

Kop in de cloud?

Een terugbelverzoek op een vrijdagavond in een huisartsenpraktijk van een polderdorp. ‘Mag deze 80-jarige meneer nog een keer paracetamol nemen? Heeft nu 3 keer gehad, voelt zich niet lekker vandaag, geen koorts geen alarmsymptomen,’ schrijft de triagist. Aan de telefoon word ik niet veel wijzer: ‘gewoon niet lekker dokter!’, maar ik hoor inderdaad geen alarmsymptomen en stem in met de extra paracetamol. Een uurtje later zit hij nog steeds in mijn hoofd en ik ga toch maar even langs om poolshoogte te nemen. Zijn vrouw is al gehuld in een mooie roze pyjama, slofjes aan, en hij zit er rustig naast met rode blosjes op zijn wangen. Op mijn verzoek gaan de bretels los en het overhemd uit waardoor hij direct buiten adem raakt. Ik constateer een pneumonie en regel antibiotica. Blij dat ik ben ik gaan kijken! Als ik terugrijd naar de praktijk vraag ik me af hoe deze casus was verlopen in een gedigitaliseerde praktijk. Als deze patiënt de iPad die nog in de doos in de hoek van de kamer lag al aangezwengeld had gekregen, was het dan goed gegaan? Waarschijnlijk had een digitale vragenlijst geleid tot een akkoord voor paracetamol; er waren immers geen alarmsymptomen. Context en niet-pluisgevoel blijven belangrijk in ons vak, voor de patiënt en voor ons. We moeten belangrijke huisartsgeneeskundi-


ge taken niet zomaar laten overnemen door een algoritme. We moeten ons meer bemoeien met deze ontwikkelingen en ons inzetten voor nuttige e-health. Hoe? Lees en beluister (podcast!) eens het boeiende interview met Joost Zaat en Anne Loohuis in deze H&W. Twee huisartsen uit verschillende digitale generaties: Joost met een stapel groene kaarten onder de arm en Anne die de app UrinControl ontwikkelde. Maar hoe weten we nu welke e-health toepassingen relevant en nuttig zijn? Daarover leest u in een samenvatting van het onderzoek van Kasteleyn van Nell in het nieuwsbericht ‘Groot effect maar hoog risico’. Vaak gaat het om gerichte toepassingen zoals het vaststellen van een normaal QT-interval met een I-afleiding-ecg gekoppeld aan een smartphone (ook in dit nummer). In het artikel van Esther Boudewijns leest u wanneer en hoe u persoonsgerichte zorg ook digitaal kan aanbieden. Komt u trouwens ook naar het NHG-congres op 8 april? Ook al mag de kop best meer in de cloud, wij zijn huisarts, dus blijven we met de poten in de klei staan! ■

Annet Sollie, e-redacteur






Wetenschap

- 14 Samen sterk door persoonsgerichte en digitale zorg**
 In dit artikel bespreken auteurs hoe digitale zorg te verenigen met de kernwaarde 'persoonsgerichte zorg'. Digitale tools kunnen de zorg toegankelijker maken, de gezamenlijke besluitvorming verbeteren en het zelfmanagement ondersteunen.
- 24 Naar 0 nieuwe hiv-infecties door proactief testen**
 Optimale hiv-zorg vraagt om een proactieve houding van de huisarts, inclusief het aanbieden van hiv-tests. Daarbij zijn er nog grote regionale verschillen. Er zijn regiospecifieke maatregelen nodig om hiv-tests in de eerste lijn te verbeteren.
- 28 'E-health: zet de huisarts niet op afstand'**
 H&W sprak met 2 huisartsen over hun ervaringen, ideeën en zorgen rond e-health in de huisartsenzorg. Bijna huisarts Anne Loohuis ontwikkelde een app voor vrouwen met ongewenst urineverlies: URinControl. Net gepensioneerd huisarts Joost Zaat begon zijn carrière met de bekende groene kaart.

Praktijk

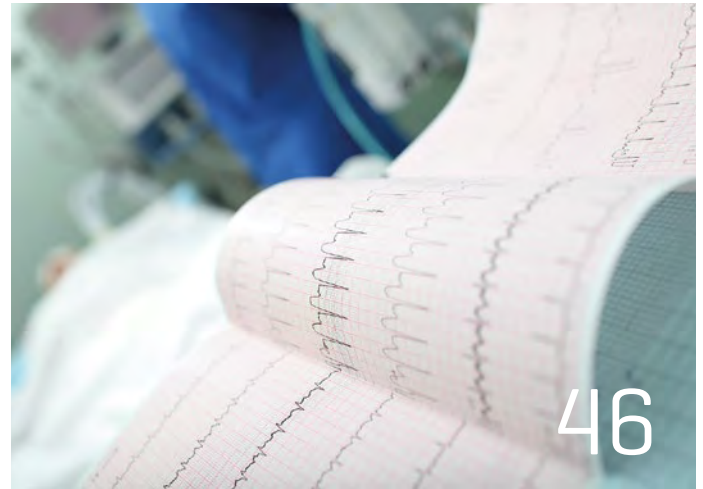
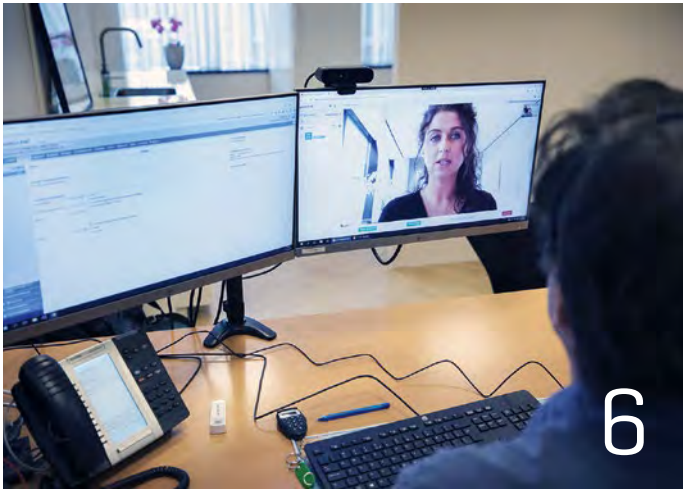
- 19 Ecg-casus 'Trage hartslag'**
 Een sportieve vrouw maakt zich zorgen over haar trage hartslag. De huisarts maakt een ecg en vraagt zich af of er sprake is van een tweedegraads AV-blok.
- 20 Mastitis? Denk aan galactocèle**
 Mastitis puerperalis lijkt een eenvoudige diagnose, maar huisartsen nemen mogelijk te vaak aan dat er bij kraamvrouwen sprake is van een infectieuze oorzaak. Overweeg mastitis door stase (non-infectieus) bij geleidelijk ontstane klachten en afwezigheid van koorts en tepelkloven.
- 35 Transmuraal team tegen oxycodongebruik**
 Het stijgende gebruik van opioïde pijnstillers zorgt voor groeiende problemen met verslaving, intoxicaties en hyperalgesie. Om onnodig gebruik terug te dringen, is een transmurale inspanning vereist van pijnspecialisten, huisartsen en apothekers.
- 38 Aanhoudende schouderklachten na vaccinatie**
 Bij onjuiste toediening van vaccinaties in de bovenarm kunnen binnen 48 uur schouderklachten optreden zoals pijn, bewegingsbeperking en hinder bij dagelijkse activiteