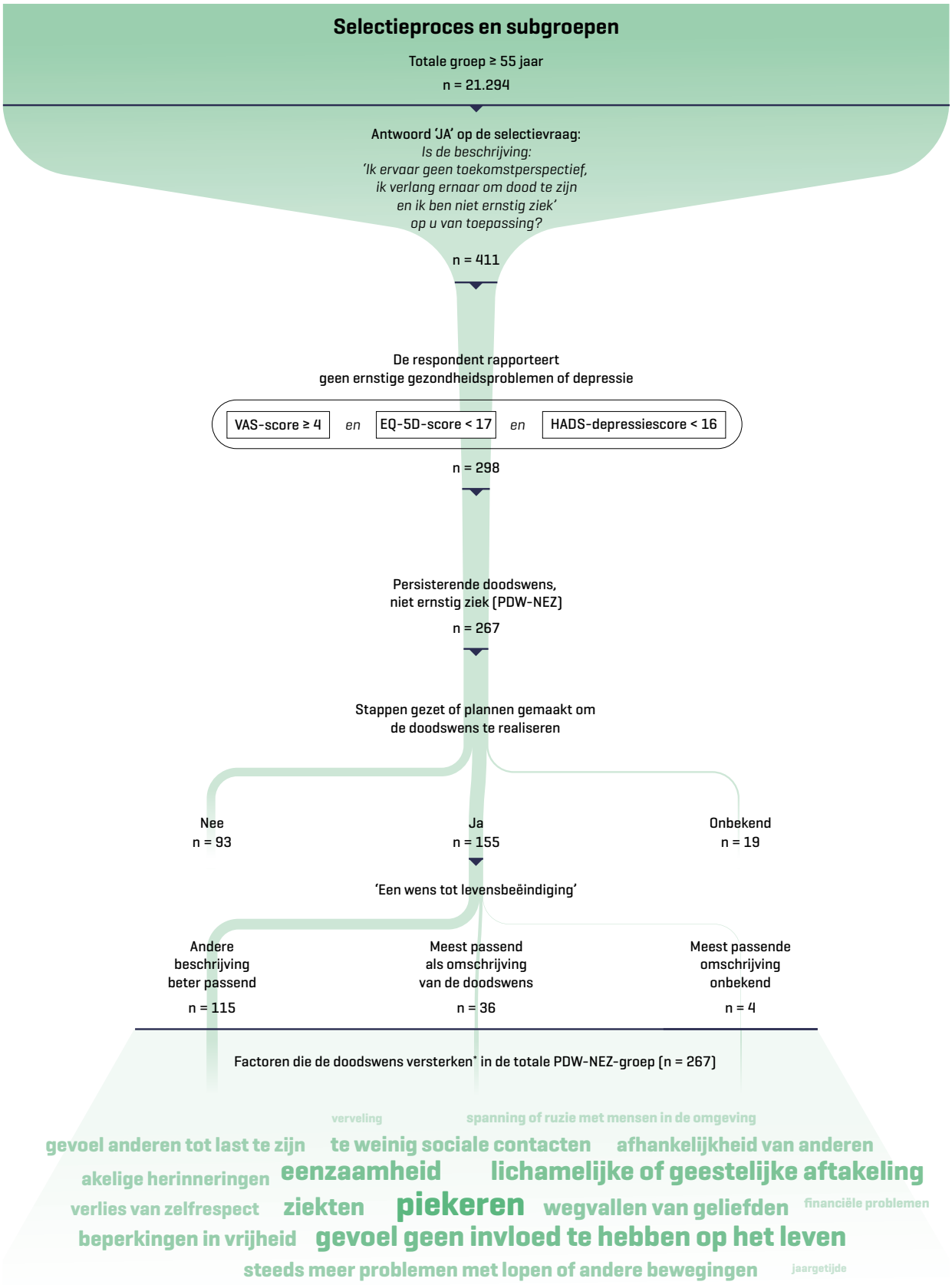
WAT IS BEKEND?
- Huisartsen krijgen vaker dan andere artsen het verzoek om euthanasie vanwege 'voltooid leven'.
- Er zijn ouderen met een doodswens die buiten de reikwijdte van de Wet toetsing levensbeëindiging lijken te vallen omdat zij niet ernstig ziek zijn.

WAT IS NIEUW?
- De groep mensen bij wie 'voltooid leven'-problematiek speelt is heterogener dan nu vaak wordt gedacht.
- Huisartsen kunnen explicieter aandacht besteden aan factoren die bijdragen aan doodswensen en de behoeften van deze groep.

BESCHOUWING
Vertaald naar de hele bevolking laat ons onderzoek zien dat 0,18% van de 55-plussers een persisterende doodswens heeft én hun doodswens omschrijft als een wens tot (hulp bij) levensbeëindiging, terwijl ze niet ernstig ziek zijn. Onlangs is een deelanalyse van de groep van 75 jaar en ouder gepubliceerd.[5] De vergelijking tussen de gegevens over 75-plussers en de gehele groep van 55 jaar en ouder laat zien dat er weinig verschillen zijn. Het gewogen percentage van PWD-NEZ onder 75-plussers (2,1%) ligt wel iets hoger dan in de gehele groep van 55-plussers (1,3%).
In een deelonderzoek van het Perspectief-onderzoek onder huisartsen hebben 1052 huisartsen 1 of meer vragen beantwoord over een casus die in hun praktijk speelt of speelde.[3] Deze huisartsen blijken de doodswens van ouderen vooral te associëren met bestaansmoeheid (55%) en existentiële eenzaamheid (46%). Als achtergrond bij de doodswens noemen de huisartsen een verlieservaring (138 keer) en ziekte of lichamelijke klachten (38 keer). Minder vaak noemen ze financiële zorgen (2 keer), relationele problemen met betrekking tot familie (4 keer) en het gevoel een last te zijn voor anderen (9 keer). De meeste huisartsen dachten dat de doodswens van de door hen beschreven patiënten het best kon worden getypeerd als de wens om niet meer wakker te worden (64%). Van de huisartsen dacht 31% dat de patiënten op korte termijn hulp bij zelfdoding door een dokter wensten. De meeste burgers gaven in dit verband aan liefst de

Infographic

Aantallen ouderen met een doodswens en versterkende factoren



* Tekstgrootte is geschaald naar het percentage personen dat aangaf dat deze factor de doodswens versterkte.
Meest voorkomend: 'piekeren' (65%) en minst voorkomend: 'jaargetijde' (22%).

Infographic: Studio Wiegers

De groep mensen bij wie 'voltooid leven'-problematiek speelt is vaak jonger dan wordt gedacht. Foto: Unsplash

beschikking te hebben over een zelfdodingsmiddel.
Uit het Perspectief-onderzoek blijkt dat de term 'voltooid leven', waarmee de problematiek in het maatschappelijk debat vaak wordt omschreven, problematisch is. In het huidige publieke debat is het beeld van 'voltooid leven' dat van gezonde volwassenen van 75 jaar of ouder, die hun leven overzien en weloverwogen besluiten hun leven te willen beëindigen. Ons onderzoek laat zien dat een groot deel van de PDW-NEZ-groep jonger is dan 75 jaar en dat er vele somatische, sociale en existentiële factoren zijn die bijdragen aan hun doodswens. De complexiteit van achtergronden en het fluctuerende en ambivalente karakter van de doodswens blijken bij de groep van 75 jaar en ouder nauwelijks af te wijken van die bij de hele groep. Wel noemde de eerste groep 'afhankelijkheid van anderen' vaker als versterkende factor van de doodswens (59%) dan 55-plussers (40%). Een ander opvallend verschil is dat naar verhouding minder 75-plussers overwegen om een einde aan hun leven te maken (38%) dan 55-plussers (51%).[5]
Dit onderzoek is het eerste dat representatieve gegevens genereert over de prevalentie van doodswensen onder ouderen die niet ernstig ziek zijn. Het biedt robuuste gegevens over de kenmerken en achtergronden van deze groep ouderen. Een vergelijking met ander (internationaal) onderzoek is daarom niet goed te maken.
Een beperking van het onderzoek is de potentiële selectiebias. Ouderen met een doodswens zijn mogelijk minder geneigd om aan vragenlijstonderzoek mee te doen. Analyse van de non-respons liet zien dat onze steekproef kleine maar significante verschillen heeft op bijna alle achtergrondvariabelen. Daarnaast heeft de kwantitatieve vragenlijstmethode gevolgen voor de conclusies die getrokken kunnen worden. De vragen betreffen zelfrapportage door de respondenten. Van de respondenten die aangaven dat ze levensbeëindiging wensten, konden we niet vaststellen of ze deze wens acuut of op termijn wilden vervullen. Dit kan tot een overschatting van de prevalentiecijfers hebben geleid. Bij de vergelijking met de groep van 75 jaar en ouder is het belangrijk om te vermelden dat we deze groep hebben vergeleken met de hele groep 55-plussers, waar de 75-plussers deel van uitmaakten. Daardoor is het contrast tussen beide groepen mogelijk minder scherp.
De meeste mensen, en ook huisartsen, relateren 'voltooid leven' aan een hogere leeftijd. Ook in ons onderzoek koos 85% van de huisartsen bij het beschrijven van een casus voor een casus van een persoon van 75 jaar en ouder. Amerikaans onderzoek onder huisartsen wees uit dat ze suïcidale gedachten onder ouderen normaler, rationeler en acceptabeler vonden dan onder jongere patiënten, en dat ze jongere patiënten hiervoor eerder zouden behandelen.[8] Het is mogelijk dat huisartsen eenzelfde doodswens onder jongere patiënten zien als een te behandelen ziekte en onder ouderen als 'voltooid leven'. De term 'voltooid leven' past echter niet bij de problematiek. Uit een kwalitatief deelonderzoek van het Perspectief-onderzoek blijkt dat de doodswens complex en dynamisch is, en in de loop van de tijd kan veranderen.[3] Leeftijd lijkt bovendien een ondergeschikte factor in het ontstaan van doodswensen.

Den Hartogh wijst er in dit verband op dat mensen ook een duurzame doodswens kunnen ontwikkelen als gevolg van het verlies van een levensgezel, wat op iedere leeftijd kan gebeuren. Hij stelt dat je hoogstens mag verwachten dat mensen op hoge leeftijd vaker met dergelijke verliezen te maken hebben en dat ze mogelijk minder veerkracht hebben om de gevolgen ervan op te vangen.[9]

Op het sociale vlak gaven de respondenten vooral aan behoefte te hebben aan erkenning en begrip voor hun gevoelens. Huisartsen herkennen verlieservaringen als factor die in de doodswens meespeelt. Ze noemen piekeren en financiële problemen echter niet of zeer weinig, terwijl deze factoren bij ouderen met een doodswens een grote rol spelen. Doordat huisartsen een kortere lijst van bijdragende factoren hadden om uit te kiezen, zijn deze niet direct een-op-een te vergelijken met de antwoorden van de respondenten. Dat huisartsen in de vrije tekstruimte toch vaak verlieservaringen invulden, laat zien dat ze deze wel als factor herkennen die in de doodswens meespeelt.

Een klein deel van de respondenten had de doodswens met hun huisarts besproken, waardoor het voor de laatste moeilijker zal zijn om de juiste ondersteuning te bieden. Daarom is het belangrijk dat huisartsen de doodswens bespreekbaar maken.[10] Ze zullen over de kennis en vaardigheden moeten beschikken om de aard van de doodswens uit te vragen en factoren die hierin meespelen op waarde te schatten. Tijdens het gesprek kunnen huisartsen expliciet vragen naar versterkende factoren, zoals piekeren en financiële problemen. De resultaten van dit onderzoek kunnen hen helpen bij het uitvragen van de aard van de doodswens en factoren die hierin meespelen.

Verder onderzoek naar het huisartsenperspectief, de mate waarin huisartsen patiënten met deze problematiek herkennen, het soort vragen waarmee deze patiënten bij hun huisarts komen en de manier waarop huisartsen deze groep kunnen ondersteunen, zou kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de zorg voor deze groep. Daarnaast is het zinvol nader onderzoek te doen naar de individuele invloed van elk van de factoren op de doodswens van de PDW-NEZ-groep, onder andere voor het maken van beleid. Aangezien overmatig piekeren het kernsymptoom is van een gegeneraliseerde angststoornis, zou het vanwege de hoge prevalentie van piekeren onder de PDW-NEZ-groep interessant zijn om meer onderzoek te doen naar het voorkomen van de gegeneraliseerde angststoornis bij deze problematiek.

CONCLUSIE

De groep mensen van 55 jaar of ouder zonder toekomstperspectief met een verlangen naar de dood zonder dat ze ernstig ziek zijn, blijkt voor een groot deel jonger dan 75 jaar te zijn. Ze hebben vooral behoefte aan erkenning van hun gevoelens en gesprekken met hulpverleners. Hoewel huisartsen een aantal van de bijdragende factoren goed kunnen benoemen, zijn er aanwijzingen dat ze nog niet het hele scala van bijdragende factoren en behoeften in het vizier te hebben. Kortom, het lijkt erop dat huisartsen nog te veel vasthouden aan het oude beeld van 'voltooid leven'. Het zou goed zijn wanneer ze zich er meer bewust van zijn dat deze problematiek in de jongere groep voorkomt. ■

LITERATUUR

1. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek. Rapport No. 35534. 2020. Geraadpleegd 20 december 2021.
2. KNMG. Overwegingen artsenfederatie KNMG bij 'Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven'. 2017. Geraadpleegd 20 december 2021.
3. Van Wijngaarden EJ, Van Thiel GJMW, Hartog ID, Van den Berg V, Zomers ML, Sachs APE, et al. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers. Den Haag: ZonMw, 2020.
4. Erikson EH, Erikson JM. The life cycle completed (extended version). New York: WW Norton & Company, 1998.
5. Zomers ML, Van Thiel GJMW, Hartogh ID, Van den Berg V, Leget C, Sachs APE, et al. 75 plussers met een doodswens zonder dat zij ernstig ziek zijn: wie zijn dat? Ned Tijdschr Geneeskd 2021;165:D5461.
6. Versteegh MM, Vermeulen KM, Evers SMAA, De Wit GA, Prenger R, Stolk EA. Dutch tariff for the five-level version of EQ-5D. Value Health 2016;19:343-52.
7. Spinhoven PH, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GIJM, Speckens AEM, Van Hemert AM. A validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. Psychol Med 1997;27:363-70.
8. Uncapher H, Areán PA. Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. J Am Geriatr Soc 2000;48:188-92.
9. Den Hartogh GA. Voltooid leven en de grenzen van het medisch domein. TVGR 2021;45:5-14.
10. Polihronis C, Cloutier P, Kaur J, Skinner R, Cappelli M. What's the harm in asking? A systematic review and meta-analysis on the risks of asking about suicide-related behaviors and self-harm with quality appraisal. Arch Suicide Res 2020;25:1-23.

Pluim I, Zomers ML, Van Wijngaarden EJ, Sachs APE, Damoiseaux RAMJ, Van Thiel GJMW. Versterkende factoren bij ouderen met een doodswens. Huisarts Wet 2022;65(3):10-4. DOI:10.1007/s12445-022-1393-2.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: I. Pluim, student geneeskunde; M.L. Zomers, promovendus; dr. G.J.M.W. van Thiel, universitair hoofddocent, onderzoeker, g.j.m.w.vanthiel@umcutrecht.nl; dr. A.P.E. Sachs, universitair hoofddocent, onderzoeker, huisarts; prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Universiteit voor Humanistiek, vakgroep Zorgethiek, Utrecht: dr. E.J. van Wijngaarden, universitair hoofddocent, onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: de auteurs ontvingen een ZonMw-subsidie, projectnummer: 643001001.

Huisartsen en euthanasie: een onderzoek naar regiovariatie

Stef Groenewoud, Femke Atsma, Mina Arvin, Gert Westert, Theo Boer

Tussen 2002 en 2020 verdriedubbelde de incidentie van euthanasie in Nederland. Lijken de percentages landelijk nog betrekkelijk laag, regionaal blijken de verschillen veel groter. Het euthanasiepercentage in de 3 gemeenten met de meeste euthanasieën ligt 25 maal zo hoog als in de 3 gemeenten met het laagste percentage. Die verschillen hangen samen met onder andere leeftijd, kerkbezoek, politieke oriëntatie, inkomen, gezondheid en de beschikbaarheid van vrijwilligers. Na correctie voor deze factoren blijft nog een aanzienlijke variatie over, wat erop lijkt te wijzen dat ook zorgaanbodfactoren aan de regiovariatie bij euthanasie ten grondslag liggen.

De afgelopen decennia steeg het aantal gemelde euthanasiegevallen in Nederland. Lag het aantal euthanasieën in 2002 nog op 1883, in 2020 bedroeg het 6938. Als percentage van de totale sterfte ging het eveneens om een aanzienlijke toename: van 1,3% in 2002 naar 4,1% in 2020.[1,2] De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) noemen het huidige percentage nog 'relatief laag', maar laten het bestaan van regiovariatie buiten beschouwing.[2] Regiovariatie zien we overal in de gezondheidzorg. Hoewel er naar de huisartsenzorg nog niet veel onderzoek is gedaan, verschenen reeds diverse onderzoeken over regioverschillen in de chirurgie, de radiologie, farmacie en ziekenhuisopnamen.[3-9] Regiovariatie geldt vooral als problematisch als patiënten procedures krijgen die ze niet wensen of niet nodig hebben (overbehandeling), of omgekeerd, dat hun zorg ten onrechte wordt onthouden (onderbehandeling).[6] Over regiovariatie bij euthanasie bestaat in de internationale literatuur maar 1 artikel, waaruit blijkt dat er binnen Nederland (5 RTE-regio's) een variatie bestaat tussen 1,7% en 3,4%. Een factor 2 dus.[10] De onderzoekers gebruikten globale gegevens uit de RTE-jaarverslagen en concluderen dat er specifiekere gegevens nodig zijn om de variatie echt te kunnen duiden.[11]
Ons onderzoek heeft 3 doelen: ten eerste beschrijven we regionale verschillen in het euthanasiepercentage (2013-2017) op het niveau van de 388 Nederlandse gemeenten. Vanwege de delay in de aangeleverde declaratiegegevens hebben we onze analyse uitgevoerd op beschikbare gegevens t/m 2017. We wilden een aantal opeenvolgende jaren bekijken, maar voor een beeld van de trend in de tijd volstaat een periode van 5 jaar. Daarom bestrijkt onze onderzoeksperiode de jaren 2013-2017. Ten tweede onderzoeken we verbanden met demografische, sociaaleconomische, preferentiële en aan gezondheid gerelateerde factoren, en proberen we de variatie te duiden. Ten slotte bespreken we de variatie die we niet kunnen verklaren en proberen we een antwoord te vinden op de vraag in hoeverre het zorgaanbod de vraag naar euthanasie mogelijk beïnvloedt.

Dit is een praktijkgerichte bewerking van: Groenewoud AS, Atsma F, Arvin M, Westert GP, Boer TA. Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation. BMJ Support Palliat Care 2021;0:1-11.

METHODE

Onderzoeksontwerp, variabelen en gegevensbronnen

Dit crosssectionele onderzoek omvat alle gedeclareerde zorg in het laatste levensjaar van alle tussen 2013 en 2017 overleden Nederlandse verzekerden. Omdat euthanasie meestal door een huisarts wordt uitgevoerd (85%) en er geen declaratiegegevens zijn van door andere artsen verrichte euthanasieën, beperkten we ons tot huisartsendeclaraties (prestatiecode 13038).[12]
De gedeclareerde euthanasieën, het aantal sterfgevallen per gemeente en de achtergrondkenmerken, zoals geslacht en leeftijd, haalden we uit de declaratiegegevens. Daarnaast onderzochten we 17 variabelen (afkomstig uit diverse gegevensbronnen, zoals CBS en RIVM) op een eventuele samenhang van regiovariatie met euthanasie: geslacht, leeftijd, politieke oriëntatie, eenzaamheid, kerkbezoek, percentage inwoners van niet-westerse komaf, werkloosheid, mantelzorg (ontvangen), betrokkenheid bij vrijwilligerswerk, depressie, functionele, visuele of auditieve beperkingen, zelfregie, zelfgerapporteerde gezondheid, inkomen en afstand tot het ziekenhuis.

WAT IS BEKEND?

- De incidentie van euthanasie (als percentage van het aantal sterfgevallen) verschilt sterk tussen regio's in Nederland. Tot nu toe werd ervan uitgegaan dat het verschil tussen gebieden met een hoge en lage incidentie een factor 2 was.
- Tot op heden waren de gegevens niet gedetailleerd genoeg om de aard en omvang van de verschillen precies te kunnen bepalen en waren mogelijke oorzaken onduidelijk.

WAT IS NIEUW?

- Dit is het eerste onderzoek naar de verschillen in euthanasiepercentages op het niveau van Nederlandse gemeenten.
- Verschillen lopen op tot een factor 25, wat hoog is in vergelijking met (andere) medische verrichtingen.
- Na correctie voor de belangrijkste patiëntfactoren blijft nog een aanzienlijk onverklaard verschil tussen hoog- en laagincidentiegebieden over van een factor 7 (7 keer zoveel euthanasieën in sommige gebieden).

Statistische methode

Uit de declaratiegegevens haalden we de jaarlijkse euthanasiecijfers voor alle 388 Nederlandse gemeenten. Deze deelden we door het aantal sterfgevallen en vermenigvuldigden we met 100. Wanneer we de gemiddelde euthanasiepercentages van de 'hoogste 3 gemeenten' (T3) delen door die van de 'laagste 3 gemeenten' (B3) krijgen we een *variatiefactor* (hoeveel keer zo vaak komt euthanasie voor in de hoogincidentiegebieden vergeleken met de laagincidentiegebieden?). Om vertekening door kleine steekproefvariatie te voorkomen en om noemers van 0 te vermijden, rekenden we alleen gemeenten met minimaal 100 overlijdens en ten minste 1 euthanasiegeval mee. Ook telden we het aantal gemeenten met 0 euthanasiegevallen. Aansluitend bij andere variatieonderzoeken en ter correctie van uitschieters berekenden we ook de zogenaamde P95/P5-factorscore door het 95e en het 5e percentiel te delen.[13]
Om de mogelijke samenhang tussen regiovariatie (2013-2017) en de genoemde variabelen (2017) te onderzoeken, voerden we een regressieanalyse uit. Zo konden we vaststellen welk deel van de variatie verklaard werd door de bevolkingskenmerken en welk deel van de variatie onverklaard bleef.
We keken in het onderzoek behalve naar euthanasiepercentages in gemeenten ook naar de 90 2-cijferige postcoderegio's (dat is 1 niveau hoger dan gemeenten) en naar wijken. In dit artikel bespreken we alleen de resultaten op gemeenteniveau.

RESULTATEN

Aanzienlijke regionale verschillen in euthanasiepercentages

De gebruikte set van declaratiedata telt tussen 2013 en 2017 25.979 uitgevoerde euthanasieprocedures (oplopend van 4106 in 2013 naar 6460 in 2017). Het percentage door huisartsen verrichte euthanasieën liep op naar 4,3% van het totale aantal sterfgevallen. De gemiddelde leeftijd van de overleden patiënten nam toe van 71,3 in 2013 naar 73,2 in 2017.
Op gemeentelijk niveau liggen de euthanasiepercentages in de 3 hoogst scorende gemeenten stabiel op 10% (1 op de 10 overlijdens verloopt via euthanasie). De factorscores verschillen aanzienlijk: in 2013 is het verschil tussen de 3 gemeenten met de meeste gevallen van euthanasie en de 3 gemeenten met de minste gevallen een factor 27. Een sterkere stijging van de euthanasiecijfers in laagincidentiegemeenten leidt tot minder variatie door de jaren, tot een factor 17 in 2017. Ook het aantal gemeenten met 0 euthanasieën nam af (13 in 2013 naar 7 in 2017). Zie de [**infographic Nationale trend totaal aantal sterftes en euthanasiemeldingen**] voor een visuele weergave van de resultaten.

Gezondheids- en preferentiefactoren

Er zijn 6 variabelen die statistisch significant samenhangen met de euthanasie-incidentie; zie de [**infographic Variabelen**] voor de factoren en bijbehorende percentages.

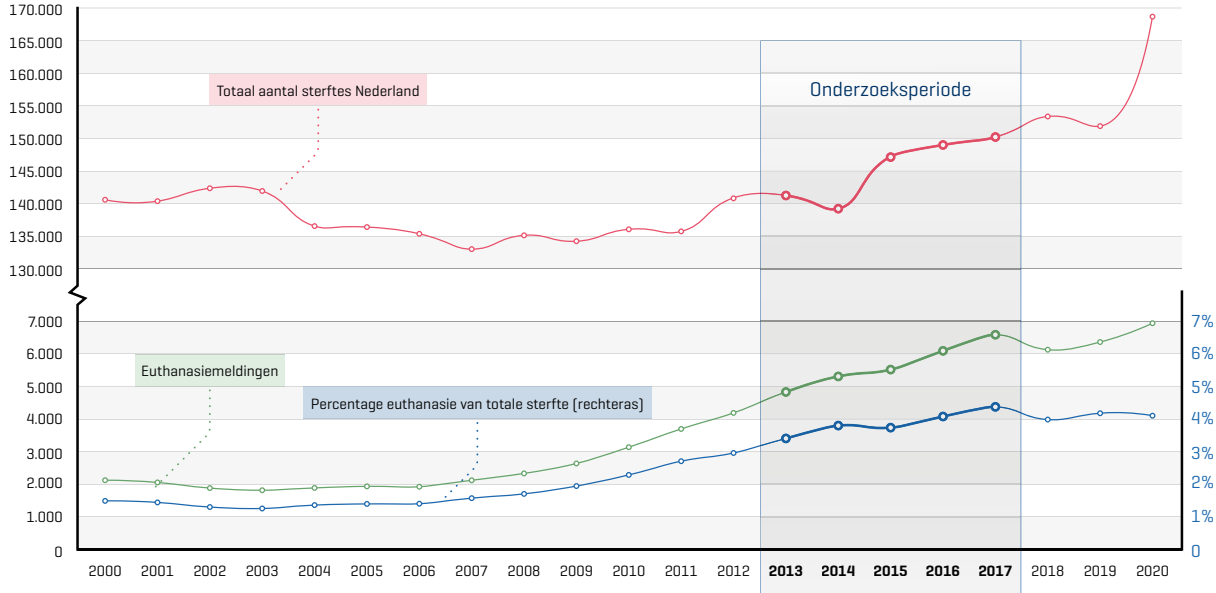
Onverklaarde variatie

Zonder correctie voor deze zes variabelen bedraagt de ruwe factorscore 25,3. Gecorrigeerd voor de genoemde 6 variabelen is de factorscore 6,8. Er blijft dus een aanzienlijke, nog onverklaarde variatie over. Deze pogen we in de beschouwing nader te duiden.

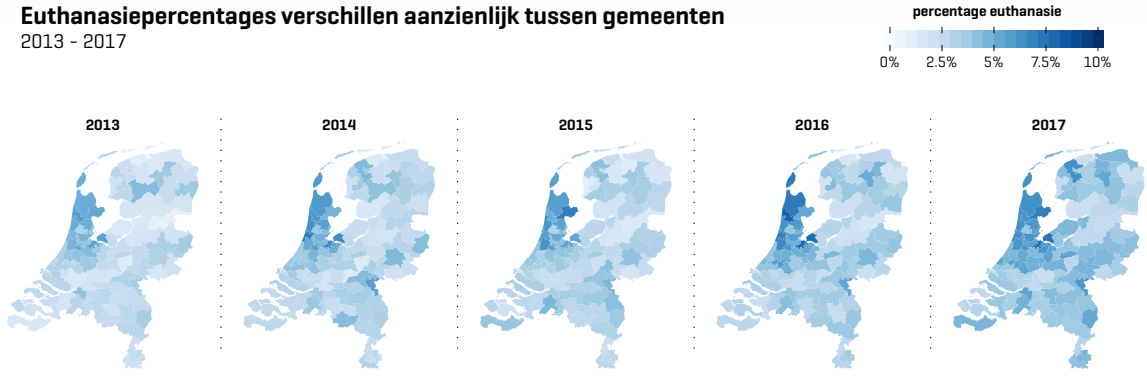
BESCHOUWING

We vonden een aanzienlijke geografische variatie in de incidentie van euthanasie in de Nederlandse gemeenten. In het algemeen is regiovariatie acceptabel voor zover deze samenhangt met verschillen in zorgbehoefte (bijvoorbeeld als inwoners in gebieden met veel euthanasie ouder en zieker zijn), dan wel met verschillen in voorkeuren van patiënten (wanneer patiënten in vergelijkbare omstandigheden in sommige gebieden wel euthanasie willen en in andere gebieden niet). Wanneer we rekening houden met deze 2 groepen factoren en er dan nog steeds variatie overblijft, is de hypothese gerechtvaardigd dat op zijn minst een deel van de resterende variatie te maken heeft met aanbodfactoren.[3,11,14] In dit geval kan dat bijvoorbeeld betekenen dat huisartsen in sommige gebieden euthanasie minder vaak ter sprake brengen of eerder geneigd zijn een verzoek af te wijzen. Het omgekeerde is ook mogelijk: dat euthanasie in sommige gebieden vaker ter sprake komt of huisartsen een verzoek eerder honoreren.
We onderzochten beide type factoren (zorgbehoefte en patiëntvoorkeuren), in de hoop duidelijker zicht te krijgen op de aard van de resterende (mogelijk aanbodgerelateerde) variatie. Een deel van de variatie hangt inderdaad samen met demografische variabelen als leeftijd en ervaren gezondheid. Ook blijkt er een verband te zijn met preferentiekenmerken, gerepresenteerd door factoren als politieke voorkeur en kerkbezoek, en ook met sociaaleconomische factoren als inkomen en de beschikbaarheid van vrijwilligers. Na correctie voor de zorgbehoefte en persoonlijke voorkeuren van patiënten is de

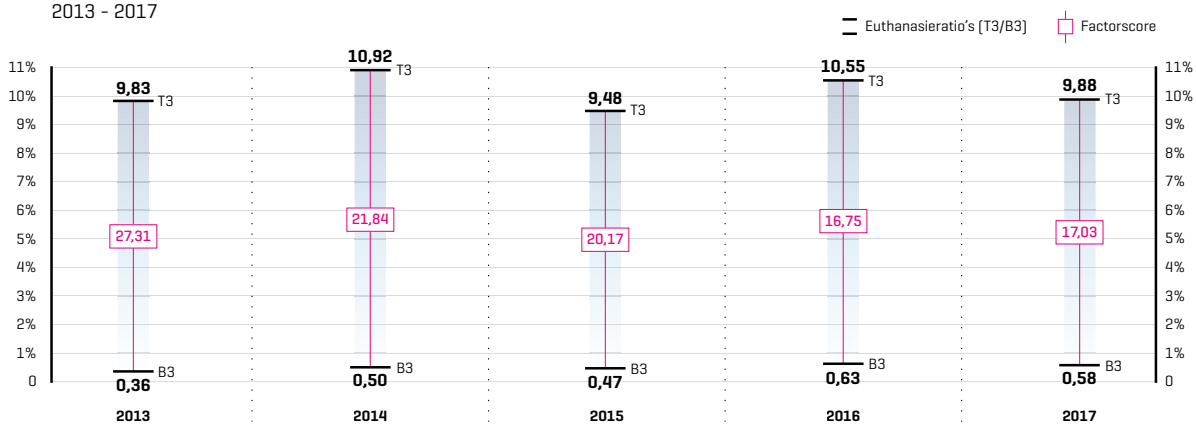
Nationale trend totaal aantal sterftes en euthanasiemeldingen
2000 - 2020



Euthanasiepercentages verschillen aanzienlijk tussen gemeenten
2013 - 2017



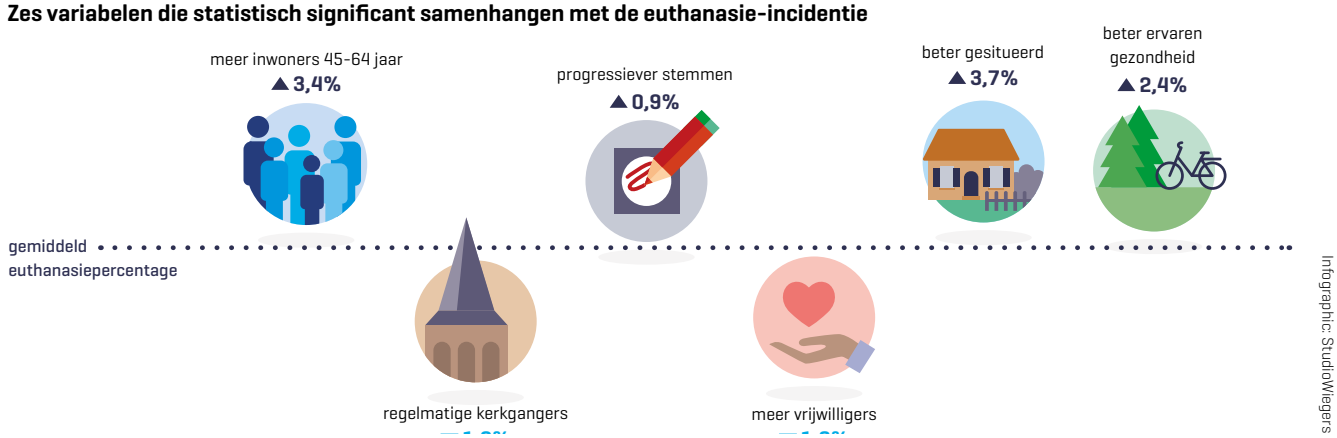
Euthanasieratio's* en factorscores
2013 - 2017



Infographic: StudioWiegers

* 3 gemeenten met het hoogste euthanasiepercentage (T3) en de 3 gemeenten met het laagste euthanasiepercentage (B3)

Zes variabelen die statistisch significant samenhangen met de euthanasie-incidentie



Infographic: StudioWiegers

kans dat iemand in de ene gemeente euthanasie ontvangt bijna 7 keer zo hoog als in een andere gemeente.
Wanneer we de gevonden factorscores vergelijken met die van regiovariatie bij bijvoorbeeld operaties voor rughernia's, cataracten of liesbreuken, blijken de verschillen bij euthanasie relatief hoog. In Nederlands onderzoek van declaratiegegevens van 2015 bleken alleen de verschillen bij herniaoperaties (factorscore 4,21) enigszins in de buurt te komen bij die voor euthanasie in datzelfde jaar (factorscore 5,04). Alle overige ingrepen kennen kleinere verschillen tussen regio's (knieoperaties: 2,09; galblaasresecties: 1,45; heupvervanging: 1,87; liesbreuk: 1,42; staar: 1,51).[15] Deze vergelijking is puur illustratief, hoewel onderzoek naar parallellen in zorgconsumptie en de incidentie van euthanasie interessant kunnen zijn.
Als dit soort regionale verschillen bij reguliere zorg al aanleiding vormt voor nadere stappen zoals vervolgonderzoek, soms gevolgd door lijstjes met 'verstandige keuzes' of zelfs aanscherping van richtlijnen, dan moeten die volgens ons ook gezet worden, nu aanzienlijke geografische variatie bij een niet-reguliere medische handeling als euthanasie is aangetoond.
Omdat ons onderzoek zich vooral richtte op verklarende factoren aan de 'vraagzijde', stellen we voor om – aansluitend bij de vakliteratuur – ook onderzoek te doen naar mogelijke verklaringen aan de 'aanbodzijde'.[14,16,17]
Volgens recent onderzoek worden de keuzen van patiënten aan het levenseinde sterk beïnvloed door opvattingen van huisartsen over wat 'goed sterven' inhoudt.[18] Daarom is (geografisch) onderzoek nodig dat in beeld brengt hoe het gesprek over medische beslissingen rond het levenseinde wordt gevoerd: (hoe) spelen voorkeuren van (SCEN-)artsen een rol? Vindt advance care planning (ACP) plaats? Welke opties worden daarin besproken (zowel palliatieve zorg als levensbeëindigend handelen)? Tot op heden weten we nog te weinig om bijvoorbeeld uit te sluiten of een laag euthanasiecijfer in een regio samenhangt met (te) weinig ACP. Ook ontbreken tot nu toe ook gegevens over variatie in de beschikbaarheid en kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland.[19,20] Het zou goed zijn wanneer HAGRO's, intervisie- en toetsgroepen het beleid en de werkwijze van de zorg rond het levenseinde zouden bespreken en vergelijken, bijvoorbeeld aan de hand van casuïstiek.

We kunnen na ons onderzoek niet uitsluiten dat ook andere factoren aan de vraagzijde een rol spelen (daarvoor is bijvoorbeeld ook onderzoek nodig naar de relatie tussen het aantal euthanasieverzoeken en het aantal uitgevoerde euthanasieën), noch valt uit te sluiten dat ten minste een deel van de resterende variatie te maken heeft met verschillen in het aanbod van levenseindezorg. Ethisch en maatschappelijk is het de vraag hoe problematisch dit is.[13] Het bijzondere karakter van de handeling (patiënten hebben er geen recht op, maar toegang ertoe is bij voorkeur wel rechtvaardig verdeeld) maakt beantwoording van deze vraag er niet makkelijker op. Bovendien rijst de vraag of we wel parallellen mogen trekken met andersoortige medische verrichtingen, waar onverklaarde variatie over het algemeen als problematisch wordt beschouwd en wordt geduid in termen van 'onderbehandeling' of 'overbehandeling'.[14,21] Daarbij twijfelen we niet aan het zorgvuldige handelen van (huis)artsen en andere zorgverleners bij euthanasie, noch over de keuzen van patiënten. Het gaat over de voorkeuren van patiënten, de visies van zorgverleners, de interactie tussen beide, en de regionale match of mismatch tussen zorgvraag en -aanbod rond het levenseinde. ■

LITERATUUR

1. Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. Jaarverslagen 2002. Den Haag: Regionale Toetsingscommissie, 2003.
2. Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. Jaarverslagen 2020. Den Haag: Regionale Toetsingscommissie, 2021.
3. Birkmeyer JD, Reames BN, McCulloch P, Carr AJ, Bruce Campbell W, Wennberg JE. Understanding of regional variation in the use of surgery. Lancet 2013;382:1121-9.

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

Groenewoud AS, Atsma F, Arvin M, Westert GP, Boer TA. Huisartsen en euthanasie: een onderzoek naar regiovariatie. Huisarts Wet 2022;65(3):17-20. DOI:10.1007/s12445-022-1400-7.

IQ healthcare, Radboudumc, Nijmegen: A.S. Groenewoud, senior gezondheidswetenschapper, medisch ethicus, stef.groenewoud@radboudumc.nl; F. Atsma, senior epidemioloog, statisticus; M. Arvin, epidemioloog, postdoc; prof. dr. G.P. Westert, hoogleraar kwaliteit van zorg onderzoek. Protestantse Theologische Universiteit (PThU), Amsterdam: prof. dr. T.A. Boer, hoogleraar ethiek van de gezondheidszorg.

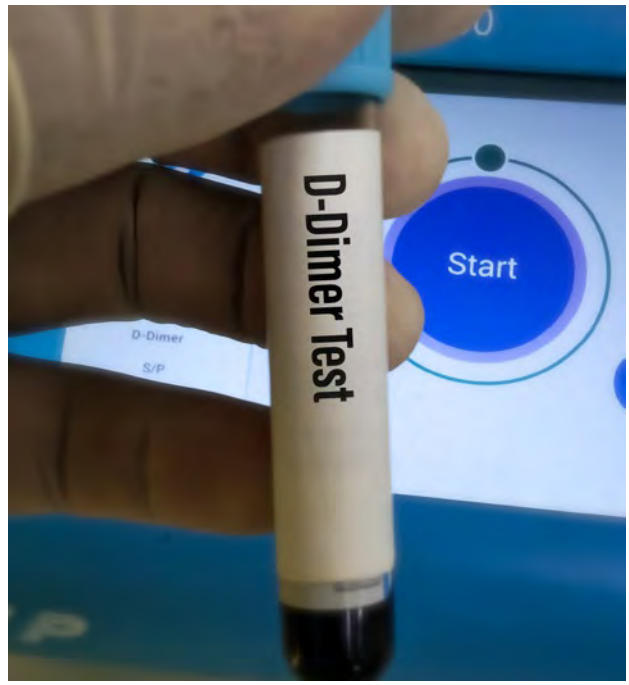
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Leeftijdsafhankelijke afkapwaarde voor de D-dimeertest

Daniël Lionarons, Ellen Jeninga, Mariska Brinkers, Karin Daemen, Pieter Willem Kamphuisen

Huisartsen kunnen bij een vermoeden van diepe veneuze trombose (DVT) een klinische beslisregel toepassen die uitmondt in een risicoscore. Bij een hoge score is een spoedecho geïndiceerd, bij een lage score een D-dimeertest. Een D-dimeerwaarde ≤ 0,5 µg/mL sluit de diagnose 'DVT' voldoende uit, bij een waarde > 0,5 µg/mL volgt alsnog een echo. De positief voorspellende waarde en de specificiteit van de D-dimeertest dalen echter met de leeftijd. De meeste patiënten > 50 jaar worden na de D-dimeertest alsnog verwezen voor een echo, waarna bij ongeveer 1 op de 10 DVT wordt vastgesteld. Uit dit retrospectieve onderzoek blijkt dat het toepassen van een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde bij de D-dimeertest voor oudere patiënten het aantal verwijzingen voor echografie kan reduceren zonder een diagnose te missen.

De diagnose 'diepe veneuze trombose van het been' (DVT) is er een die huisartsen liever niet missen, vanwege het risico op longembolieën of een posttrombotisch syndroom. De NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie adviseert om bij het vermoeden van een DVT een beslisregel toe te passen die begint met het berekenen van een risicoscore.[1] Bij een verhoogd risico (risicoscore ≥ 4) wordt de diagnose met een spoedecho aangetoond dan wel uitgesloten. Bij een niet-verhoogd risico (risicoscore ≤ 3) wordt een D-dimeerbepaling aangevraagd; bij een uitslag onder een bepaalde afkapwaarde is een DVT voldoende uitgesloten. D-dimeren zijn een afbraakproduct van fibrine. De D-dimeertest heeft een hoge sensitiviteit (94-96%), maar een lage specificiteit en daardoor een beperkte positief voorspellende waarde.[2] Veel patiënten worden doorgestuurd voor echografie zonder dat er uiteindelijk sprake blijkt te zijn van een DVT.[3] Bovendien zijn de specificiteit en de positief voorspellende waarde van de D-dimeertest bij ouderen nog lager, want de D-dimeerwaarde stijgt met de leeftijd. Tachtigplussers hebben zelden een D-dimeerconcentratie onder de conventionele afkapwaarde van 0,5 µg/mL en bij hen komt de specificiteit niet boven de 17% uit.[4-6] Dat maakt de opbrengst van echografie bij ouderen nog lager dan hij toch al is.



Het hanteren van leeftijdsafhankelijke afkapwaarden bij de D-dimeertest leidt tot minder verwijzingen voor echografie.

Foto: Shutterstock

Er zijn verschillende strategieën voorgesteld om de diagnostiek bij een vermoeden van DVT te verbeteren. De eerste is om bij laagrisicopatiënten een afkapwaarde van 1 µg/mL aan te houden en bij patiënten met een intermediair risico een afkapwaarde van 0,5 µg/mL.[7] Een andere strategie is om de afkapwaarde leeftijdsafhankelijk te maken: bij patiënten tot 50 jaar blijft die 0,5 µg/mL, maar vanaf 50 jaar wordt de afkapwaarde (leeftijd/100) µg/mL.[8] Bij een patiënt van 78 jaar zou de afkapwaarde dan 0,78 µg/mL worden. Deze laatste strategie is gevalideerd in een prospectief onderzoek voor longembolie, maar niet voor DVT.[9]

WAT IS BEKEND?

- Het is belangrijk om bij een vermoeden van DVT eerst de klinische risicoscore te bepalen en bij een lage score een D-dimeertest te doen om DVT uit te sluiten.
- Bij een D-dimeerwaarde > 0,5 µg/mL is alsnog echografie van het aangedane been geïndiceerd.
- De D-dimeerconcentratie stijgt met de leeftijd; bijna alle ouderen die de test doen hebben een D-dimeerwaarde > 0,5 µg/mL.

WAT IS NIEUW?

- Met een hogere, leeftijdsafhankelijke afkapwaarde (leeftijd/100 µg/mL bij patiënten > 50 jaar) kan een D-dimeertest DVT uitsluiten bij 25% meer patiënten dan bij de gebruikelijke afkapwaarde van 0,5 µg/mL, zonder een diagnose te missen.
- Als huisartsen een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde zouden toepassen bij de D-dimeertest, zou dat leiden tot minder verwijzingen naar de tweede lijn voor echografie.

In retrospectieve onderzoeken is de leeftijdsafhankelijke strategie veilig en effectief gebleken bij patiënten bij wie DVT werd vermoed, maar of dit ook geldt voor patiënten in de eerste lijn is nog niet duidelijk.[6,10,11] Bovendien wees 1 retrospectief onderzoek uit dat de strategie wel veilig is, maar geen winst oplevert wat betreft specificiteit en positief voorspellende waarde.[12] Een Deense richtlijn adviseert de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde te gebruiken, maar de NHG-Standaard adviseert de afkapwaarde van het laboratorium te volgen.[1,13] Ook andere Nederlandse richtlijnen adviseren (nog) geen leeftijdsafhankelijke afkapwaarde, al zijn enkele Nederlandse centra daarop al wel overgestapt.[14,15]

Wij analyseerden de diagnostische opbrengst van de hogere, leeftijdsafhankelijke afkapwaarde van de D-dimeertest in de eerste lijn. Onze populatie bestond uit patiënten met een lage risicoscore, en dus een lage klinische voorafkans, bij wie de huisarts een D-dimeerbepaling liet uitvoeren door het laboratorium van het Tergooi Medisch Centrum om DVT uit te sluiten. De onderzoeksvragen luidden:

- wat zijn in deze steekproef de specificiteit en de positief voorspellende waarde van de D-dimeertest bij een conventionele afkapwaarde van 0,5 µg/mL?
- wat zijn de specificiteit en positief voorspellende waarde bij een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde?
- wat zijn de consequenties van een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde qua uitgespaarde echografieën en gemiste DVT's?
- in welke leeftijdsgroepen wordt eventuele diagnostische winst behaald?

METHODE

In de regio Gooi en Vechtstreek geldt een transmurale werkafspraak waarbij patiënten bij wie men een DVT vermoedt een vast zorgpad volgen. Om te beginnen past de huisarts de klinische beslisregel toe uit de NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie.[1] Bij een risicoscore ≥ 4 volgt direct doorverwijzing voor een spoed-duplexechografie van het aangedane been. Bij een risicoscore ≤ 3 doet de huisarts een laboratoriumaanvraag voor een cito D-dimeerbepaling. Deze aanvraag is alleen beschikbaar voor huisartsen en geldt alleen bij een vermoeden van DVT (er is een apart traject voor longembolie). De D-dimeerconcentratie wordt immunoturbidimetrisch bepaald met een Innovance® D-dimer assay op een CS2100/CS5100-stollingsanalyser. De patiënt kan in het ziekenhuis op de uitslag wachten. Een D-dimeerwaarde ≤ 0,5 µg/mL in combinatie met de lage klinische voorafkans sluit de diagnose 'DVT' voldoende uit, aanvullend beeldvormend onderzoek is niet nodig. Patiënten met een D-dimeerwaarde > 0,5 µg/mL worden alsnog doorverwezen voor een duplexecho, waarbij de aders van het aangedane been worden beoordeeld vanaf de lies (vena iliaca) tot in de kuitvenen. Bij normale doorbloeding is een DVT uitgesloten. Bij verminderde compressie van het vat door een trombus is een DVT aangetoond en wordt de patiënt automatisch doorverwezen voor spoedbeoordeling door de internist op de polikliniek of SEH.

Voor dit retrospectieve onderzoek selecteerden we in de database van het klinisch chemisch labotorium van Tergooi Medisch Centrum de geanonimiseerde gegevens van alle patiënten voor wie de huisartsen in de regio Gooi en Vechtstreek in 2019 een D-dimeerbepaling hadden aangevraagd vanwege een vermoeden van DVT. D-dimeerbepalingen om andere redenen (zoals longembolie) werden geëxcludeerd. In Microsoft Excel analyseerden we de uitslagen van alle geïncludeerde D-dimeertests en duplexecho's, en bepaalden we de bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI).

RESULTATEN

In 2019 deed het klinisch chemisch labotorium D-dimeerbepalingen voor 287 patiënten met een vermoeden van DVT. De gemiddelde leeftijd was 64,3 jaar (standaarddeviatie 16,3) en 62,4% was vrouw. Uiteindelijk kregen 21 van deze 287 patiënten (7,3%) na echografie de diagnose 'DVT'. We bepaalden de diagnostische opbrengst van de D-dimeertests bij verschillende afkapwaarden [**tabel**].

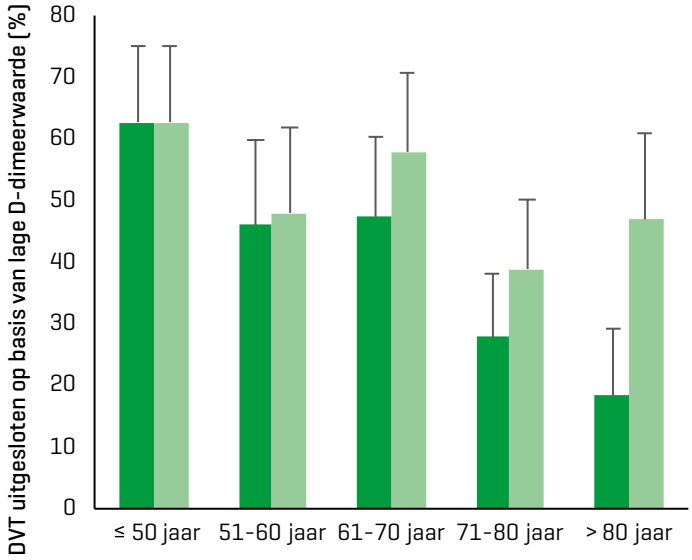
Bij de gebruikelijke afkapwaarde van 0,5 µg/mL sloot de D-dimeertest de diagnose 'DVT' uit bij 116 patiënten (40,4%) en kwamen 171 patiënten (59,6%) in aanmerking voor echografie. De positief voorspellende waarde van de test was 12,3% (95%-BI 7,4 tot 17,2), de specificiteit 43,6% (95%-BI 37,6 tot 49,6). Immers, van de 171 patiënten met een uitslag boven de afkapwaarde kregen er slechts 21 de diagnose 'DVT' en van de 266 patiënten zonder DVT bleven er 116 onder de afkapwaarde. We hebben daarbij aangenomen dat geen van deze 116 patiënten DVT had. Zes van hen kregen ondanks de beslisregel toch een echo en op geen van deze echo's werd een DVT aangetoond.

Bij een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde sloot de D-dimeertest de diagnose 'DVT' uit bij 145 patiënten (50,5%; 95%-BI

44,7 tot 56,3). Dit verhoogde de positief voorspellende waarde naar 14,8% (95%-BI 8,9 tot 20,6) en de specificiteit naar 54,5% (95%-BI 48,5 tot 60,5). Bij een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde kon de diagnose 'DVT' worden uitgesloten bij 145 in plaats van 116 patiënten, een verschil van 29 patiënten (25,0%; 95%-BI 17,1 tot 32,9). Er zijn derhalve 29 echografieën uitgevoerd bij patiënten met een D-dimeerwaarde boven de 0,5 µg/mL maar beneden de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde, en dat is 17% (95%-BI 11,3 tot 22,6) van alle echografieën. Op geen van deze echo's werd een DVT aangetoond; bij 1 patiënt werd tromboflebitis vastgesteld.
Tot slot vergeleken we het rendement van de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde voor verschillende leeftijden [**figuur**]. De leeftijdsafhankelijke afkapwaarde wordt per definitie niet toegepast bij patiënten ≤ 50 jaar. Voor deze leeftijdsgroep wordt de afkapwaarde 0,5 µg/mL gebruikt. De 2 diagnostische strategieën hadden dus eenzelfde opbrengst: de D-dimeertest sloot de diagnose 'DVT' uit bij 62,7%. De diagnostische opbrengst van de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde was het grootst bij ouderen. Bij patiënten > 80 jaar sloot de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde een DVT uit bij 46,9% (95%-BI 33,0 tot 60,9), versus 18,4% (95%-BI 7,5 tot 29,2) bij de vaste afkapwaarde ≤ 0,5 µg/mL. Van de 81,6% tachtigplussers met een D-dimeerwaarde > 0,5 µg/mL bleek slechts 10% een DVT te hebben op de echografie.

Figuur

Percentage D-dimeertests dat de diagnose 'DVT' uitsluit, per leeftijdsgroep.



De foutenbalk geeft de bovengrens aan van het 95%-betrouwbaarheidsinterval.

BESCHOUWING

Als er een vermoeden is van DVT heeft de D-dimeertest met een afkapwaarde van 0,5 µg/mL een lage specificiteit en een beperkte positief voorspellende waarde, vooral bij patiënten > 50 jaar.[4-6] Ons retrospectieve onderzoek bevestigt dat beeld: de positief voorspellende waarde was slechts 12% en de specificiteit was 44%. Een hogere, leeftijdsafhankelijke afkapwaarde bleek de positief voorspellende waarde te verhogen naar 15% en de specificiteit naar 55%. Het belangrijkste voordeel daarvan is dat in dit cohort de diagnose 'DVT' bij 25% meer patiënten had kunnen worden uitgesloten en dat 17% van de echografieën had kunnen worden vermeden. Dit strookt met de bevindingen in andere, hoofzakelijk buitenlandse cohorten waarin de diagnose 'DVT' met de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde bij 20% meer patiënten kon worden uitgesloten, en met een Nederlands onderzoek dat uitkwam op 14%.[6,16]
Het is belangrijk dat de winst in specificiteit bij een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde niet ten koste gaat van de *failure rate*. Met andere woorden: overstappen op een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde mag er niet toe leiden dat extra patiënten na een negatieve D-dimeertest toch een DVT blijken te hebben. In ons cohort zou dat niet zijn gebeurd, en ook in 2 andere retrospectieve onderzoeken lag de sensitiviteit van de D-dimeertest met leeftijdsafhankelijke afkapwaarde boven de 97% en miste de test vrijwel geen DVT's.[6,10]
De diagnostische opbrengst van een D-dimeertest met leeftijdsafhankelijke afkapwaarde stijgt met de leeftijd: bij patiënten > 80 jaar verhoogde de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde het percentage bij wie DVT veilig kon worden uitgesloten van 18 naar 47%. Daarmee kan een aanzienlijk aantal verwijzingen naar de tweede lijn worden voorkomen en onnodige echografieën worden vermeden. Dat reduceert niet alleen de kosten, maar is ook patiëntvriendelijker.

Tabel

Diagnostische opbrengst van de D-dimeertest voor DVT bij verschillende afkapwaarden

Afkapwaarde	N	D-dimeertest negatief	D-dimeertest positief	DVT op echo
0,5 µg/mL	287	116 (40,4%; 34,7 tot 46,1)	171 (59,6%; 53,9 tot 65,3)	21 (7,3%; 4,3 tot 10,0)
Leeftijd/100 µg/mL	287	145 (50,5%; 44,7 tot 56,3)	142 (49,5%; 43,7 tot 55,3)	21 (7,3%; 4,3 tot 10,0)
Verschil		29 (25,0%; 17,1 tot 32,9)	29 (17,0%; 11,3 tot 22,6)	0

Cijfers zijn n (%; 95%-BI).

Sterke punten en beperkingen

Een beperking van ons onderzoek is de onzekerheid in hoeverre onze onderzoekspopulatie representatief is voor de Nederlandse patiëntenpopulatie. Wij keken naar D-dimeerbepalingen die huisartsen hadden aangevraagd vanwege een vermoeden van DVT, maar in de praktijk verwijzen huisartsen ook weleens direct naar de SEH zonder de klinische beslisregel te gebruiken of een D-dimeerbepaling aan te vragen.

Ten tweede beschikten we in onze dataset niet over de uitkomsten van de klinische beslisregel. Het zou kunnen dat een deel van de patiënten voor wie de D-dimeerbepaling werd aangevraagd wel degelijk een risicoscore ≥ 4 had en dus een directe indicatie voor echografie. Onze aanpak had wel het voordeel dat onze populatie representatief is voor de populatie voor wie huisartsen besluiten een D-dimeerbepaling aan te vragen.

Een derde beperking van ons onderzoek is het gebrek aan gestructureerde follow-up. Het is niet uit te sluiten dat patiënten met een D-dimeerwaarde > 0,5 µg/mL maar die onder de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde zitten vaker terugkomen voor een herhaalecho, waarop in tweede instantie wel een DVT wordt waargenomen. In ons inclusiejaar 2019 werden 3 patiënten uit onze populatie tweemaal verwezen voor een D-dimeerbepaling gevolgd door echografie. Bij alle 3 was de echo in eerste én in tweede instantie negatief voor een DVT.

Ons onderzoek was retrospectief, net als de andere gepubliceerde onderzoeken.[6,10,16] Er is ons geen prospectief onderzoek bekend naar leeftijdsafhankelijke afkapwaarden bij D-dimeerbepalingen in verband met een vermoeden van DVT. Idealiter zouden onze resultaten prospectief moeten worden bevestigd, maar zonder die bevestiging lijkt de leeftijdsafhankelijke afkapwaarde veilig toepasbaar in de klinische praktijk. De resultaten van de 3 retrospectieve onderzoeken zijn consistent en representatief voor de Nederlandse huisartsenpraktijk.

CONCLUSIE

Het toepassen van een leeftijdsafhankelijke afkapwaarde bij de D-dimeertest voor patiënten > 50 jaar kan het aantal verwijzingen voor echografie naar de tweede lijn reduceren zonder de veiligheid te schaden. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Diepveneuze trombose en longembolie. NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie. Versie 3.1. Utrecht: NHG, 2017. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diepveneuze-trombose-en-longembolie.
2. Di Nisio M, Squizzato A, Rutjes AW, Büller HR, Zwinderman AH, Bossuyt PM. Diagnostic accuracy of D-dimer test for exclusion of venous thromboembolism: a systematic review. J Thromb Haemost 2007;5:296-304.
3. Schols AM, Meijs E, Dinant GJ, Stoffers HE, Krekels MM, Cals JW. General practitioner use of D-dimer in suspected venous thromboembolism: historical cohort study in one geographical region in the Netherlands. BMJ Open 2019;9: e026846.
4. Schutgens RE, Haas FJ, Biesma DH. Reduced efficacy of clinical probability score and D-dimer assay in elderly subjects suspected of having deep vein thrombosis. Br J Haematol 2005;129:653-7.
5. Harper PL, Theakston E, Ahmed J, Ockelford P. D-dimer concentration increases with age reducing the clinical value of the D-dimer assay in the elderly. Intern Med J 2007;37:607-13.
6. Schouten HJ, Geersing GJ, Koek HL, Zuithoff NP, Janssen KJ, Douma RA, et al. Diagnostic accuracy of conventional or age adjusted D-dimer cut-off values in older patients with suspected venous thromboembolism: systematic review and meta-analysis. BMJ 2013;346:f2492.
7. Takach Lapner S, Julian JA, Linkins L-A, Bates S, Kearon C. Comparison of clinical probability-adjusted D-dimer and age-adjusted D-dimer interpretation to exclude venous thromboembolism. Thromb Haemost 2017;117:1937-43.
8. Douma RA, Le Gal G, Söhne M, Righini M, Kamphuisen PW, Perrier A, et al. Potential of an age adjusted D-dimer cut-off value to improve the exclusion of pulmonary embolism in older patients: a retrospective analysis of three large cohorts. BMJ 2010;340:c1475.
9. Righini M, Van Es J, Den Exter PL, Roy P, Verschuren F, Ghuysen A, et al. Age-adjusted D-dimer cutoff levels to rule out pulmonary embolism: the ADJUST-PE study. JAMA 2014;311:1117-24.
10. Douma RA, Tan M, Schutgens RE, Bates SM, Perrier A, Legnani C, et al. Using an age-dependent D-dimer cut-off value increases the number of older patients in whom deep vein thrombosis can be safely excluded. Haematologica 2012;97:1507-13.
11. Hamblin AD, Cairns K, Keeling DM. The use of age-dependent D-dimer cut-off values to exclude deep vein thrombosis. Reply to 'Using an age-dependent D-dimer cut-off value increases the number of older patients in whom deep vein thrombosis can be safely excluded'. Haematologica 2012;97:e43-4.
12. Takach Lapner S, Julian JA, Linkins L-A, Bates S, Kearon C. Questioning the use of an age-adjusted D-dimer threshold to exclude venous thromboembolism: analysis of individual patient data from two diagnostic studies. J Thromb Haemost 2016;14:1953-9.
13. Nybo M, Hvas AM. A national Danish guideline for age-adjusted fibrin D-dimer cut-off values in the diagnosis of venous thrombosis [National guideline til aldersjusteret cut-off for fibrin D-dimerværdi ved diagnostik af venetrombose]. Ugeskr Laeger 2018;180:V10170751.
14. Büller HR, Crijns HJ, Huisman MV, Kamphuisen PW, Leebeek FW, Levi MM, et al. Richtlijn diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008.
15. Het Acute Boekje. Diepe veneuze trombose (2017). www.hetacuteboekje.nl, geraadpleegd op 27 december 2021.
16. Schouten HJ, Koek HL, Oudega R, Geersing G-J, Janssen KJ, Van Delden JJ, Moons KG. Validation of two age dependent D-dimer cut-off values for exclusion of deep vein thrombosis in suspected elderly patients in primary care: retrospective, cross sectional, diagnostic analysis. BMJ 2012;344:e2985.

Lionarons DA, Jeninga EH, Brinkers JM, Daemen CR, Kamphuisen PW. Leeftijdsafhankelijke afkapwaarde voor de D-dimeertest. Huisarts Wet 2022;65(3):23-6. DOI:10.1007/s12445-022-1392-3.

Amsterdam UMC en Tergooi Medisch Centrum Hilversum: dr. D.A. Lionarons, aios interne geneeskunde, daniel.lionarons@gmail.com; prof. dr. P.W. Kamphuisen, internist-vasculair geneeskundige. Tergooi Medisch Centrum Hilversum: E.H. Jeninga, klinisch chemicus; C.R.G.M. Daemen-Gubbels, internist-vasculair geneeskundige. Huisartsenpraktijk Loosdrecht: J.M. Brinkers, kaderhuisarts diabetes.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Zet de POH-ggz in bij chronisch medicatiegebruik

Tessa Magnée, Marcel Stroo, Cathrien Kager, Karin Hek

Veel huisartsen hebben te weinig tijd om patiënten die chronisch benzodiazepines, antidepressiva of opioïden gebruiken, te begeleiden bij het afbouwen van die medicatie. In een online vragenlijstonderzoek gaven zowel huisartsen als POH's-ggz aan dat de POH-ggz daar goed bij zou kunnen helpen. Veel POH's-ggz hebben al enige ervaring met afbouwbegeleiding, maar de meesten willen graag extra nascholing over de medicatie en de onttrekkingsverschijnselen.

Antidepressiva, benzodiazepines en opioïden zijn middelen die in de huisartsenpraktijk veel worden voorgeschreven. Het zijn ook middelen die niet makkelijk zijn af te bouwen; de betreffende NHG-Standaarden adviseren benzodiazepines en opioïden alleen kortdurend voor te schrijven en bij antidepressiva regelmatig te evalueren of afbouwen mogelijk is.[1-4] Veel patiënten hebben begeleiding nodig bij het afbouwen en daar zijn ook handvatten voor te vinden in standaarden, andere richtlijndocumenten en op Thuisarts.nl, maar veel huisartsen hebben te weinig tijd om er voldoende aandacht aan te besteden. [1-9,10] Hier zou de POH-ggz een rol kunnen vervullen. Volgens het functieprofiel is het een van de taken van de POH-ggz om (samen met de huisarts en de patiënt) bij langdurig gebruik van antidepressiva of benzodiazepines regelmatig na te gaan of afbouwen mogelijk is.[11] Uit Nederlands onderzoek bleek dat POH's-ggz na een training in motiverende gespreksvoering gebruikers van benzodiazepines met succes kunnen ondersteunen bij het afbouwen.[12] Australisch onderzoek laat zien dat ook patiënten die chronisch opioïden gebruiken afbouwbegeleiding door huisarts én POH waarderen.[13] Wij vroegen huisartsen en POH's-ggz welke rol zij zien voor de POH-ggz bij het afbouwen van antidepressiva, benzodiazepines en opioïden. Het functieprofiel van de POH-ggz vermeldde in 2020 weliswaar nog geen opioïde pijnstillers, maar omdat deze middelen sterk in de aandacht staan, hebben wij ook die bij onze vraagstelling betrokken.

Huisartsen en POH's-ggz zijn positief over het inzetten van de POH-ggz bij afbouwbegeleiding, maar er is wel behoefte aan meer (na)scholing.

Foto: Shutterstock

METHODE

Wij mailden 523 huisartsen die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn in maart 2021 een vragenlijst over het voorschrijven van opioïden, met onder andere 6 multiplechoicevragen over afbouwbegeleiding door de POH-ggz. In mei 2021 verspreidden we via de besloten LinkedIn-groepen 'POH-ggz' (3605 leden) en 'Landelijke Netwerk POH-ggz' (1173 leden) een link naar een vragenlijst over afbouwbegeleiding. Beide vragenlijsten kwamen tot stand op basis van consensus binnen het projectteam en zijn op te vragen bij de auteurs. Eén onderzoeker (TM) categoriseerde de antwoorden op de open vragen; antwoorden die door minder dan 5% van de respondenten werden gegeven, laten we achterwege. Omdat sommige respondenten aangaven dat een verpleegkundige achtergrond POH's-ggz geschikter zou maken voor afbouwbegeleiding, hebben we met tweezijdige chikwadraatttoetsen geanalyseerd of POH's-ggz met of zonder verpleegkundige achtergrond verschilden in hun antwoorden op gesloten vragen. Significante verschillen ($p < 0,05$) vermelden we bij de resultaten.

WAT IS BEKEND?

- Veel patiënten in de huisartsenpraktijk slikken langdurig benzodiazepines, opioïden of antidepressiva; afbouwen is vaak lastig.
- De NHG-Standaarden adviseren benzodiazepines en opioïden kortdurend te gebruiken en antidepressiva 6 maanden na remissie geleidelijk af te bouwen.
- Getrainde POH's-ggz kunnen patiënten ondersteunen bij het afbouwen van benzodiazepines.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen en POH's-ggz lijken positief te staan tegenover het vaker inzetten van de POH-ggz bij afbouwbegeleiding.
- Veel POH's-ggz hebben al enige ervaring met afbouwbegeleiding bij antidepressiva en benzodiazepines.
- Zowel huisartsen als POH's-ggz vinden dat POH's-ggz op dit gebied verdere (na)scholing zouden moeten volgen.

RESULTATEN

We ontvingen volledig ingevulde vragenlijsten van 113 huisartsen (respons 22%) en 77 POH's-ggz (respons 1,6%).

Draagvlak voor afbouwbegeleiding door de POH-ggz

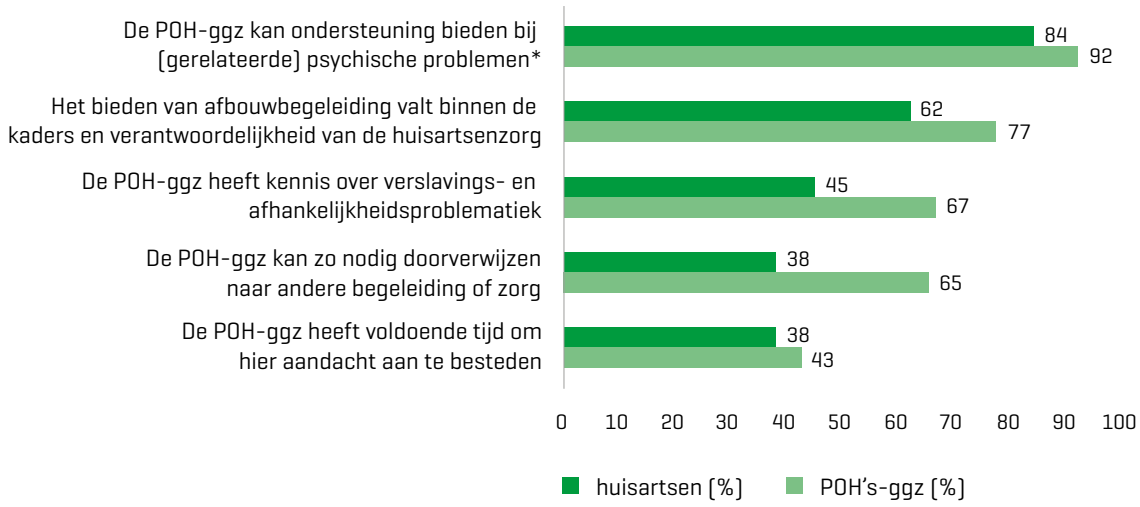
Vrijwel alle POH's-ggz (97%) achtten de POH-ggz geschikt (73%) of mogelijk geschikt (25%) om afbouwbegeleiding bij chronisch medicatiegebruik te bieden. Van de huisartsen vond 70% de POH-ggz geschikt (23%) of mogelijk geschikt (47%). Verreweg de meeste POH's-ggz hadden enige (62%) of ruime (22%) ervaring met afbouwbegeleiding bij antidepressiva. Dat gold iets minder vaak voor benzodiazepines (52% had enige en 23% had ruime ervaring) en een stuk minder voor opioïden (32% had enige en 3% had ruime ervaring). Verpleegkundigen hebben meer ervaring met afbouwbegeleiding dan niet-verpleegkundigen. Dit gold zowel voor opioïden (χ^2 = 11,2; p = 0,004) als voor benzodiazepines (χ^2 = 14,5; p = 0,001) en antidepressiva (χ^2 = 8,1; p = 0,018).
Huisartsen en POH's-ggz vonden dat de POH-ggz vooral geschikt zou zijn voor afbouwbegeleiding bij benzodiazepines (91% van de huisartsen en 92% van de POH's-ggz) en antidepressiva (79% van de huisartsen en 93% van de POH's-ggz). Bij opioïden vonden de POH's-ggz zichzelf minder vaak geschikt (78% van de huisartsen en 38% van de POH's-ggz).

Bevorderende en belemmerende factoren

Zowel huisartsen als POH's-ggz vonden psychische ondersteuning de belangrijkste reden voor de geschiktheid van de POH-ggz voor afbouwbegeleiding bij chronisch medicatiegebruik [**figuur 1**]. Belemmeringen zien huisartsen vooral in het ontbreken van de juiste vaardigheden bij de POH-ggz en het ontbreken van vergoeding door zorgverzekeraars [**figuur 2**]. Het [**kader**] geeft aan wat er volgens huisartsen en POH's-ggz nodig is voor het bieden van goede afbouwbegeleiding door POH's-ggz.

Figuur 1

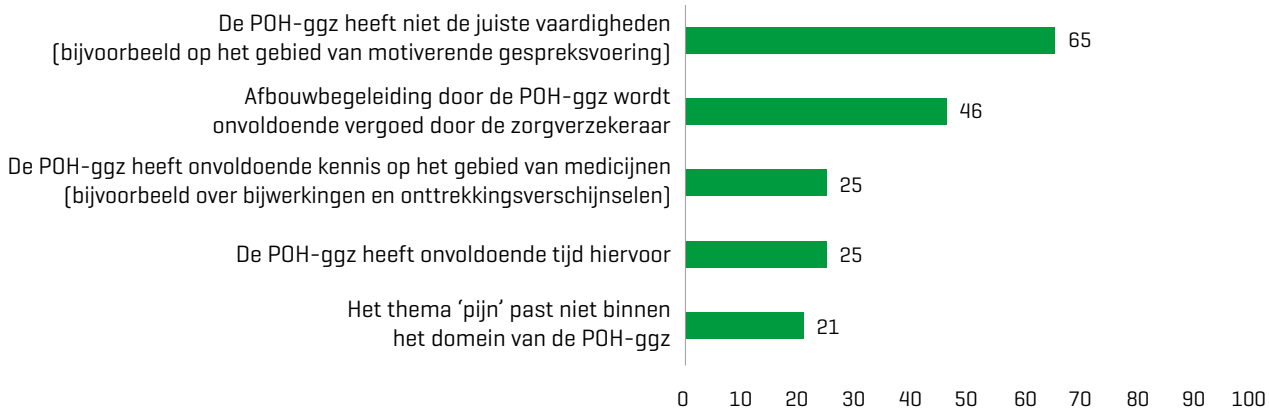
Top 5 van redenen waarom POH's-ggz afbouwbegeleiding zouden kunnen bieden



Deze vraag is alleen gesteld aan respondenten die de POH-ggz geschikt of mogelijk geschikt vonden (87 huisartsen, 73 POH's-ggz). Percentages tellen niet op tot 100% omdat respondenten meerdere antwoorden konden geven.
* Deze reden werd significant vaker genoemd door POH's-ggz zonder verpleegkundige achtergrond (98 versus 84%; χ^2 = 4,4; p = 0,036).

Figuur 2

Top 5 van redenen waarom POH's-ggz geen afbouwbegeleiding zouden kunnen bieden



De vraag is in de online vragenlijst gesteld aan alle huisartsen, ongeacht of zij de POH-ggz geschikt vonden of niet (n = 113), maar daarentegen alleen aan POH's-ggz die de POH-ggz niet geschikt vonden (n = 2). Vanwege het kleine aantal POH's-ggz worden hun antwoorden hier niet weergegeven. Percentages tellen niet op tot 100% omdat respondenten meerdere antwoorden konden geven.

POH's-ggz hebben behoefte aan nascholing

Bijna de helft (43%) van de POH's-ggz heeft scholing gevolgd op het gebied van psychofarmaca of afbouwbegeleiding. Bijna alle POH's-ggz (91%) zouden wel nascholing willen op deze gebieden. Op de open vraag wat daarin in elk geval aan de orde zou moeten komen, noemde 54% medicatie, bijwerkingen en onttrekkingsverschijnselen, 24% afbouwschema's, 10% samenwerking met huisarts en apotheker, 9% motiverende gespreksvoering, 6% consultatie- en verwijsmogelijkheden, en eveneens 6% signalering van en beslishulp voor welke patiënten in aanmerking komen voor begeleiding.

Citaten

'Wij werken echt samen hierin. Huisarts en POH-ggz naast elkaar. De huisarts voor het medische deel, dus eventuele fysieke ontwenning, en als verantwoordelijke voor het daadwerkelijke afbouwschema. De POH-ggz vooral voor de mentale ondersteuning en het in de gaten houden of het goed gaat. Je kunt POH-ggz noch de huisarts dit alleen laten doen.' [Huisarts]

'Ik had er nog nooit over nagedacht om dit bij de POH-ggz neer te leggen en weet niet of mijn POH-ggz dit kan.' [Huisarts]

'Niet elke POH-ggz is geschikt om dit te begeleiden. Dit is afhankelijk van de achtergrond van de POH-ggz.' [Huisarts]

'Er is denk ik veel "laaghangend fruit" dat geplukt kan worden, oftewel er zijn veel mensen die onnodig nog antidepressiva of benzodiazepinen slikken zonder te weten dat ze kunnen stoppen of die de stap alleen niet durven maken, maar met een zetje in de goede richting wel. Opioïde pijnstillers, daar heb ik minder kennis over en ervaring mee. Dus mijn neiging is meteen om te zeggen dat ik daarin niet kan begeleiden, terwijl het wellicht wel tot de mogelijkheden hoort. Mijn inschatting is dat daar veel meer kennis over de lichamelijke klachten waarvoor het middel initieel werd ingezet nodig is. Dat is niet direct een specialiteit van de poh-ggz.' [POH-ggz, verpleegkundige met nascholing via regionaal POH-ggz netwerk; enige ervaring met afbouwbegeleiding]

'Het hangt, denk ik, deels af van de zwaarte van de medicatie en hoe de POH wordt ondersteund of uitgerust om deze patiëntengroep te begeleiden. Is er overleg mogelijk met huisarts of consultatie elders? Met scholing kom je denk ik al een heel eind. Alles is te leren en ik heb er het vertrouwen in dat de POH dit ook zou kunnen. Patiënten vragen mij namelijk vaak of ik daarin ook mag begeleiden. Dat zou ik wel willen, maar hiervoor ben ik nog niet toegerust.' [POH-ggz, psycholoog; geen nascholing over psychofarmaca of afbouwbegeleiding, geen ervaring met afbouwbegeleiding]

'Belangrijk is dat er overleg en cobegeleiding is met de huisarts en/of psychiater en/of een medisch specialist anderzijds. Een POH-ggz heeft niet altijd een medische achtergrond, denk aan psychologen. Dus de verantwoordelijkheid moet hierin gelegd worden bij de hoofdbehandelaar.' [POH-ggz, psycholoog, geen nascholing over psychofarmaca of afbouwbegeleiding, geen ervaring met afbouwbegeleiding]

BESCHOUWING

De meeste huisartsen en POH's-ggz die deelnamen aan dit vragenlijstonderzoek zien een rol weggelegd voor de POH-ggz in het begeleiden van de afbouw van chronische medicatie. Dat geldt in ieder geval voor antidepressiva en benzodiazepines; voor opioïde pijnstillers lopen de meningen uiteen. Veel

AANBEVELINGEN BIJ HET STARTEN MET AFBOUWBEGELEIDING

- Ga in gesprek over de rol die de POH-ggz kan spelen bij chronisch medicatiegebruik en maak daarbij duidelijke afspraken over de taakverdeling tussen huisarts en POH-ggz.
- Inventariseer bij de POH-ggz de behoefte aan nascholing op het gebied van afbouwbegeleiding.
- Bespreek de mogelijkheden voor afbouwbegeleiding al op het moment dat u als huisarts een benzodiazepine, antidepressivum of opioïde pijnstiller voorschrijft.

WAT HEBBEN POH'S-GGZ NODIG OM GOEDE AFBOUWBEGELEIDING TE BIEDEN?

- Nascholing/meer kennis en vaardigheden over afbouwbegeleiding, medicatie, afbouwverschijnselen en hoe je daarop anticipeert, terugvalpreventie, en motiverende gespreksvoering.
- Materialen en producten die de POH-ggz kan inzetten bij afbouwbegeleiding (zoals folders, of e-healthmodules voor patiënten).
- Betere samenwerking met specialisten (consultatiemogelijkheden) en tussen huisarts en POH-ggz.

POH's-ggz, met name die met een verpleegkundige achtergrond, hebben al ervaring met afbouwbegeleiding, vooral bij antidepressiva en benzodiazepines. De huisartsen die de POH-ggz niet geschikt achten voor afbouwbegeleiding, vinden dat vooral omdat de POH-ggz de juiste vaardigheden mist. Ook POH's-ggz zelf zeggen dat ze behoefte hebben aan nascholing.

Consequenties voor de praktijk

Door tijdgebrek van de huisarts komen veel huisartsenpraktijken er nog niet aan toe om afbouwbegeleiding routinematig aan te bieden aan patiënten die antidepressiva, benzodiazepinen of opioïden gebruiken.[4] Er komt ook veel bij kijken: tijdens een consult signaleren of de patiënt in aanmerking komt voor afbouwbegeleiding, selecteren en uitnodigen van patiënten via het HIS, afbouwschema's opstellen, begeleiden en monitoren (vinger-aan-de-polscontact), psychiaters en verslavingsartsen consulteren, het resultaat evalueren. Tegenwoordig is in vrijwel elke huisartsenpraktijk een POH-ggz werkzaam. Deze zou vaker ingezet kunnen worden bij deze (deel)taken, maar POH's-ggz verschillen in opleiding en werkervaring, en dus ook in kennis en vaardigheden.[14] Huisartsen zouden daarom samen met hun POH-ggz moeten inventariseren hoe ze de taken kunnen verdelen, bij welke medicatie de POH-ggz inzetbaar is en welke nascholing deze zou moeten krijgen. De huisarts blijft – net als bij alle andere zorg binnen de huisartsenpraktijk – de eindverantwoordelijke. Handvatten om vorm te geven aan afbouwbegeleiding door de POH-ggz zijn te vinden in NHG-Standaarden, richtlijndocumenten, het *Handboek POH-GGZ* en op Thuisarts.nl.[1-9] Bij benzodiazepines gaat het vooral om goede motiverende gesprekstechnieken en om kennis over de kortdurende effectiviteit en de onttrekkingsverschijnselen. Bij opioïden is kennis over chronische pijn van belang, en scholing in technieken om met pijn te leren omgaan, zoals cognitieve gedragstherapie of *acceptance and commitment therapy*. Cruciaal bij antidepressiva zijn de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener, en kennis over het verschil tussen onttrekkingsverschijnselen en terugval.[5,15]

De insteek van een gesprek over het afbouwen van chronische medicatie moet open zijn, want afbouwen is niet bij iedere patiënt mogelijk of zelfs wenselijk. Het is wel belangrijk het gesprek aan te gaan, want ook een weloverwogen besluit om het middel te blijven gebruiken draagt bij aan *patient empowerment* en verkleint de kans op (zelf)stigma.[16] Bij alle soorten medicijnen is het van belang dat de POH-ggz en/of de huisarts bij complexe problematiek zo nodig een specialist kan consulteren en kan doorverwijzen.

Geld en tijd zijn mogelijke belemmeringen voor het inzetten van POH's-ggz bij afbouwbegeleiding. In sommige huisartsenpraktijken zijn er al wachttijden van enkele weken voor de POH-ggz en het terugdringen daarvan is cruciaal omdat overbruggingszorg structureel een deel van de agenda van de POH-ggz bezet houdt.[14] Binnen de praktijk kunnen goede samenwerking en duidelijke afspraken helpen voldoende tijd vrij te maken om patiënten actief te benaderen. Een projectmatige aanpak verhoogt binnen de praktijk ook de aandacht voor onnodig medicatiegebruik.[12] Alvorens te starten met afbouwbegeleiding moet worden uitgezocht of deze wordt vergoed binnen het contract tussen huisarts en zorgverzekeraar. Bij de start van het project kan de huisarts dan, eventueel in overleg met de apotheker en/of de POH-ggz, een lijst maken van de patiënten die in aanmerking komen voor afbouwen, waarna de POH-ggz deze patiënten uitnodigt voor een eerste consult.

Methodologische overwegingen

Sterke punten van ons onderzoek zijn dat we zowel het perspectief van huisartsen als dat van POH's-ggz in kaart hebben gebracht en dat de huisartsen zijn geworven voor een algemene enquête – ze hadden dus niet per se affiniteit met het onderwerp 'afbouwbegeleiding door de POH-ggz'. Qua leeftijd waren de deelnemende huisartsen representatief voor de hele Nederlandse huisartsenpopulatie, maar ze waren iets vaker man (55 versus 46%) en werkten iets vaker in een solopraktijk (25 versus 17%). Bijna alle deelnemende huisartsen (94%) waren praktijkhouder. We hebben geen redenen om aan te nemen dat waarnemende huisartsen een andere kijk hebben op afbouwbegeleiding door de POH-ggz, maar het zou goed zijn ook hen te betrekken in een eventueel vervolgonderzoek.

De respons was laag (22% bij de huisartsen), maar niet onge-

bruikelijk laag, zeker gezien de drukte door de coronacrisis.[18] Een andere beperking is dat de POH's-ggz zijn geworven via een gelegenheidssteekproef. Mogelijk hadden POH's-ggz die de vragenlijst invulden affiniteit met het onderwerp afbouwbegeleiding, waardoor het getoonde draagvlak een overschatting kan zijn. We kunnen de deelnemende POH's-ggz niet vergelijken met non-responders, omdat we over die laatsten geen gegevens hadden. Onze respondenten waren qua opleidingsniveau en achtergrond vergelijkbaar met de 407 deelnemers aan een ledenpeiling van de Landelijke Vereniging POH-GGZ, maar hadden iets meer werkervaring als POH-ggz (6,4 versus 4,6 jaar).[14] Een laatste beperking is dat we patiënten niet hebben gevraagd naar het draagvlak voor afbouwbegeleiding door de POH-ggz. Wel blijkt uit onderzoek dat patiënten tevreden zijn over de reguliere begeleiding door POH's-ggz, onder andere vanwege de laagdrempelige beschikbaarheid.[19]

CONCLUSIE

Er lijkt onder huisartsen en POH's-ggz draagvlak te zijn voor de inzet van de POH-ggz bij afbouwbegeleiding aan patiënten die chronisch benzodiazepines, antidepressiva of opioïden gebruiken. Als huisartsen en POH's-ggz hun taken en verantwoordelijkheden goed afstemmen en de eventueel benodigde nascholing organiseren, kan het inzetten van de POH-ggz bij het afbouwen van medicatie de patiëntenzorg aanzienlijk verbeteren. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Depressie. NHG-Standaard Depressie. Versie 3.1. Utrecht: NHG, 2019. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie.
2. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Versie 3.0. Utrecht: NHG, 2014. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen.
3. NHG-werkgroep Pijn. NHG-Standaard Pijn. Versie 2.3. Utrecht: NHG, 2021. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pijn.
4. NHG-werkgroep Angst. NHG-Standaard Angst. Versie 3.1. Utrecht: NHG, 2019. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst.
5. Horix A, Jelsma H, Groeneweg BF, Roosjen-de Feiter LM, Van Avendonk MJ, Woutersen-Koch H, et al. Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's'. 1e revisie. Den Haag/Utrecht: KNMP/MIND/NHG/NVvP, 2019.
6. Lambooij A, Schellekens A, Melis EJ, Kramers C, Vroon L. Van den Heuvel SA, et al. Handreiking afbouw opioïden. Utrecht: Instituut Verantwoord Medicijngebruik, 2021.
7. Wentink C, Huijbers MJ, Lucassen PL, Van der Gouw A, Kramers C, Spijker J, et al. Een goed gesprek over het afbouwen van antidepressiva. Huisarts Wet 2021;64(4):16-8.
8. Wentink C, Huijbers MJ, Lucassen PL, Van der Gouw A, Kramers C, Spijker J, et al. Keuzehulp afbouw van antidepressiva. Nijmegen: Radboudumc/ProPersona, 2020.
9. Mok L, Wenning H. Handboek POH-GGZ. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2015.
10. Bosman RC, Huijbregts KM, Verhaak PF, Ruhé HG, Van Marwijk HW, Van Balkom AJ, et al. Long-term antidepressant use: a qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care. Br J Gen Pract 2016;66:e708-19.
11. Landelijke Vereniging POH-GGZ. Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020. Versie 1.0. Harderwijk: Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2020.
12. Barendregt C, De Wit N, Van Straaten B, Rodenburg G. Motiverend aan de slag met benzoreductie: Een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinengebruik in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: Onderzoeksinstituut IVO, 2017.
13. White R, Hayes C, Boyes AW, Paul CL. Integrated primary healthcare opioid tapering interventions: a mixed-methods study of feasibility and acceptability in two general practices in New South Wales, Australia. Int J Integr Care 2020;20:6.
14. Magnée T, Sinnema H, Van Weelderen G, Nuijen J, Kenter A. Hoe denken POH's-ggz over hun werk? Huisarts Wet 2020;63(5):34-41.
15. Groot PC, Van Ingen Schenau J. Antidepressiva beter afbouwen: Pleidooi voor een richtlijn 'afbouwen van antidepressiva'. Den Haag: P.C. Groot, 2013.
16. Eveleigh R, Grutters J, Muskens E, Oude Voshaar R, van Weel C, Speckens A, et al. Cost-utility analysis of a treatment advice to discontinue inappropriate long-term antidepressant use in primary care. Fam Pract 2014;31:578-84.
17. Vis E, Kenens R, Duijkers B, Batenburg R, Keuper J. Cijfers uit de registratie van huisartsen Peiling 2018. Utrecht: Nivel, 2020.
18. Bonevski B, Magin P, Horton G, Foster M, Girgis A. Response rates in GP surveys: trialling two recruitment strategies. Aust Fam Physician 2011;40:427-30.
19. Nuijen J, Kenter A, Wijnen B, Ringoir L. Functie POH-GGZ: succesfactoren en verbeterpunten. Factsheet onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut, 2021.

Magnée T, Stroo M, Kager C, Hek K. Zet de POH-ggz in bij chronisch medicatiegebruik. Huisarts Wet 2022;65(3):29-37. DOI:10.1007/s12445-022-1397-y.

Landelijke Vereniging POH-GGZ, Harderwijk: dr. T. Magnée, voorzitter Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (tevens postdoctoraal onderzoeker bij de Erasmus Universiteit Rotterdam en POH-ggz bij de FortaGroep, Rotterdam), tessa0307@hotmail.com. Instituut Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht: M. Stroo, apotheker. Nivel, Utrecht: C. Kager: huisarts-onderzoeker; dr. K. Hek, senior onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wie is Jolien Glaudemans?
Jolien Glaudemans is huisarts in Amsterdam Zuidoost. Zij promoveerde in oktober 2021 bij het AMC. De titel van haar proefschrift luidt: *Future care. Advance care planning with older people and their families in general practice.* Een speciaal ontwikkelde poster voor in de wachtkamer en een voorlichtingsbrief zijn te downloaden. Kijk bij 'gerelateerd' bij dit interview op www.henw.org.
Reageren? Dat kan op www.henw.org onder dit interview bij 'reacties'.

Foto: Margot Scheerder

Jolien Glaudemans: 'Praat met alle kwetsbare patiënten over toekomstige zorg'

Tessa Dijksman, Susan Umans

Jolien Glaudemans promoveerde in oktober 2021 op het onderwerp advance care planning (ACP) bij ouderen. Of, zoals ze het zelf liever noemt: future care conversations. Eén van haar conclusies: mensen gaan graag het gesprek aan met huisartsen over hun toekomstige zorg en situaties die ze het liefst willen voorkomen, maar kunnen schrikken van woorden als levenseinde en euthanasie. Daarnaast pleit ze voor betere voorlichting aan patiënten en hun familie over wat ze kunnen verwachten van zorg en over het belang van deze gesprekken op een niet-acuut moment.

Het nemen van beslissingen over medische onderzoeken en behandelingen kan moeilijk en stressvol zijn, helemaal in een acute situatie of wanneer iemand niet goed zelf kan aangeven wat hij wil. Glaudemans ervoer dit tijdens haar opleiding op de huisartsenpost bij een oude, beginnend dementerende dame met pijn op de borst. 'Ze kon niet goed antwoorden op mijn vraag wat ze graag zou willen. Ze had geen familie en vroeg me te doen wat mij het beste leek. Op dat moment had ik graag willen weten wat bij haar paste. Ik moest immers een belangrijke beslissing voor haar maken. Dit soort gesprekken komt vaak voor in acute situaties. Mensen voelen zich ziek en kwetsbaar en vragen als "wilt u nog gereanimeerd worden?" kunnen dan erg beangstigend zijn.' Voor haar promotieonderzoek vroeg ze zich af of en hoe huisartsen dit soort gesprekken voeren en wat er verbeterd zou kunnen worden.

Wat kwam uit het onderzoek naar voren?
'Ik wilde ervaringen en meningen in kaart brengen van onder anderen ouderen, naasten, huisartsen, ethici en beleidsmakers over ACP-gesprekken. Uit literatuuronderzoek kwam naar voren dat slechts een derde van de patiënten deelneemt aan ACP. Uit het onderzoek bleek verder dat ACP-gesprekken op 2 manieren plaatsvinden: ad hoc en systematisch. Een voorbeeld van een systematisch ACP-gesprek is bij opname in een verzorgingshuis of wanneer huisartsen oudere patiënten uitnodigen voor zo'n gesprek. Ad hoc is bijvoorbeeld wanneer een huisarts merkt dat een patiënt zorg krijgt die niet passend meer lijkt.' Een combinatie werkt het beste volgens Glaudemans. 'Gesprekken systematisch laten plaatsvinden, zodat je er later – bijvoorbeeld in een acute situatie – op terug kunt komen. Dan is de basis al gelegd en heb je meer kans op een weloverwogen beslissing.'

Hoe pak je ACP aan in de praktijk?
'Systematische ACP-gesprekken kun je voorbereiden door een groepsvoorlichting aan ouderen of kwetsbaren en hun naasten. Omdat het om algemene informatie gaat, ervaren mensen het als minder bedreigend. Deelnemers zijn er positief over. Voorlichting is een belangrijk onderdeel van ACP, bijvoorbeeld over palliatieve zorg. Daar is veel onwetendheid over. Mensen hebben soms nare ervaringen met zorg aan het einde van het leven, terwijl we met de huidige palliatieve zorg veel lijden kunnen voorkomen of verlichten.

> 'Doe advance care planning op een goede manier, anders kun je het beter laten'

Bij het ACP-gesprek zelf is het belangrijk dat er geen tijdsdruk is. Plan dus altijd een dubbel consult en nodig ook naasten uit. Zij spelen een grote rol als ondersteuner, juist als de patiënt zelf niet goed kan beslissen wat hij wil. Eigenlijk zou je met alle kwetsbare mensen uit je praktijk zo'n gesprek moeten hebben. Dan kan groepsvoorlichting een goed begin zijn.'

Wat bespreek je tijdens een ACP-gesprek?
'Geef uitleg over het doel van het gesprek: dat je mensen beter kunt helpen in de toekomst zorg te krijgen die bij ze past als je ze leert kennen. En dat je wilt uitleggen wat iemand kan verwachten qua zorg in de toekomst. Vermijd

het woord “levenseinde”. Een groot deel van de mensen klapt dan dicht. Vraag hoe iemand in het leven staat en hoe hij de toekomst ziet. Vraag ook welke situaties ze willen voorkomen. Bijvoorbeeld: Ik wil niet eindigen als kasplantje.
Geef aan dat een aantal concrete situaties goed zijn om nu al te bespreken. Zoals: wie mag er voor u praten als u het zelf niet goed kunt? Of: Heeft u nagedacht over reanimeren? Bespreek ook palliatieve zorg en euthanasie. Maak duidelijk dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun keuzes: als ze tot andere inzichten komen, moeten ze dat zelf bespreken met hun naasten en zorgverleners. Geef aan dat mensen uiteraard niet verplicht zijn om keuzes te maken. Ze moeten zich daar vrij in voelen. Vertel dat zorgverleners in acute momenten altijd opnieuw aan hen zullen vragen wat ze willen. Als een patiënt op zo’n moment niet kan aangeven wat hij wil, zullen dokters altijd met naasten een inschatting maken van wat het beste is voor de patiënt.

Delegeer eventueel uitleg over een aantal onderwerpen naar de POH-Ouderen. Zorg er wel voor dat je als huisarts zelf het gesprek voert waarin keuzes worden gemaakt en dat je deze informatie zelf noteert in het HIS en voor de patiënt uitprint. Het gaat immers om genuanceerde zaken, waar je als huisarts verantwoordelijk voor bent. Vergeet niet om deze informatie over te dragen aan de HAP en andere zorgverleners. En herhaal het gesprek als de kwaliteit van leven verandert.’

‘Groepsvoorlichting over advance care planning is een goed begin’

Deze poster en een voorlichtingsbrief zijn te downloaden. Kijk bij ‘gerelateerd’ bij dit interview op www.henw.org.

Is ACP een recht of een verplichting?
‘Het is een moreel recht. Het hoort bij goede zorg. Bij kwetsbare patiënten is het een taak van de huisarts. Die heeft immers medische kennis van de situatie, kan goede voorlichting geven en is mogelijk ook betrokken bij het uitvoeren van de zorg in de toekomst. Het zou geen kwaad kunnen als iedereen over ACP zou nadenken. Voorwaarde is dat zo’n ACP-gesprek niet bedreigend moet zijn, zoals op een spoedeisende hulp of vlak voor een operatie. Als je dan de woorden reanimeren of beademing hoort, zijn mensen geneigd defensief te antwoorden. De vraag is of je het dan überhaupt wel moet doen. Mijn idee: doe het op een goede manier, anders kun je het beter laten.’

Wat zijn je wensen voor de toekomst?
‘Dat er een andere term voor ACP komt. Ik gebruik liever “praten over toekomstige zorg”, “praten over zorg wanneer je ouder wordt” of “future care conversations”. Dan snapt de patiënt ook waar het om gaat. Verder hoop ik dat er meer – betaalde – tijd beschikbaar komt voor zorgverleners om hier aandacht aan te besteden. Ook is betere ICT-ondersteuning nodig zodat op de HAP of in het ziekenhuis het ACP-gesprek met de huisarts gebruikt kan worden als basis voor de gesprekken daar. Zo vinden er uiteindelijk minder onderzoeken en behandelingen plaats die patiënten meer kwaad doen dan goed. Ik zou daarnaast graag zien dat ACP-gesprekken voor alle kwetsbare patiënten beschikbaar komen en dat er scholing is voor de betrokken hulpverleners. Tot slot wil ik collega’s vooral aanraden om het te gaan doen. Probeer het uit en doe ervaring op. Gebruik eventueel de poster en voorlichtingsbrief uit mijn proefschrift en spreek erover met collega-huisartsen.’ ■

Opschalen naar een bovenregionale 24/7-HAP bij de COVID-19-pandemie

Eefje de Bont, Natascha Broers, Dennis Muris, Laure Wynants, Mathie Leers, Ellen Schoorel, et al.

Kort na de uitbraak van de COVID-19-pandemie kregen huisartsen in een korte periode te maken met een forse en onvoorspelbare toename aan ziektegevallen. Ze stonden voor de vraag hoe de zorg optimaal en veilig geleverd moest worden. Limburg was op dat moment een van de zwaarst getroffen gebieden. Daarom werd in een bovenregionale samenwerking het Coronacentrum Urmond opgezet. Het plan van aanpak kan als voorbeeld dienen bij een toekomstige infectieziekte-uitbraak.

Bij een pandemische uitbraak moeten huisartsen(posten) en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) in nauwe samenspraak beoordelen of de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat en of er aanvullende arrangementen nodig zijn om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Daarbij wordt het Huisartsenzorg RampenOpvangPlan(HaROP) gehanteerd.[1] Kort na de uitbraak van de COVID-19-pandemie was PCR (polymerase chain reaction)-diagnostiek voor SARS-CoV-2 slechts beperkt beschikbaar en stond men voor de vraag hoe optimale en veilige zorg voor deze patiënten eruit moest zien.[2] In Limburg zetten samenwerkende zorgorganisaties met het oog op een mogelijk zeer grote stroom aan COVID-19-patiënten in zeer korte tijd Coronacentrum Urmond op.[3] Het betrof een bovenregionale samenwerking tussen thuiszorg, zorg- en verpleeghuizen, huisartsen(posten), ziekenhuizen, apothekers, de meldkamer, het Netwerk Acute Zorg Limburg (NAZL), de GGD, de GHOR, de Veiligheidsregio Zuid-Limburg en defensie. Met de toolkit van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) werd geprobeerd de patiëntenstroom te scheiden, efficiënt te werken en de zorg in de hoogste GHOR-fase te waarborgen (zie het [**kader**] voor Stadium 4 uit de in de tookit opgenomen tabel).[4]
We beschrijven het opschalingsproces, de belangrijkste succesfactoren en verbetermogelijkheden, en de patiëntenpopulatie die in het Coronacentrum werd beoordeeld.

In de eerste golf was sprake van een enorme overcapaciteit in het Coronacentrum Urmond. Foto: ANP

PROJECTBESCHRIJVING

Het Coronacentrum werd ingericht op de locatie Van der Valk-hotel Stein-Urmond, dat volledig werd vrijgemaakt. De afspraken over de organisatie van de zorg zoals beschreven in het [**kader**] werden gevolgd.[4] Defensie was verantwoordelijk voor de uitvoering van een gedeelte van de (logistieke) inrichting. Naast het faciliteren van zuurstof hielpen defensiemedewerkers bij de opbouw van faciliteiten binnen het Coronacentrum en zorgden ze voor een structurele naleving van regels. Binnen het Coronacentrum werd (voor het adherentiegebied Heerlen en Sittard-Geleen) voor 270 huisartsen en 450.000 patiënten een gezamenlijke huisartsenpost (HAP) ingericht voor patiënten met COVID-19 gerelateerde klachten. Het Coronacentrum werd op 26 maart 2020 als HAP operationeel en bood een maximale capaciteit voor 30 patiënten per uur. Uiteindelijk werd slechts 8,3% van de consultcapaciteit gebruikt. Oorspronkelijk werden er 4 huisartsen per dienst ingepland, maar dit werd afgeschaald naar 3 per dienst overdag en avond, en 2 per nachtdienst. In het Coronacentrum werd ook een Thuiszorghotel geopend om zorg te bieden aan patiënten die te ziek waren om thuis verzorgd te worden, maar te goed waren voor een ziekenhuisopname. Specialisten ouderengeneeskunde, gepensioneerde huisartsen en de thuiszorg leverden daar de medische zorg. Gedurende de eerste golf werd maximaal 15% van de 300 beschikbare bedden ingezet. Patiënten met COVID-19-achtige klachten die (tijdens kantooruren) telefonisch contact opnamen met hun eigen huisarts of met de reguliere HAP van de betreffende regio (tijdens avond-, nacht- en weekenduren) kregen een verwijzing naar het Coronacentrum wanneer fysieke beoordeling noodzakelijk leek. In een triagetent buiten het Coronacentrum beoordeelde de huisarts van dienst iedere patiënt op systematische wijze, en legde naast de anamnese ten minste de ademhalingsfrequentie, temperatuur en zuurstofsaturatie vast. Op basis hiervan kon de patiënt 1) met relevante adviezen en/of behandeling naar huis terugverwezen worden, 2) op de HAP van het Coronacentrum beoordeeld en/of behandeld worden, 3) naar het Thuiszorghotel verwezen worden of 4) naar Zuyderland MC verwezen worden.

BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Zie de [**infographic**] voor de visualisatie van de resultaten.

BESCHOUWING

Begin 2020 is het regionale HaROP voor het eerst geactiveerd voor een infectieziekte-uitbraak. In de verschillende regio's is daar op uiteenlopende manieren invulling aan gegeven, mede doordat er duidelijke regionale verschillen waren in de druk op de acute zorg. Snelle samenwerking door alle ketenpartners in de Limburgse mijnstreken leidde tot een Coronacentrum, waarvan uiteindelijk nog geen 10% van de capaciteit werd gebruikt. Daarom werd het eind mei 2020 ook weer afgeschaald. Een op de 10 voor COVID-19 verdachte patiënten die in het Coronacentrum werden beoordeeld, kreeg een verwijzing naar het ziekenhuis.

KADER STADIUM 4 (DONKERROOD)

Mogelijk aanvullende opschalingsstadia bij een grootschalige infectie-uitbraak

Situatie

De continuïteit van de huisartsenzorg kan niet meer binnen de reguliere organisatie worden gewaarborgd. Grote kans op verstoringen van de openbare orde.

Sturing

GHOR en gemeenten in afstemming met huisartsenkring en HAP

Mogelijke afspraken om uitval op vangen

- Concentratie huisartsenzorg (kantooruren en ANW) in zorgmeldpunten per gemeente, mogelijk gekoppeld aan HAP.
- Huisartsen en waarnemers worden door GHOR verdeeld over zorgmeldpunten en HAP.
- Mogelijk nationale verdeling van zorgcapaciteit en inzet defensieartsen.

Mogelijke afspraken over scheiden patiëntenstromen

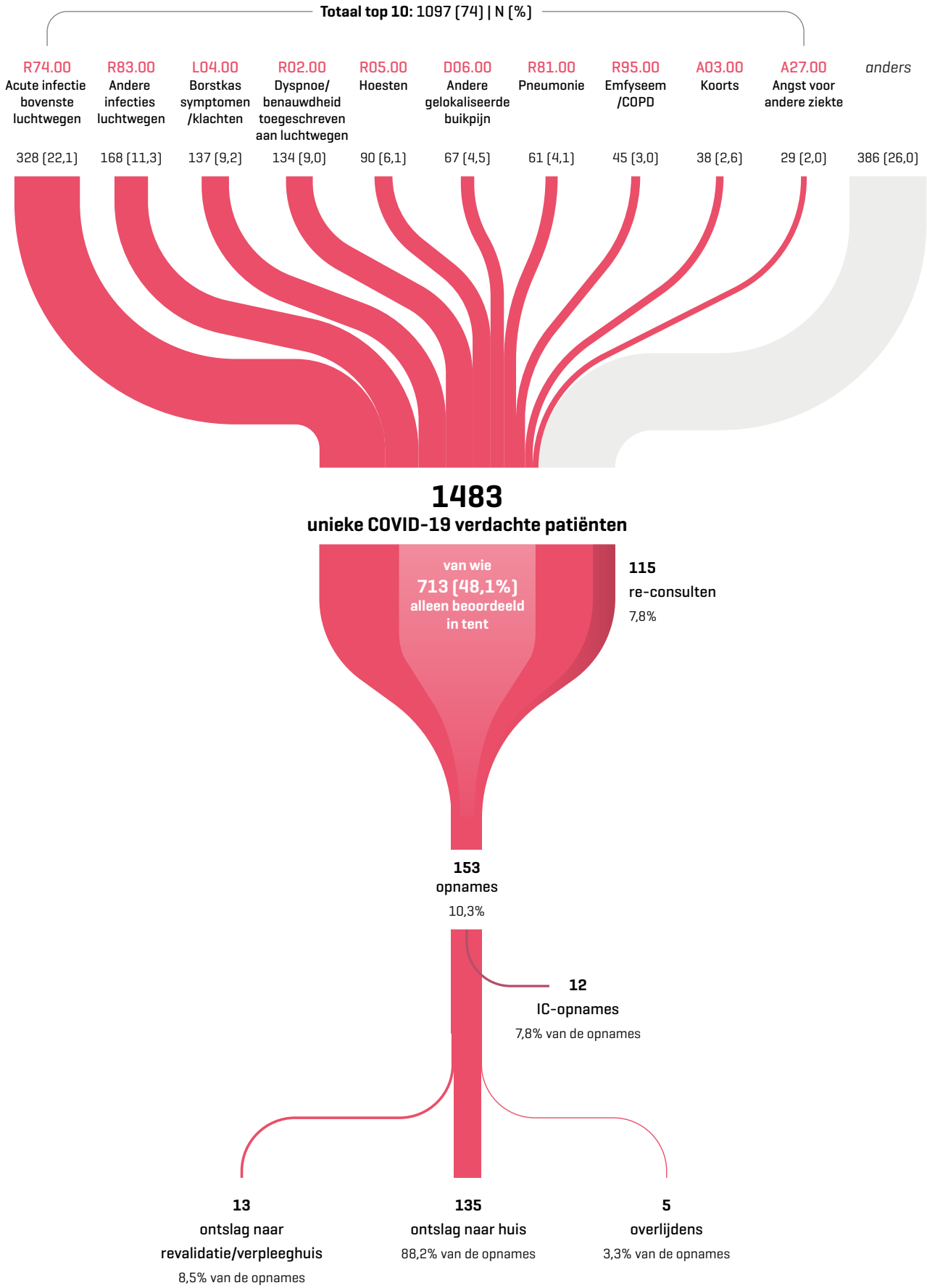
- Binnen de zorgmeldpunten worden waar mogelijk de patiëntenstromen gescheiden.
- Eventueel worden reguliere en infectieziektegerelateerde consulten op aparte locaties verzorgd.

Bron: LHV[4]

Er was nog weinig bekend over het nieuwe ziektebeeld en daarom werd het opschalingsproces gericht op het scheiden van patiëntenstromen. Op die manier moesten besmettingen tussen patiënten worden voorkomen, moest schaars persoonlijk beschermingsmateriaal zo efficiënt mogelijk ingezet kunnen worden, werden zorgverleners beschermd en werd uitval onder zorgverleners beperkt, zodat de continuïteit van de zorg gewaarborgd bleef.

Een aantal factoren is belangrijk geweest voor het succes van het Coronacentrum. Ten eerste heeft het multidisciplinaire team met reeds bestaande overlegstructuren het functioneren van het HaROP bevorderd. Door de huisartsenzorg 24/7 voor COVID-19-patiënten op 1 locatie samen te brengen, werd de expertise van de systematische beoordeling en behandeling van patiënten gebundeld en kon sneller worden gehandeld wanneer een behandeling of ziekenhuisopname noodzakelijk was. Ook kon de niet COVID-19-gerelateerde zorg via de reguliere huisartsenpraktijken en HAP's in de regio's doorgang vinden. Schaars beschermingsmateriaal werd zoals verwacht efficiënt gebruikt en de zorgcontinuïteit werd gewaarborgd. Terugkijkend met het oog op mogelijke leerpunten valt direct de enorme overcapaciteit op. Van de consult- en opnamemo-

Infographic



Infographic: Studio Wiegers

gelijkheden werd slechts respectievelijk 8% en 15% benut. Er was dus sprake van een overmatige inzet van zorgpersoneel en onnodige kosten. Doordat er in de eerste golf weinig kennis was van de verwachte infectiecijfers en tests niet breed beschikbaar waren, werd uitgegaan van een worstcasescenario. Bij een volgende opschaling zullen besmettingscijfers gebruikt moeten worden om zorg op (boven)regionaal niveau stapsgewijs uit te breiden en aan te laten sluiten op de zorgvraag. Ook kunnen huisartsen in de huidige en een toekomstige infectiegolf gebruikmaken van de opgedane kennis over welke patiënten risico lopen op complicaties. Zo kunnen ze nog gerichter triëren welke patiënten beoordeeld moeten worden en wie verwijzing naar het ziekenhuis nodig heeft, om de zorgcapaciteit nog minder te belasten.

CONCLUSIE

Huisartsen werkzaam op Coronacentrum Urmond zagen tijdens de eerste golf veel patiënten en verwezen slechts 1 op de 10 voor COVID-19 verdachte patiënten naar het ziekenhuis. Snelle samenwerking en opschaling op regionaal niveau kunnen de patiëntenzorg in tijden van een pandemie veilig stellen. Huisartsen handelden het overgrote deel van de voor COVID-19 verdachte contacten af, waardoor ze een belangrijke schakel vormden in de spoedzorg voor COVID-19-patiënten. ■

LITERATUUR

1. Landelijke Huisartsen Vereniging. Model huisartsen rampenopvangplan. https://www.lhv.nl/service/model-huisartsen-rampenopvangplan 2018. Geraadpleegd: 21 mei 2021.
2. RIVM. Covid-19 aantallen per gemeente per publicatiedatum. 2021. https://data.rivm.nl/geonetwork/srv/dut/catalog.search#/metadata/5f6bc429-1596-490e-8618-1ed8fd768427. Geraadpleegd: 21 mei 2021.
3. Coronacentrum Urmond. Coronacentrum Urmond 2021.

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

De Bont EGPM, Broers NJH, Muris DMJ, Wynants L, Leers M, Schoorel ENC, Bergmans P, Bruls B, Sabrkhany S, Laven R, Eurelings R, Cals JWL. Opschalen naar een bovenregionale 24/7-HAP bij de COVID-19-pandemie. Huisarts Wet 2022;65(3):43-6. DOI:10.1007/s12445-022-1395-0.

Maastricht University, Vakgroep huisartsgeneeskunde, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht: dr. E.G.P.M. de Bont, huisarts en universitair docent, eefje.debont@maastrichtuniversity.nl; dr. N.J.H. Broers, postdoconderzoeker; dr. D.M.J. Muris, postdoconderzoeker, manager anderhalvelijnszorg; dr. E.N.C. Schoorel, huisarts, postdoconderzoeker; prof. dr. J.W.L. Cals, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Vakgroep Epidemiologie: dr. L. Wynants, universitair docent. Vakgroep fysiologie, CARdiovascular Research Institute Maastricht (CARIM): dr. S. Sabrkhany, huisarts, postdoconderzoeker. Medisch Coördinatie Centrum (MCC) Omnes, Sittard: P. Bergmans, huisarts, medisch bestuurder. Klinische Chemie & Hematologie, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard-Geleen: dr. M. Leers, klinisch chemicus en hematoloog. Zorgorganisatie Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg, Heerlen: B. Bruls, huisarts, medisch bestuurder; R. Eurelings, manager huisartsenpost. Huisartsenpraktijk Proosdijveld, Beek: R. Laven, huisarts, kaderarts spoedzorg.

De vakgroep huisartsgeneeskunde Maastricht ontving van ZonMw een COVID-19-subsidie voor de uitvoering van dit onderzoek (ref 50-56300-98-001).

Uw diagose

Niet-pluisgevoel bij baby

Een vader komt met zijn baby van 5 maanden op het spreekuur. Het jongetje is sinds een dag huilerig en lijkt pijn te hebben aan zijn linkerbeen.
Een week eerder werd hij ook beoordeeld door de huisarts vanwege een virale (luchtweg)infectie. Bij lichamelijk onderzoek had het kind toen een temperatuur van 37,9 °C. Het maakte het geen zieke indruk. Het viel wel op dat het linkerbeen spontaan minder meebewoog dan het rechterbeen.
Bij het passief bewegingsonderzoek van de heupjes vandaag is er geen opvallend links-rechtsverschil. Het kind is wel huilerig. Een CRP-sneltest geeft een waarde van 41 mg/L. Wat is uw diagnose ?

1. Osteomyelitis
2. Congenitale heupdysplasie
3. Coxitis fugax
4. Ziekte van Perthes

Foto: Shutterstock

➤ Het antwoord leest u op pagina 52 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Niet-pluisgevoel bij baby'.

Met dank aan Wiebe Jager, huisarts.

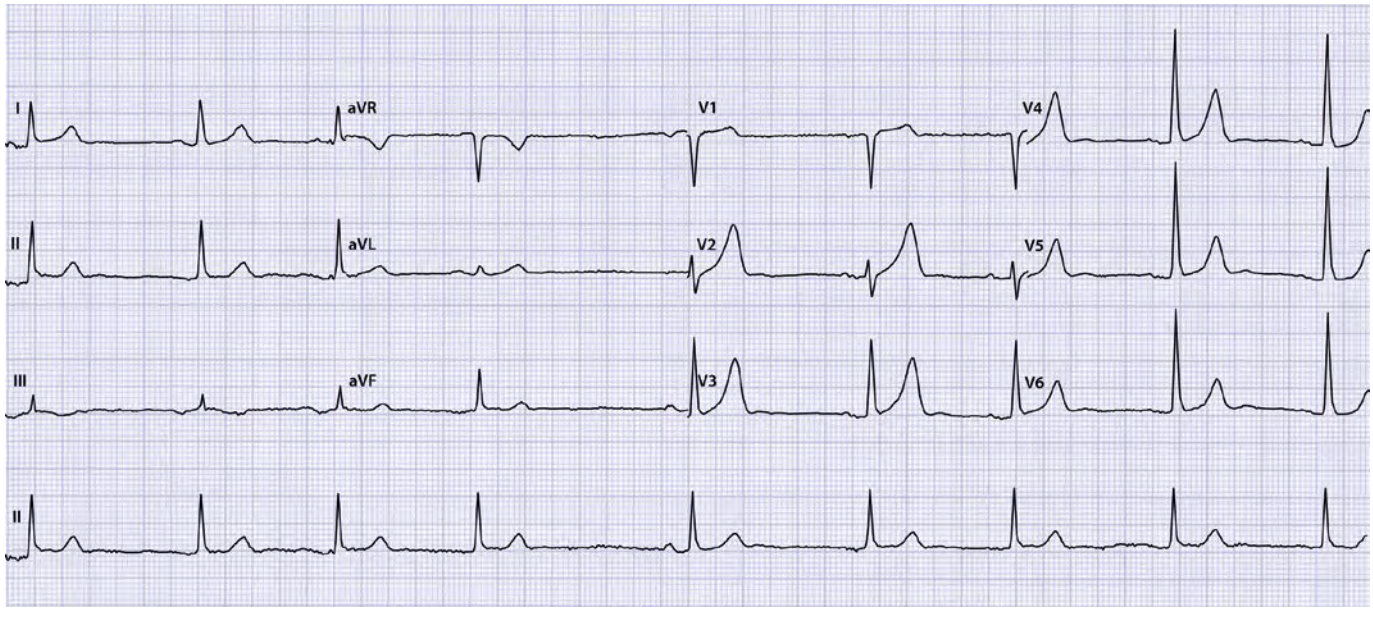
Ecg-casus 'Vliegen of niet vliegen'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 49-jarige man bezoekt het spreekuur van de huisarts. Hij is bezorgd over een ecg dat is gemaakt tijdens een sportkeuring.
Voorgeschiedenis: Blanco.
Medicatie: Geen.
Anamnese: Bij een keuring voor zweefvliegers werd bij de patiënt een ecg gemaakt dat afwijkend bleek te zijn. Na een slapeloze nacht heeft hij het advies opgevolgd zich met het ecg te melden bij zijn huisarts. Hij leeft gezond, sport veel en intensief, rookt niet en heeft een blanco familieanamnese als het gaat om hart- en vaatziekten.
Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 128/78 mmHg, pols 50/min, regulair. Saturatie 98%. Hart: normale tonen, geen souffle. Longen: symmetrisch, vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. Enkels: geen oedeem.

De huisarts bekijkt het ecg dat de patiënt heeft meegenomen.



Illustratie: Guusje Bertholet

OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG-10+.[1,2]
2. Hoe luidt uw diagnose en welk beleid stelt u voor?

➤ Het antwoord vindt u op pagina 55 en op www.henw.org, zoek op 'Ecg-casus' en 'Vliegen of niet vliegen'.

LITERATUUR

1. Konings KTS, Willemsen RTA. ECG-10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016;59:166-70.
2. Konings K, Willemsen RTA, Bertholet GJM. ECG's beoordelen én begrijpen. De ECG-10+ methode. Leer- en oefenboek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.

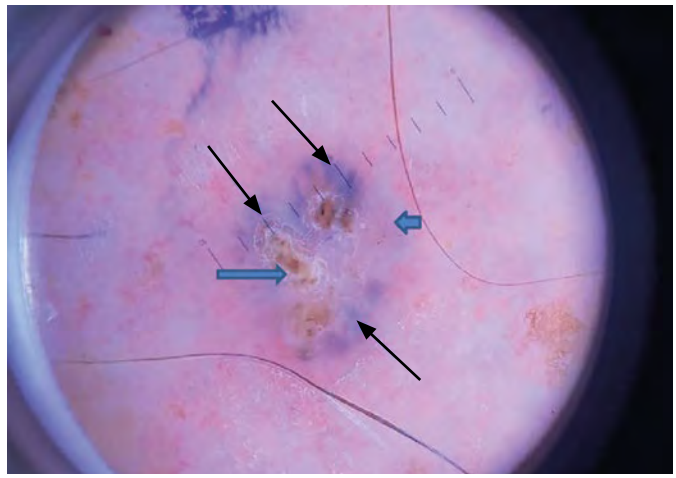
Pigment onder de dermatoscoop

Een 71-jarige man heeft een aantal weken geleden een plekje op zijn borst ontdekt. Hij zag er een korstje op zitten. De plek jeukt niet, bloedt niet en is in de loop van de tijd niet veranderd in omvang.
Op de rest van het lichaam heeft hij geen andere opvallende huidplekjes ontdekt. Als kind heeft de patiënt veel in de zon gelegen. Bij lichamelijk onderzoek ziet u een lenticulaire vrij egaal bruine (gepigmenteerde), iets glanzende papel van 6 mm met iets crusteus oppervlak, die afwijkt van de overige moedervlekken.
Bij dermatoscopie ziet u een grote oppervlakkige ulceratie centraal, die nu als een crust is te zien (lange dikke pijl). Verder is er sprake van translucentie, dat wil zeggen dat je als het ware door de laesie heen kunt kijken (korte dikke pijl). Ook zijn er perifeer meerdere blauwgrijze pigmentstructuren zichtbaar die geen netwerk vormen, geen globules hebben en ook geen *streaks* vormen (dunne pijlen).Wat is uw diagnose?

1. Melanoom
2. Dermale naevus
3. Basaalcelcarcinoom
4. Plaveiselcelcarcinoom

➤ Het antwoord leest u op pagina 56 en www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Pigment onder de dermatoscoop'.

Met dank aan André Moyakine, dermatoloog.



Foto's: André Moyakine

OPROEP: STUUR UW BIJZONDERE AANDOENING IN

Ziet u een bijzondere aandoening op uw spreekuur? Denk dan aan de rubriek 'Uw diagnose' in H&W. Zo maakt u uw collega's op een educatieve manier deelgenoot van uw ervaring.

- Maak een overzichtsfoto waarop goed te zien is om welk lichaamsdeel het gaat en 1 of meerdere detailfoto's. Wij ontvangen graag goed belichte en scherpe foto's van minimaal 300 dpi of 1 MB.
- Voeg een korte beschrijving van de casus toe (maximaal 100 woorden). Geef in de beschrijving de kenmerken van de patiënt (leeftijd, geslacht, bijzonderheden) en relevante aandoeningen weer. Beschrijf de reden van komst en de klachten van de patiënt en wat u zag en vond bij lichamelijk onderzoek. Geef aan wat de juiste diagnose is en hoe deze is gesteld. Geef ook uw differentiaaldiagnose (minimaal 2 tot 3 diagnoses). De lezer moet op basis van de foto en de korte introtekst kunnen bedenken wat er aan de hand is.
- Maak een korte opzet voor een toelichting op het goede antwoord. Daarin verwerkt u hoe het onderscheid gemaakt kan worden met de andere genoemde diagnoses (vooral klinisch). Ook geeft u aan wat het behandeladvies is, indien mogelijk gebaseerd op een NHG-Standaard en tenslotte de prognose. Vermeld verder de gebruikte bronnen.
- Vraag schriftelijk toestemming aan de patiënt om het beeld te mogen gebruiken.

Stuur uw bijdrage naar redactie@nhg.org.

Afbouwen van chronisch medicatiegebruik

1. Het onderzoek van Magnée et al. toont aan dat er voldoende draagvlak is om de POH-ggz een rol te geven bij het afbouwen van antidepressiva, benzodiazepines en opioïden. Met de afbouw van welke medicatie hebben de deelnemende POH's-ggz het meeste ervaring?[1]
a. Antidepressiva
b. Benzodiazepines
c. Opioïden

2. De deelnemende POH's-ggz werden geworven via een gelegenheidssteekproef. Het is mogelijk dat degenen die de vragenlijst invulden affiniteit hadden met het onderwerp. Zou dit effect kunnen hebben op het getoonde draagvlak?[1]
a. Ja, dit wordt dan onderschat.
b. Ja, dit wordt dan overschat.
c. Nee

3. De meerderheid van de POH's-ggz geeft aan nascholing te willen volgen over psychofarmaca of afbouwbegeleiding. Wat zou daarbij in elk geval aan de orde moeten komen?[1]
a. Samenwerking met huisarts en apotheker.
b. Medicatie, bijwerkingen en onttrekkingsverschijnselen.
c. Signalering van en beslishulp voor patiënten die in aanmerking komen voor afbouwen.
d. Training in motiverende gesprekvoering.

4. Voor afbouw van benzodiazepines en opioïden geldt dat ontwenningsverschijnselen doorgaans het heftigst zijn in een bepaald gedeelte van de afbouwperiode. Welk gedeelte is dit?[2,3]
a. Aan het begin van het afbouwen bij de eerste afbouwstappen.
b. In het midden van de afbouwperiode.
c. Aan het einde van het afbouwen bij de laatste afbouwstappen.

5. Bij forse ontwenningsverschijnselen in het afbouwen van SSRI's wordt geadviseerd om de dosis tijdelijk weer te verhogen naar de voorgaande dosering. Geldt dit ook voor opioïden en/of benzodiazepines?[2-4]
a. Ja, voor zowel opioïden als benzodiazepines.
b. Ja, maar alleen voor opioïden.
c. Ja, maar alleen voor benzodiazepines.
d. Nee, dit geldt niet voor opioïden en benzodiapines.

6. De aios bespreekt met de heer Vriezendorp, 48 jaar, de mogelijkheid om te stoppen met fluoxetine. Hij gebruikt sinds 5 jaar 40 mg per dag wegens een angststoornis. Het gaat al 3 jaar goed met hem. Hij is huiverig om te stoppen, omdat een eerdere stoppoging is mislukt. De opleider geeft aan dat de mislukte stoppoging een verhoogde kans geeft op het optreden van het 'antidepressivadiscontinueringssyndroom' (ADS), en dat dit reden is om langzamer af te bouwen. De aios vraagt of er nog een factor is die de kans op ADS vergroot. Welk antwoord is juist?[4]
a. Ja, de gebruiksduur langer dan 2 jaar.
b. Ja, de behandelindicatie (angststoornis).
c. Ja, de benodigde dosering (40 mg).
d. Geen van bovenstaande.

7. Bij afbouwen van kortwerkende opioiden treden ontwenningsverschijnselen doorgaans binnen enkele uren op en zijn na dag 4 de heftigste klachten verdwenen. Wat geldt voor langwerkende opioïden?[3]
a. Start ontwenningsverschijnselen na 1-2 dagen, verdwijnen na dag 6.
b. Start ontwenningsverschijnselen na 2-4 dagen, verdwijnen na dag 10.
c. Start ontwenningsverschijnselen na 1-2 dagen, verdwijnen na dag 10.
d. Start ontwenningsverschijnselen na 2-4 dagen, verdwijnen na 14 dagen.

8. Mevrouw Kreuz, 50 jaar, gebruikt sinds 5 maanden citalopram 20 mg vanwege een depressieve episode. De medicatie helpt goed en sinds ongeveer 3 maanden voelt ze zich niet meer depressief. Ze vraagt de huisarts wanneer ze mag proberen de medicatie af te bouwen en te stoppen. Welk advies is juist?[5]
a. Op dit moment
b. Als ze nog 3 maanden klachtenvrij blijft.
c. Als ze nog 6 maanden klachtenvrij blijft.
d. Als ze nog 9 maanden klachtenvrij blijft.

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

LITERATUUR

1. Magnée T, Stroo M, Kager C, Hek K. Zet de POH-ggz in bij chronisch medicatiegebruik. Huisarts Wet 2022;65(3):29-32.
2. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Utrecht: NHG, 2014. https://richtlijnen.nhg.org/.
3. IVM. Handreiking afbouw opioïden. https://www.medicijngebruik.nl/.
4. KNMP. Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's'. https://www.knmp.nl/.
5. NHG-werkgroep Depressie. NHG-Standaard Depressie. Utrecht: NHG, 2019. https://richtlijnen.nhg.org/.

ANTWOORDEN

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

Oplossing Uw diagnose 'Niet-pluisgevoel bij baby'

Het goede antwoord is osteomyelitis.
Het jongetje werd met spoed verwezen naar de kinderarts. Een röntgenfoto liet een lucentie zien in het proximale femur. Conclusie: osteomyelitis. Het kind werd opgenomen voor intraveneuze behandeling met een breedspectrumantibioticum. Daarna volgden nog 4 weken nabehandeling met augmentin (amoxicilline/clavulaanzuur) per os. Het kind herstelde voorspoedig.
Ontstekingen aan het bot komen weinig voor bij kinderen, namelijk bij ongeveer 1 op de 5000 kinderen in de leeftijd van 0-13 jaar. De ontsteking bevindt zich meestal in de tibia of het femur, in de buurt van de groeischijf.
Een baby onderscheidt zich van een ouder kind doordat deze minder ziek is en soms helemaal geen koorts of slechts verhoging heeft. Met name het niet spontaan bewegen van een extremiteit is bij kleine kinderen een alarmsymptoom. Snelle verwijzing is belangrijk om met een behandeling te kunnen starten, zodat schade door een ontsteking kan worden beperkt. Vaak is de verwekker een *Staphylococcus aureus*. Ook komt *Kingella kingae* steeds vaker voor als verwekker van osteomyelitis en artritis, evenals *Haemophilus influenzae* type b bij ongevaccineerde kinderen.
Congenitale heupdysplasie (CHD) is een aangeboren afwijking en is niet pijnlijk. Meestal is er sprake van een positieve familieanamnese. Bij lichamelijk onderzoek is er een verkort bovenbeen en een extra bilplooi zichtbaar bij een heupluxatie. Met echo- en röntgenonderzoek kan een CHD worden vastgesteld. Het kind krijgt meestal een spreidbroek/gipsbroek.
Coxitis fugax is een onschuldige aandoening en komt voor bij kinderen tussen de 2 en 12 jaar. De heup is pijnlijk. De oorzaak is niet precies bekend, maar is vermoedelijk een virale infectie. Het kind is er niet echt ziek van en kan een subfebriele temperatuur hebben. Meestal is alleen de endorotatie beperkt en in het eindtraject pijnlijk. De klachten zijn over het algemeen met een dag of 10 weer verdwenen. Het kind kan onder behandeling blijven van de huisarts.
De ziekte van Perthes komt vooral voor tussen de 4 en 8 jaar en vaker bij jongens dan bij meisjes. Bij deze aandoening is er waarschijnlijk sprake van een tijdelijke doorbloedingsstoornis van de femurkop. De heupkop wordt hierdoor zachter en verandert van vorm. Bij bewegingsonderzoek van de heup is met name de endorotatie beperkt. Op een röntgenfoto is een afplatting te zien van de femurkop. Behandeling wordt ingesteld door de (kinder)orthopeed. ■

LITERATUUR

1. Visser JD. Pluis of niet Pluis, een leidraad voor de eerstelijns gezondheidszorg. Groningen: Styx, 1991.
2. Krul M, Van der Wouden JC, Schellevis FG, Van Suijlekom-Smit LWA, Koes BW. Acute niet-traumatische heupafwijkingen bij kinderen. Huisarts Wet 2010;53:529-32.
3. Verbakel JY, Lemiengre MB, De Burghgraeve T, De Sutter A, Aertgeerts, B, Shinkins B, et al. CRP-test alleen bij acuut zieke kinderen met hoger risico. Huisarts Wet 2018;61:18-22.
4. Dartnell J, Ramachandran M, Katchburian M. Haematogenous acute and subacute paediatric osteomyelitis: a systematic review of the literature. J Bone Joint Surg Br 2012;94:584-95.

Foto Shutterstock

Antwoord ecg-casus 'Vliegen of niet vliegen'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie & regelmaat* | Er zijn van links naar rechts 9 complexen te zien, de frequentie is 54/min. Er is een niet-constant RR-interval, dus een irregulair ritme.
2. *As* | De meest positieve afleiding is afleiding II (die loopt onder een hoek van +60 graden in het normale kwadrant). De meest iso-elektrische as is afleiding avL (avL verloopt onder een hoek van -30 graden; een as loodrecht daarop past eveneens bij +60 graden). De as is dus normaal.
3. *P-top* | De zichtbare P-toppen zijn klein en overal positief, dus normaal, maar voor de meeste QRS-complexen is geen P-top te zien.
4. *PQ-tijd* | Normaal bij het vijfde complex, verder veelal niet te bepalen door afwezige P.
5. *Q* | Geen pathologische Q's.
6. *QRS* | Normaal: slanke QRS-complexen, normale voltages, normale R-progressie over de voorwand.
7. *ST-segment* | Normaal: geen elevaties of depressies.
8. *T-top* | Normaal. Geen T-top inversie.
9. *QT-tijd* | Normaal. 12 mm (= 480 ms), kleiner dan de helft van de cyclusduur.
10. *Ritme* | Op de ritmestrook is te zien dat het RR-interval tussen het tweede en het derde complex identiek is aan het RR-interval tussen het derde en vierde complex. Verder varieert het RR-interval telkens en is er sprake van een irregulair ritme. Voor de meeste QRS-complexen is geen duidelijke P-activiteit te zien. Het vijfde complex wordt wel door een normale P-top voorafgegaan, daarna is er weer irregulariteit zonder P-toppen. Dat is meestal een teken van atriumfibrilleren (AF), maar de frequentie blijft laag en dat is bij een fitte, jonge patiënt allerminst te verwachten in het geval van AF. Er lijkt dus een alternatief ritme aanwezig, dat vanwege het gebrek aan P-toppen of zichtbare andere atriale activiteit als junctioneel ofwel AV-nodaal te duiden is.

+. *Conclusie* | Overwegend normaal ecg, met tekenen van junctioneel ritme.

2. ANAMNESE EN BELEID

De huisarts verricht laboratoriumonderzoek om het hartvaatrisico in beeld te brengen. Het risico blijkt absoluut laag (groen) en is ook ten opzichte van leeftijdsgenoten laag. Vanwege de zorgen bij de patiënt en het belang van een goede (cardiale) keuring verricht de huisarts daarna nog een holteronderzoek, waarop sinusritme met enkele onschuldige (supra)ventriculaire extrasystoles ((S)VESsen) zichtbaar is. Er is opvallend veel aritmie en soms is er een junctioneel ritme, net als op het ecg van de keuring. Een fietsergometrie toont een uitstekende belastbaarheid zonder klachten of ecg-afwijkingen. Bij hogere frequenties is er bovendien een permanent sinusritme (zie de ritmestrook hieronder).
Een eerstelijns echocardiografie is zonder enige afwijking. Overleg met de cardioloog volgt. Die bevestigt dat deze uitslagen wijzen op een gezond hart zonder structurele afwijkingen. Hij ziet geen reden tot beperkingen van sportbeoefening of vliegen. Het incidenteel optreden van een junctioneel ritme zonder verdere afwijkingen bij routinematig cardiologisch onderzoek is dan ook te duiden als normaalvariant.

Een permanent sinusritme bij inspanning.

Oplossing Uw diagnose 'Pigment onder de dermatoscoop'

Het juiste antwoord is basaalcelcarcinoom.
Wanneer u als huisarts onderwijs krijgt over dermatoscopie, en met name over het herkennen van de basaalcelcarcinomen, zult u vaak het volgende te horen krijgen: let op klinisch glanzende laesies die dermatoscopisch klassieke, vertakte teleangiectastieën vertonen die altijd lineair moeten zijn [**foto 1**].
Dit klopt, maar inmiddels is er meer ervaring opgedaan met dermatoscopie. Er zijn meer criteria bijgekomen, die soms zelfs een hogere diagnostische waarde hebben dan de aanwezigheid van de teleangiëctastieën. Wat veel artsen niet weten, is dat pigmentstructuren een heel hoge diagnostische waarde hebben voor het herkennen van een basaalcelcarcinoom. Men associeert vaak ten onrechte de aanwezigheid van pigment met melanocytaire laesies.
Bij melanocytair geïnduceerd pigment ziet men namelijk of het zogenaamde pigmentnetwerk [**foto 2**], of globules [**foto 3**], of perifere *streaks* [**foto 4**] of homogeen blauwe verkleuring (bij blue naevus) [**foto 5**], of een parallel patroon (handpalmen en voetzolen) [**foto 6**], of een combinatie van bovenstaande.
Bij basaalcelcarcinomen ziet men een ander soort pigment. We bespreken hier niet alle varianten, maar bij de meest klassieke vorm betreft het de zogenaamde *leaf-like* (esdoornbladachtige) gepigmenteerde gebieden [**foto 7**].
Ook ziet men vaak de blauwgrijze ovoïde nesten zoals in deze casus het geval was. Zie voor een ander voorbeeld [**foto 8**].
Naast de lineaire teleangiëctastieën en pigmentstructuren, ziet men ook vaak ulceraties bij basaalcelcarcinomen. Helaas is het geen specifiek criterium en kan het ook worden gezien bij bijvoorbeeld plaveiselcelcarcinomen [**foto 9a en 9b**].
Tot slot zijn de basaalcelcarcinomen vaak translucent (doorzichtig) onder de dermatoscoop [**foto 10**]. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld dermale naevi of plaveiselcelcarcinomen. Translucentie is lastig op de foto te zetten, maar wat u ziet is dat pigment dieper zit en in dit geval alleen dermatoscopisch zichtbaar is.

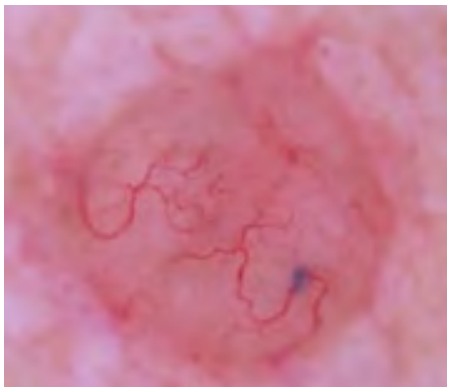


Foto 1 Teleangiëctastieën

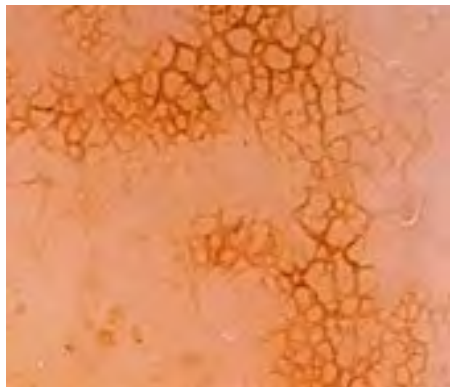


Foto 2 Pigmentnetwerk

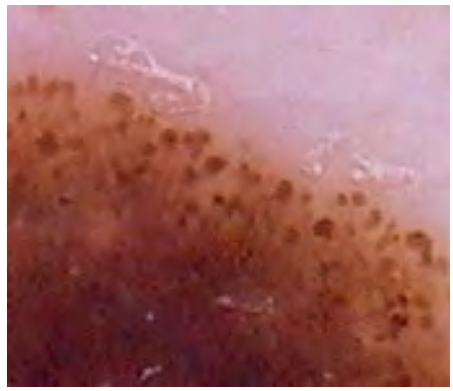


Foto 3 Globules

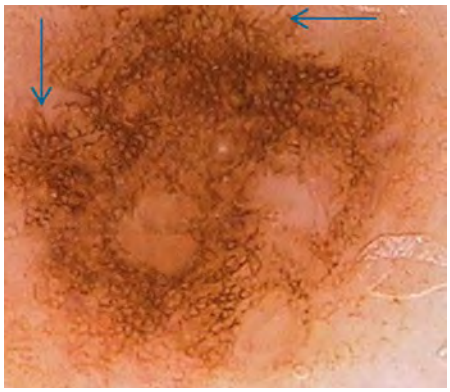


Foto 4 Perifere streaks

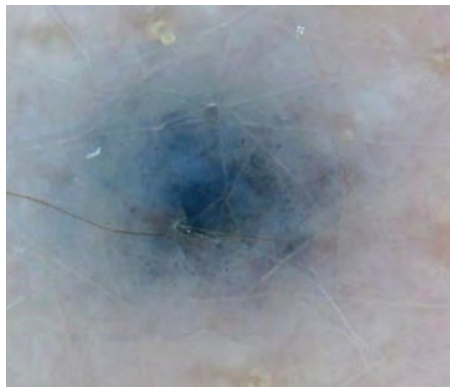


Foto 5 Homogeen blauwe verkleuring

Foto 6 Parallel patroon (handpalmen en voetzolen)

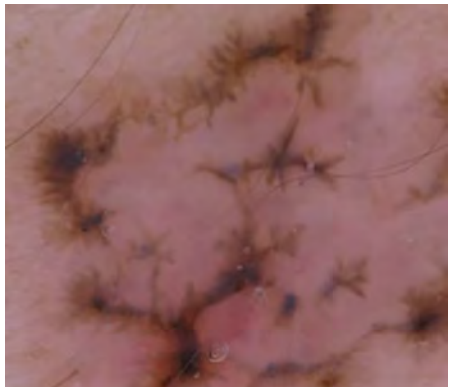


Foto 7 Leaf-like (esdoornbladachtige) gepigmenteerde gebieden

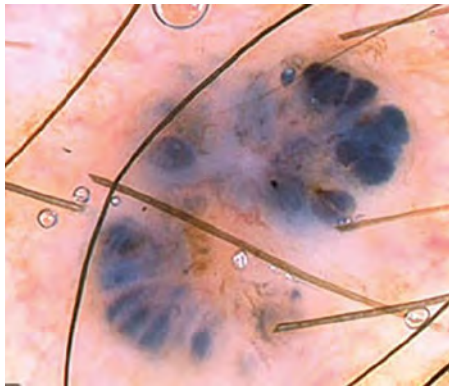


Foto 8 Blauwgrijze ovoïde nesten

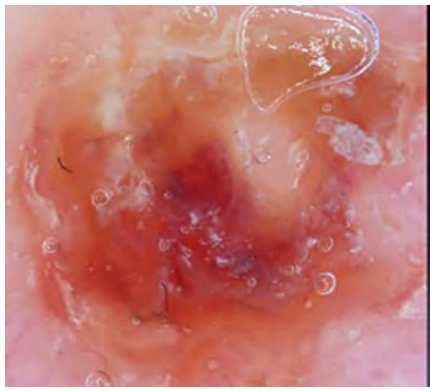


Foto 9a Basaalcelcarcinoom

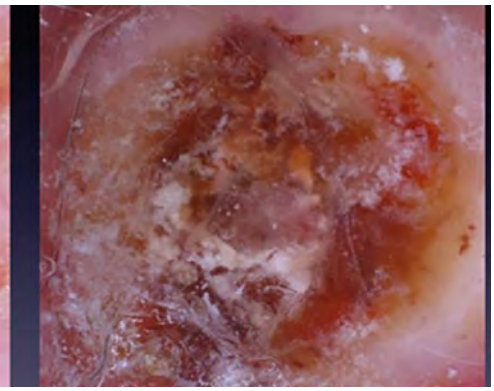


Foto 9b Plaveiselcelcarcinoom

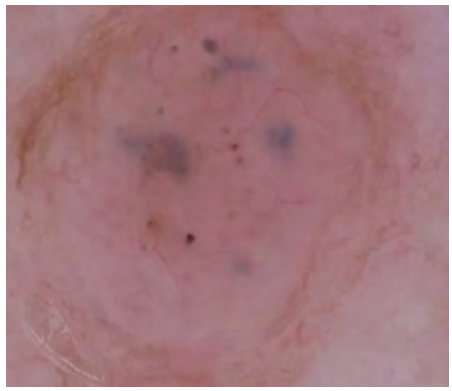


Foto 10 Translucente basaalcelcarcinomen onder de dermatoscoop

BEHANDELING

De meeste basaalcelcarcinomen moeten chirurgisch worden behandeld. De marge waarmee het carcinoom moet worden verwijderd, weet je pas wanneer de groeiwijze bekend is. De groeiwijze is alleen histopathologisch goed te bepalen, dus moet je vooraf een biopt nemen. Superficieel groeiende basaalcelcarcinomen hoeven niet per se te worden geëxcideerd. Het is wel aan te raden, want dan is de kans op recidieven het kleinst. De meeste patiënten kiezen op esthetisch belangrijke gebieden echter vaak voor een minder invasieve behandeling. Imiquimodcrème komt hierbij het beste uit de verf voor wat betreft de effectiviteit en recidiefkans. Een ander alternatief is 5-fluorouracilzuurcrème of fotodynamische therapie (PDT). PDT wordt steeds minder vaak gebruikt vanwege de hoge kosten, gebruiksonvriendelijkheid, pijn gedurende de behandeling en ook nog eens een hoge recidiefkans.

Deze bijdrage toont de meerwaarde van dermatoscopie bij het beoordelen van verdachte huidafwijkingen en onderstreept het belang van voldoende kennis en ervaring bij het inzetten daarvan. ■

LITERATUUR

1. Beljaards RC, Neumann HAM, Bergman W. Handboek dermato-oncologie, diagnostiek en behandeling van huidkanker. Haarlem: DCHG medische communicatie, 2015.
2. Youtube channel Basic Dermoscopie. Dermoscopic universe of basal cell carcinoma part 1 and 2 - Pr A. Lallas, Thessaloniki. https://www.youtube.com/watch?v=yG_GLY23TNU.
3. Kim HS, Park JM, Mun JH, Song M, Ko HC, Kim BS, et al. Usefulness of dermatoscopy for the preoperative assessment of the histopathologic aggressiveness of basal cell carcinoma. Ann Dermatol 2015;27:682-7.
4. Arits AH, Spoorenberg E, Mosterd K, Nelemans P, Kelleners-Smeets NW, Essers BA. Cost-effectiveness of topical imiquimod and fluorouracil vs. photodynamic therapy for treatment of superficial basal-cell carcinoma. Br J Dermatol 2014 171:1501-7.
5. Lecluse LL, Spuls PI. Photodynamic therapy versus topical imiquimod versus topical fluorouracil for treatment of superficial basal-cell carcinoma: a single blind, non-inferiority, randomised controlled trial: a critical appraisal. Br J Dermatol 2015;172:8-10.
6. Jansen MHE, Mosterd K, Arits A, Roozeboom MH, Sommer A, Essers, BAB, et al. Five-year results of a randomized controlled trial comparing effectiveness of photodynamic therapy, topical imiquimod, and topical 5-fluorouracil in patients with superficial basal cell carcinoma. J Invest Dermatol 2018;138:527-33.

Voorkeur voor kweek/PCR-diagnostiek in herziene NHG-Standaard Dermatomycosen

Nikki Claassen, Tjerk Wiersma

De NHG-Standaard Dermatomycosen is herzien. Bij de noodzaak tot aanvullende diagnostiek wordt nu een kweek/PCR-diagnostiek aangeraden, met KOH-diagnostiek in de huisartsenpraktijk als geschikt alternatief. Om de therapietrouw te optimaliseren zijn er tevens enkele kleine aanpassingen in de medicamenteuze adviezen gedaan. Ook nieuw is de mogelijkheid om bij onychomycosen en een contra-indicatie voor orale antimycotica miconazol nagellak te overwegen.

Bij dermatomycosen kan de diagnose meestal à vue gesteld worden en is aanvullende diagnostiek niet nodig. Om de klinische diagnostiek nog beter te ondersteunen, zijn in de herziene NHG-Standaard foto's van de verschillende dermatomycosen toegevoegd.

DIAGNOSE VOORNAMELIJK KLINISCH, SOMS KWEEK OF PCR

Indicaties voor aanvullende diagnostiek zijn diagnostische twijfel, onvoldoende effect van een ingestelde behandeling of een vermoeden van een diepe dermatomycose. Voorheen werd in deze gevallen KOH-diagnostiek in de huisartsenpraktijk aangeraden. Veel huisartsen ervaren hierbij echter praktische problemen: KOH-diagnostiek kost veel tijd, is lastig uit te voeren bij weinig routine en KOH is niet altijd goed verkrijgbaar. Bovendien blijkt uit recent onderzoek dat KOH-diagnostiek in de huisartsenpraktijk een beduidend lagere sensitiviteit heeft dan een kweek of PCR-test. PCR-diagnostiek levert de meest betrouwbare resultaten op, maar is nog niet in elk microbiologisch laboratorium beschikbaar.
Al deze bevindingen hebben geleid tot de aanbeveling om bij een indicatie voor aanvullende diagnostiek een kweek of PCR-test te verrichten (afhankelijk van de voorkeur en/of beschikbaarheid van het betreffende microbiologische laboratorium). KOH-diagnostiek vormt nog steeds een geschikt alternatief met bijbehorende voordelen. Zo zijn er voor de patiënt geen kosten aan verbonden. Wanneer de huisarts zich bekwaam voelt, kan de huisarts dus nog steeds KOH-diagnostiek inzetten. Belangrijke voorwaarde is dan wel dat hij bij een negatieve uitslag alsnog aanvullende diagnostiek in de vorm van een kweek of PCR aanvraagt.

BEHANDELING DIE AANSLUIT BIJ VOORKEUREN PATIËNT

In het algemeen is de behandeling van dermatomycosen ongewijzigd gebleven. Schimmels vertonen (in tegenstelling tot bacteriën) nog weinig toename van resistentie in Nederland en dus zijn de antimycotica nog steeds erg effectief.

Overweeg bij onychomycosen en een contra-indicatie voor orale antimycotica miconazol nagellak (beperkte effectiviteit).

Foto: Shutterstock

Wel zijn er enkele kleine aanpassingen gedaan om de therapietrouw te optimaliseren en om aan te sluiten bij de voorkeuren van de patiënt.

- Bij de lokale behandeling van tinea manuum, tinea pedis en tinea corporis heeft terbinafine een lichte voorkeur boven een imidazoolderivaat. De middelen zijn even effectief, maar terbinafine heeft een lagere smeerfrequentie, kortere behandelduur en leidt waarschijnlijk tot een wat sneller herstel.
- Bij de behandeling van pityriasis versicolor wordt naast seleniumsulfideshampoo nu ook een imidazoolcrème als behandeloptie van eerste keus gegeven, omdat beide middelen even effectief zijn. De keuze kan gemaakt worden op basis van de voorkeur van de patiënt, effectiviteit van eerdere behandeling(en) en uitgebreidheid van de huidafwijkingen.
- Een lokale corticosteroïd/imidazoolcombinatie mag nu kortdurend off-label voorgeschreven worden, maar alleen bij diagnostische twijfel waarbij er geen noodzaak is tot aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld bij een milde huidafwijking en twijfel tussen de diagnosen dermatomycose en eczeem).

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING ONYCHOMYCOSEN

De herziene standaard bevat meer informatie over de behandeling van onychomycosen. Ook patiëntenvoorlichting komt uitgebreid aan bod: medicamenteuze behandeling is doorgaans niet nodig, kost veel tijd en leidt bovendien niet altijd

tot herstel. Daarnaast is het risico op een klinisch recidief (ook na adequate behandeling) 20-30%. Als er toch een wens is om medicamenteus te behandelen, heeft een oraal antimycoticum altijd de voorkeur (50-75% kans op genezing). Bij patiënten met een uitgesproken behandelwens die niet in aanmerking komen voor orale behandeling (bijvoorbeeld door contra-indicaties of interacties) kan miconazol nagellak overwogen worden (ongeveer 17% kans op genezing).
Patiënten hebben namelijk steeds vaker een uitgesproken behandelwens, ook wanneer zij niet in aanmerking komen voor orale antimycotica. Er worden in Nederland dan ook veel (soms dure) behandelingen aangeboden. Laser- en lichttherapie zijn bijvoorbeeld niet effectief, dus deze behandelingen worden afgeraden. Miconazol nagellak blijkt echter bij een (klein) deel van de patiënten wel effectief en kan bovendien weinig kwaad. Dit heeft geleid tot de aanbeveling om bij een uitgesproken behandelwens alleen miconazol nagellak als alternatief te overwegen. Tegelijkertijd moet hierbij goed in het oog gehouden worden dat de effectiviteit een stuk beperkter is dan die van orale antimycotica. Om deze reden is veel aandacht besteed aan voorlichting hierover, zodat de arts en de patiënt samen een weloverwogen besluit kunnen nemen of gebruik de moeite waard is.

ORALE ANTIMYCOTICA: WANNEER NIET?
Om meer duidelijkheid te creëren over contra-indicaties, interacties en bijwerkingen van orale antimycotica is hierover een tabel toegevoegd aan de standaard. De tabel is goed te gebruiken bij de besluitvorming over het al dan niet starten van een oraal antimycoticum en de keuze van het meest geschikte middel. ■

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

Claassen N, Wiersma Tj. Voorkeur voor kweek/PCR-diagnostiek in herziene NHG-Standaard Dermatomycosen. Huisarts Wet 2022:65(3):58-9. DOI:10.1007/s12445-022-1396-z.
NHG, cluster Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht:
N. Claassen, wetenschappelijk medewerker en huisarts, kenniscentrum@nhg.org; dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
De NHG-projectgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Van Baalen J, Claassen N, Greving J en Wiersma Tj.

Vacature H&W

Lid gevraagd voor de Raad van Advies van Huisarts en Wetenschap

H&W is de meest gelezen en hoogst gewaardeerde vaktitel voor huisartsen en aiossen over wetenschap en praktijk. H&W publiceert doorlopend en multimediaal middels een website (www.henw.org), een wekelijkse nieuwsbrief, maandelijkse podcasts (www.huisartspodcast.nl/henw) en een maandelijkse printeditie met een oplage van ruim 14.000 exemplaren.

De Raad van Advies ziet toe op en adviseert de hoofdredacteur over het gevoerde inhoudelijke beleid van H&W. Tevens kan de raad het NHG-bestuur adviseren over belangrijke beleidsbesluiten van en over de redactie. De raad vormt een afspiegeling van de doelgroepen van H&W en bestaat uit onderzoekers, huisartsen, specialisten en deskundigen op het gebied van de gezondheidszorg en wetenschapsjournalistiek. De raad komt 2 keer per jaar bijeen.

Vanwege het eindigen van de zittingstermijn van 1 van de leden, is de Raad van Advies per direct op zoek naar een lid.

We zoeken een ervaren huisarts met:
- affiniteit met (wetenschappelijk) publiceren
- affiniteit met communicatie via moderne media
- zicht op wat de lezer en luisteraar wil
- goede contactuele eigenschappen
- creativiteit
- bestuurlijke en/of onderzoekservaring (strekt tot aanbeveling)

Leden van de Raad van Advies ontvangen een vacatievergoeding.

Procedure
De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, de voorzitter/een lid van de Verenigingsraad van het NHG en de voorzitter/een lid van de Raad van Advies van H&W. De benoeming geschiedt op 23 juni 2022 door de Algemene Ledenvergadering, op voordracht van de Raad van Bestuur.
Leden van de Raad van Advies hebben een zittingstermijn van maximaal 2 maal 3 jaar, die ingaat na officiële benoeming door de Algemene Ledenvergadering.

Meer weten? Bel of mail hoofdredacteur dr. Gijs Baaten (telefoon: 088 506 55 00, e-mail: g.baaten@nhg.org).
Solliciteren? Mail voor 15 april 2022 uw sollicitatiebrief voorzien van een curriculum vitae naar redactie@nhg.org.

Herziening ABCDE-kaart

Aria Sana, Pieter Visser

Recent is de ABCDE-methodiek herzien met als doel meer aan te sluiten bij huisartsen (in opleiding). De vernieuwde ABCDE-kaart is online beschikbaar via nhg.org/abcde. In de herziene versie zijn sommige stappen en interventies vervangen door handelingen die meer zijn toegespitst op de huisarts (in opleiding). Verder zijn er wijzigingen in de tabel met normaalwaarden van adem- en hartfrequentie, bloeddruk en gewicht per leeftijdscategorie, de Glasgow Coma Scale en de manier van overdragen.

De ABCDE-kaart is online gemakkelijk te raadplegen. Desgewenst kunt u zelf de pdf downloaden en printen. Omdat duurzaam en digitaal publiceren een wens is van de NHG-leden, verstrekt het NHG geen geplastificeerd kaartje meer.

TOEGESPITST OP DE HUISARTS

Sommige stappen en interventies in de oude versie van de ABCDE-kaart waren te veel op de tweedelijnszorg toegespitst. Bijvoorbeeld endotracheale intubatie en coniotomie bij A (ademweg) en vloeistoftherapieën bij C (circulatie). De werkgroepleden vonden dat het ABCDE-schema stappen en handelingen moet bevatten die de huisarts in de praktijk ook daadwerkelijk uitvoert. Daarom zijn bovengenoemde handelingen verwijderd uit het schema en meer toegespitst op de huisarts (in opleiding) in de eerste lijn. Aiossen kunnen tijdens hun klinische stage op de SEH gebruikmaken van de bestaande protocollen in de tweede lijn.

Om eventuele afwijkingen zoals peritoneale prikkeling in een eerder stadium te onderkennen, is gericht onderzoek (korte palpatie) van het abdomen standaard opgenomen in de *primary survey* en niet alleen meer bij shock. Dit in navolging van andere ABC-cursussen, waaronder de ATLS, om zo uniformiteit na te streven. Verder is palpatie van de femoraalarteriën in de C tijdens de primary survey verwijderd. De meerwaarde om hiermee een levensbedreigende afwijking te vinden blijkt onvoldoende uit de literatuur, maar lijkt minimaal. ■

LITERATUUR

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

Sana A, Visser PK. Herziening ABCDE-kaart. Huisarts Wet 2022;65(3):60. DOI:10.1007/s12445-022-1402-5.
NHG, Utrecht: Aria Sana, programmamanager Spoedzorg en huisarts, a.sana@nhg.org. Schola Medica, Utrecht: Pieter Visser, voorzitter vakgroep Spoedzorg Schola Medica en huisarts.
In de werkgroep zaten Pieter Visser en Alja Sluiter vanuit Schola Medica en Jorden Moorlag en Aria Sana vanuit het NHG.

QR-CODE EN ANDERE VERNIEUWINGEN

Het ABCDE-kaartje bevat een QR-code, die direct verwijst naar het Overzicht geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties van het NHG. Dit vereenvoudigt het opzoeken van het juiste middel met de juiste dosering tijdens spoedsituaties.

De veranderingen op een rij:

- De *tabel met de normaalwaarden* van adem-, hartfrequentie, bloeddruk en gewicht per leeftijdscategorie is aangepast op basis van nieuwe wetenschappelijk inzichten. De oude tabel was op consensus gebaseerd. In een aantal onderzoeken is gekeken naar de normaalwaarden van kinderen zonder ernstige aandoeningen. De oude APLS-onderverdeling bleek te onnauwkeurig te zijn en viel soms buiten het 99e percentiel.[1]
- De *Glasgow Coma Scale* is vervangen door de New Glasgow Coma Scale om de schaal in het gebruik makkelijker toepasbaar te maken, met een betere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Wijzigingen in deze schaal zijn:
  - ‘Ogen openen op aanspreken’ (E3) is vervangen door ‘op geluid’
  - ‘Ogen openen op pijn’ (E2) is vervangen door ‘op een drukprikkel’
  - ‘Verbale respons van inadequaat’ (V3) is vervangen door ‘woorden’
  - ‘Van onverstaanbaar’ (V2) is vervangen door ‘geluiden’
  - De categorie Niet Testbaar (NT) is toegevoegd.[2]
- De *manier van overdragen* volgens de SBARR is toegevoegd. Hierbij is de tweede ‘R’ van Repeat ook opgenomen in de SBARR. De overdracht is een cruciaal, maar kwetsbaar moment. Door de collega aan wie je overdraagt te vragen en te laten benoemen wat jouw verwachtingen en aanbevelingen zijn, kun je toetsen of deze het verstaan en begrepen heeft. Doel hiervan is het voorkomen van incidenten.

H&W-redacteur Marian van den Brink: 'Ik nodig praktiserende huisartsen graag uit om eens een casuïstiek of CAT te schrijven voor H&W'

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. Marian van den Brink, redactielid sinds maart 2018, is huisarts in Noord-Nederland en werkzaam bij de afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde van UMC Groningen.

PASSIE

'In mijn vrije tijd, wanneer ik niet met huisartsgeneeskunde of wetenschap bezig ben, zoek ik graag de natuur op. Het liefst in combinatie met sport. Dit kan suppen, windsurfen of zwemmen zijn in het meer in onze 'voortuin', of een rondje hardlopen, wielrennen of mountainbiken. Als ik langer vrij ben ga ik graag met mijn gezin op reis in ons Volkswagen camperbusje om nieuwe, bijzondere plekken te ontdekken. Attributen zoals fiets, klimmateriaal als er bergen in de buurt zijn, en momenteel een draagzak, gaan mee, zodat ook onze kinderen mee kunnen op avontuur.
Een echte passie zou ik het misschien niet willen noemen, maar binnen H&W kan ik wel mijn interesse voor taal en de behoefte om informatie verder uit te pluizen kwijt. Deze afwisseling met de dagelijkse huisartsenpraktijk houdt me scherp. Bijdragend aan mijn werkplezier is de prettige samenwerking met andere enthousiaste redactieleden en auteurs.'

MISSIE

'Als redacteur is mijn missie om de nieuwste wetenschappelijke kennis op een toegankelijke manier te delen met de zorgverleners werkzaam in de huisartsenzorg. H&W is hiervoor een mooi medium. Ik zou het tweerichtingsverkeer meer willen stimuleren, dus ook de praktiserend huisarts (in opleiding) uitnodigen voor het indienen van een casuïstiek, CAT of implementatieproject. Verder denk ik graag buiten het vaste stramien: waarom doen we het eigenlijk zo? Kunnen we ook op een andere, efficiëntere manier vergaderen of juist met een andere werkwijze op creatieve ideeën komen? Hoe kunnen we de artikelen aantrekkelijker maken voor de lezer online en op papier? Is er een andere vormgeving of visualisatie mogelijk om de boodschap over te brengen? Inmiddels draai ik al een paar jaar mee als redactielid. Het voelt nog steeds als een eer om bij te mogen dragen aan dit proces van kopij verzamelen, redigeren en publiceren, waarbij mijn streven is de kwaliteit hoog te houden maar ook vernieuwend te kunnen zijn.'

HUISARTS

'Als huisarts werk ik het liefst in een dorpspraktijk op het platteland. Op dit moment ben ik waarnemend huisarts, maar ik zou in de toekomst graag praktijkhoudend huisarts zijn. Ten eerste kun je dan de patiëntenzorg meer inrichten zoals je het zelf voor ogen hebt en ten tweede voelt het ook als een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de huisartsenzorg in de toekomst overeind te houden. Daarvoor zijn praktijkhouders onmisbaar. Het mooiste aan het vak vind ik de persoonlijke zorg die je als huisarts kunt bieden in elke levensfase, van geboorte tot aan terminale zorg. Iets kunnen betekenen voor mensen in de laatste levensfase geeft mij voldoening, maar ook de glimlach op het gezicht van een patiënt tijdens een praatje over koetjes en kalfjes.'

WETENSCHAP

'Ik heb mijn huisartsopleiding in Groningen gecombineerd met het doen van wetenschappelijk onderzoek, het aiototraject. In maart 2021 ben ik gepromoveerd op onderzoek naar de behandeling van hevig menstrueel bloedverlies. Als redactielid krijg ik vaak de gynaecologische onderwerpen toebedeeld. Maar ik blijf een generalist, dus ook andere huisartsgeneeskundige (kleine) kwalen hebben mijn interesse. Tijdens mijn promotietraject volgde ik de opleiding tot epidemioloog B. Deze kennis komt goed van pas als redacteur van H&W tijdens de kritische beoordeling van onderzoeken op methodologie.'

MOOISTE ARTIKEL

'Het meest uitdagend en tijdrovend, maar ook het meeste voldoening gevend, was het maken van themanummers voor H&W. Je hebt als gastredactie meer vrijheid om zelf de inhoud te bepalen, te brainstormen over speciale rubrieken en de lay-out. Bovendien werk je samen met anderen, buiten de vaste redactieleden. Dat geeft weer nieuwe inspiratie en ideeën. Het helpt mee dat de onderwerpen van beide themanummers waar ik tot nu toe aan gewerkt heb, binnen mijn interessegebied lagen, namelijk Sport & Bewegen in 2019 en Over de Grens in 2020.' ■

Wetenschap op een praktijkgerichte manier terugbrengen naar de spreekkamer

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. Dit keer is het de beurt aan Just Eekhof.

Foto: Mariëlle van Delft

Als huisarts wil je zo goed mogelijke zorg aan je patiënt bieden. Wetenschappelijk onderzoek helpt ons het meest als het zo gepresenteerd wordt dat je er als huisarts, met een patiënt tegenover je, werkelijk wat mee kunt. Wetenschap op een zo praktijkgericht mogelijke manier terugbrengen naar de spreekkamer is mijn doel als in de wetenschap werkende huisarts. Het was ook mijn doel tijdens mijn vijfjarig hoofdredacteurschap van H&W. Dit speelt dan ook een rol bij de keuze van artikelen die er voor mij uitspringen in de periode dat ik hoofdredacteur was.

Vooral de nieuwsberichten in H&W brengen de kernboodschap van relevante uitkomsten uit de wetenschap op een snelle manier onder de aandacht. De titels spreken al voor zich: 'Geen antibiotica bij geelgroen sputum', 'Kraanwater reinigt wonden effectief', 'Geleidelijk stoppen met roken werkt ook' en 'Beweeg en leef langer'.

Andere praktische bijdragen zijn de casuïstiekartikelen. Een mooi voorbeeld daarvan is 'Zwemmersjeuk, souvenir uit sloot en plas' van Roy Beijaert uit 2013.[1] Je kunt een diagnose immers pas stellen als je van het bestaan weet. In een kort artikel vertelt Beijaert over de rode vlekken na zwemmen bij een patiënt in de praktijk, waarvan hij eerst niet weet wat het is. Hij zoekt in de literatuur en komt erachter dat het zwemmersjeuk betreft. Die wordt veroorzaakt door de larven van een platworm in het zwemwater; gewoon afwachten volstaat. Beijaert deelt dit in zijn H&W-artikel met andere huisartsen, zodat zij dit beeld wel kunnen herkennen en weten wat ze moeten doen.

Bij het doornemen van de stapels oude H&W's op zoek naar mooie artikelen valt mij weer het grote aantal reclames van de farmaceutische industrie op. Deze advertenties propageren vaak medicijnen die niet in de NHG-Standaarden worden geadviseerd. Ik heb destijds erg mijn best gedaan voor een farmavrij H&W, maar steeds aan het kortste eind getrokken. Het NHG maakte eerder met succes het NHG-Congres farmavrij en verwacht van kaderhuisartsen dat zij geen banden met de farmaceutische industrie hebben. Een logische volgende stap zou zijn dat ook H&W stopt met farmaceutische advertenties. Het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* geeft het goede voorbeeld door per 1 januari 2022 te stoppen met het opnemen van farmaceutische advertenties. De reden is dat de advertenties haaks staan op hun kernwaarden 'onafhankelijkheid' en 'betrouwbaarheid'.[2] Dezelfde waarden staan ook bij het NHG hoog in het vaandel. Voor NHG-leden zou het lidmaatschap mogelijk enkele tientjes duurder worden. Maar hoe geweldig zou het zijn als je alle mooie artikelen in H&W kunt lezen zonder deze ergerniswekkende advertenties? Ik kijk ernaar uit!

Ik sluit af met een ander voorbeeld van wetenschap terugbrengen naar de praktijk. Het artikel van Thijs van Dongen et al. over de behandeling van kinderen met trommelvliesbuisjes en een loopoor verscheen in het *New England Journal of Medicine*. Zij formuleerden hun onderzoeksvragen op basis van waarnemingen in de Nederlandse huisartsenpraktijk. De uitkomsten van het onderzoek werden gepubliceerd in dit hoogstaande Engelstalige tijdschrift, dat vrijwel geen enkele Nederlandse huisarts leest. Toch moet het antwoord op de vraag die werd gesteld in de Nederlandse praktijk naar diezelfde praktijk teruggebracht worden. H&W heeft daarin een belangrijke taak. Van dit artikel hebben we daarom een praktische vertaling gemaakt.[3] Dit onderzoek leidde ook tot een aanpassing in de NHG-Standaard Otitis media acuta. Als huisarts weet je door dit artikel dat je bij een kind met trommelvliesbuisjes en een loopoor antibiotica-oordruppels mèt corticosteroïden moet geven. Ik vind dit een prachtig voorbeeld van wetenschap terugbrengen naar de praktijk. Doordat de huisarts de uitkomst van het onderzoek leest in zijn eigen H&W, kan hij de patiënt hierdoor goed onderbouwd behandelen. ■

Just Eekhof, hoofdredacteur H&W van 2011 tot en met 2016.

LITERATUUR

1. Beijaert R. Zwemmersjeuk, souvenir uit sloot en plas. Huisarts Wet 2013;56(7):351.
2. Olde Rikkert MGM, Cleyndert EG. NTvG stopt met advertenties van farmaceuten. Ned Tijdschr Geneeskd 2022;166:D6444.
3. Van Dongen TMA, Van der Heijden GJMG, Venekamp RP, Rovers MM, Schilder AGM. Acuut loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes. Huisarts Wet 2014;57(9):520-3.

Telefonische triage op de HAP bij patiënten met kortademigheid

Foto: Shutterstock

Michelle Spek

Triage bij mensen die vanwege kortademigheid de huisartsenpost bellen, vormt een uitdaging. Er is een scala aan onderliggende aandoeningen mogelijk, variërend van levensbedreigend tot medisch niet urgent. Zowel onder- als overtriage kan het gevolg zijn, waardoor de veiligheid en efficiëntie van de zorg in het gedrang kunnen komen. Daarom is in 2020 een onderzoek gestart waarin wordt bekeken hoe dit kan worden verbeterd.

Kortademigheid staat met 4% van het totale aantal contacten in de top 5 van klachten waarvoor patiënten naar de huisartsenpost (HAP) gaan.[1] Daarnaast is kortademigheid met 10% van alle visites op de HAP de belangrijkste reden voor een thuisbezoek aan de patiënt.[2] Adequate triage bij mensen met kortademigheid is dan ook belangrijk.
Om triagisten te ondersteunen hanteert vrijwel elke HAP de Nederlandse Triage Standaard (NTS).[3] De NTS geeft een inschatting van de urgentie van het probleem, die de triagist kan overnemen of aanpassen ('overrulen'), al dan niet na overleg met de superviserende huisarts. Voor de klacht kortademigheid zijn de NTS én het gebruik ervan door triagisten nog nooit gevalideerd ten opzichte van de uiteindelijke diagnose.[4,5] Daarom is in 2020 het onderzoek 'Opticall' gestart, gericht op de efficiëntie en veiligheid van de huidige telefonische triage op de HAP bij patiënten met kortademigheid. De belangrijkste onderzoeksvragen zijn: 'Wat is de diagnostische accuratesse van de triage op de HAP bij de klacht kortademigheid?' en 'Hoe kunnen we deze triage verder verbeteren?' Voor het beantwoorden beluisteren we triagegesprekken van 2500 patiënten die de HAP belden vanwege kortademigheid. We verzamelen gegevens over patiëntkenmerken, belkenmerken en symptoompresentatie. Met de follow-upgegevens van de eigen huisartsen van de patiënten zullen we de uiteindelijke diagnose bepalen. De resultaten van dit onderzoek verwachten we in 2024. ■

LITERATUUR

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

Spek M. Telefonische triage op de HAP bij patiënten met kortademigheid. Huisarts Wet 2022;64(3):63. DOI:10.1007/s12445-022-1398-x.
UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, Utrecht: M. Spek, aioto, m.spek-3@umcutrecht.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

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, 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
Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets, Shutterstock en Margot Scheerder (beeldredactie). Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org, 088 506 55 46. NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau.

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

KORT NIEUWS

Nieuwe NHG E-learning Suïcidepreventie

In samenwerking met Stichting 113 Zelfmoordpreventie is de nieuwe NHG E-learning Suïcidepreventie in de huisartsenpraktijk ontwikkeld. Naast kennisoverdracht over onder andere epidemiologie, indicaties en beleid, besteedt de e-learning veel aandacht aan communicatie met een patiënt met suïcidaal gedrag. De e-learning is gratis beschikbaar en geschikt voor huisartsen en POH's-ggz.

Doodsoorzaak nummer 1 bij jongeren

In Nederland plegen 5 mensen per dag zelfmoord. Bij jongeren is het doodsoorzaak nummer 1. Per jaar denken maar liefst 500.000 mensen na over het plegen van zelfmoord, 100.000 mensen doen een zelfmoordpoging. De kans dat een volwassene met een depressie een suïcidale gedachte krijgt, is 2 keer groter dan bij een volwassene zonder depressie. Elke huisartsenpraktijk heeft te maken met cliënten met suïcidale gedachten, zelfmoordplannen en -pogingen.
Eén op de 2 mensen die overlijdt door zelfmoord, heeft een maand daarvoor de huisarts bezocht. Tijdens dat laatste consult werd bij 1 op de 3 mensen het risico op suïcide herkend.

Onmisbare schakel

De huisarts is een onmisbare schakel in de ketenzorg rond suïcidaliteit en het bewaken van de continuïteit van zorg. De huisartsenpraktijk is bij uitstek de plaats waar een patiënt met suïcidale gedachten en handelingen zich veilig kan voelen om hierover te spreken. Het is belangrijk dat alle medewerkers in de praktijk ervan overtuigd zijn dat ze het verschil kunnen maken tussen 'leven en dood'. Soms is de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag een uitdaging. Bijvoorbeeld wanneer huisartsen hier weinig ervaring mee hebben en zich onzeker voelen over hun rol.

Herkennen, bespreekbaar maken en tijdig doorverwijzen

Huisartsen, POH's of assistenten kunnen nog meer bijdragen aan suïcidepreventie door wanhoop en suïcidaliteit te herkennen, bespreekbaar te maken en tijdig door te verwijzen naar de juiste hulp. Effectieve behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag is essentieel, aangezien deze mensen een tienvoudig verhoogd risico op zelfmoord hebben en het risico op herhaling na ontslag het eerste jaar hoog is.
De e-learning is voor 2 punten geaccrediteerd en gratis beschikbaar voor alle NHG-leden (en uw POH). Hij staat voor u klaar in uw NHG-Leeromgeving op https://elearning.nhg.org.

Patiënteninformatie

- Denken aan zelfdoding | Thuisarts.nl
- 113.nl | 0800-0113

Praktische hulpmiddelen op 113.nl

- Suïcide facts and figures 2021 (pdf)
- Factsheet aanbevelingen huisartsenpraktijken (pdf)
- Triagetool Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk (pdf)

‘E-HEALTH HELPT PATIËNT ÉN DOKTER’

Hoe maken NHG-leden gebruik van hun vereniging? Is dat voor de ervaren huisarts anders dan voor een aios? Ter gelegenheid van 65 jaar NHG laten we leden aan het woord, deze keer over e-health. Wat doen aios Aimée Kok en ervaren huisarts Bart Timmers met e-health en hoe kan het NHG dat (beter) faciliteren?

Hoe gebruiken jullie e-health?

Aimée Kok, aios: ‘Toen ik was gestopt met orthopedie, werkte ik als anios in een assistentloze huisartsenpraktijk, met veel digitale en telefonische consulten. Ik was eerst sceptisch, maar het viel me op dat je net zoveel leuke en persoonlijke patiëntgesprekken had als bij fysieke consulten. Het is efficiënter. Zeker met COVID-19 kon ik meer patiënten helpen. Wel moet het passen bij je populatie en je moet overwegen of je een klacht veilig digitaal kunt afhandelen.
Zorginnovaties vind ik leuk. Maar het loopt vaak stuk op de uitvoering, het proces. Ook in het ziekenhuis zag ik veel goedbedoelde initiatieven, bijvoorbeeld om samen beslissen te verbeteren. Maar als er niet gecommuniceerd kan worden, loop je tegen een muur. De laagdrempelige manier van contact maken, wat de huisarts bij uitstek kan, ligt me daarom beter.’

Ervaren huisarts Bart Timmers: ‘Ik merk dat sommige patiënten juist dichtklappen bij de dokter tijdens het fysieke spreekuur. Die hebben baat bij e-consulten. Andere patiënten vinden de flexibiliteit fijn: over 2 weken terugkomen kan ook digitaal. Ze hoeven geen vrij te nemen en soms zijn hun klachten al over. Of neem telemonitoring. Voor onbegrepen chronische klachten heb ik nu een app. Ik had vaak het gevoel dat ik met mijn rug tegen de muur stond, maar nu kan ik iets bieden, terwijl ik niet verwijs voor een scan of MRI. Ik laat patiënten zien dat ik ze serieus neem; ik volg hun klachten nauwkeurig. Patiënten kunnen met de app ook zelf tot inzichten komen. Ze vertellen me soms dat ze bij het invullen van de app op iets zijn gekomen wat ook te maken kan hebben met hun klachten.’

Aimée Kok, aios huisartsgeneeskunde en orthopedisch chirurg n.p.: ‘Ook als er nog weinig evidence is, zoals bij telemonitoring, kan het NHG duiding bieden.’

Bart Timmers, ervaren huisarts en lid programmacommissie NHG-Congres: ‘Als het NHG een HIS-keurmerk ontwikkelt, kan e-health een grote vlucht nemen.’

Wat kan het NHG doen om e-health makkelijker te maken?

Kok: ‘Richtlijnen vind ik een mooie manier van zorginnovatie. Ze geven randvoorwaarden om wetenschap met de praktijk te verbinden. Je maakt iets werkbaars van wetenschap. Voordat ik begon met huisartsgeneeskunde, werkte ik bij de richtlijnenafdeling van het NHG. Wat nu hot is bij richtlijnenmakers zijn *rapid recommendations*, een manier om versneld aanbevelingen te herzien. Het NHG gebruikt het ook. Hiermee kun je nieuwe inzichten sneller vertalen naar richtlijnen voor de praktijk, zonder kwaliteitsverlies. Zeker in het begin van de COVID-19-pandemie was er veel behoefte aan snelle aanbevelingen. Huisartsen zagen kleine lichtpuntjes in de bestrijding van COVID-19 en riepen het NHG op om snel te kijken naar de evidence van mogelijke geneesmiddelen Veel onderzoek was echter van slechte kwaliteit, met een te kleine controlegroep.
Toch kan het NHG misschien meer en sneller communiceren over innovaties waarvoor nog niet voldoende evidence is. Zoals over telemonitoring en zorg op afstand. Als het NHG duiding geeft, nemen we als beroepsgroep het voortouw om het e-health-zorglandschap te vormen - voordat anderen dat voor ons doen.’

Timmers: ‘Neem zo’n klapper als Thuisarts.nl. Dat is een begrip geworden. Het NHG mag er megatrots op zijn. Zoiets zou ik vaker willen voor e-health. Het NHG speelde de afgelopen 65 jaren een enorme voortrekkersrol in de ICT in de zorgsector, zoals met de HIS-Referentiemodellen en de ICPC’s. Maar de wet van de remmende voorsprong heeft van de HIS’en een blok aan ons been gemaakt. Ze reageren te log.
Het NHG zou het keurmerkinstituut voor HIS’en moeten worden, zodat die aansluiten op de ontwikkelingen van de laatste 10 jaar. Bijvoorbeeld webbased, goede integratie met e-consulten, en koppeling met externe partijen. Als wetenschappelijk instituut is het NHG bij uitstek de partij om bindende regels op te stellen voor alle HIS’en. Het HIS moet de workflow en je praktijk ondersteunen, niet andersom. Als het NHG een keurmerk ontwikkelt voor HIS’en die ook de workflow meenemen, kan e-health een grote vlucht nemen.’

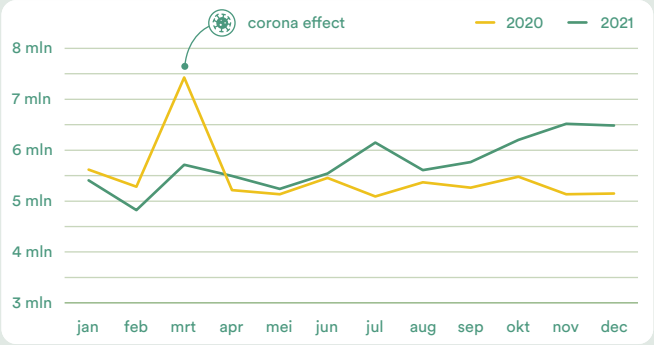
Scan de QR-code voor de uitgebreide versie van dit interview of kijk op nhg65jaar.nl.

THUISARTS.NL
THUIS IN GEZONDHEID

terugblik 2021

bevordert zelfregie, zelfzorg en persoonsgerichte zorg voor iedereen in Nederland.

Aantal bezoeken Thuisarts.nl



Totaal 2021

- 68,9 mln
- 78% mobiel gebruik
- +5% t.o.v. 2020
- 5,7 mln Bezoeken per maand
- 188.738 Bezoeken per dag

Nieuw & geactualiseerd

- Video's
- Onderwerpen 101
  - 71 Medisch specialisten
  - 22 Huisartsen
  - 8 GGZ
- Situaties 290
  - 197 Medisch specialisten
  - 75 Huisartsen
  - 18 GGZ
- Keuzehulpen 5
  - 4 i.s.m. Patiënt+
  - 1 i.s.m. Universiteit Maastricht
- Keuzetabellen 6

Resultaten kwantitatief onderzoek doorontwikkeling Thuisarts.nl onder alle NHG-leden

Q3

Gewenste toevoegingen

1. Informatie kleine kwalen
2. Vertaalfunctie
3. Informatie paramedische zorg

Overige wensen

1. Betere koppeling Thuisarts.nl aan HIS
2. Vergroten naamsbekendheid
3. Thuisarts.nl informatie koppelen aan patiëntenportaal /PGO

Meest bezochte pagina's

830.987
Ik heb pijn op de borst. Wat kan het zijn?

798.490
Ik heb corona

621.518
Ik heb keelpijn

Meest bezochte onderwerpen

1. Corona
2. Blaasontsteking
3. Vaginaal bloedverlies
4. Maagklachten
5. Vaginale afscheiding

Awards

- DNA award: de meest bestendige versneller mét impact
- Populairste gezondheidswebsite van het jaar

Nederlands Huisartsen Genootschap

Thuisarts.nl wordt gemaakt door het Nederlands Huisartsen Genootschap.
De Federatie Medisch Specialisten, Patiëntenfederatie Nederland en Akwa GGZ werken mee aan Thuisarts.nl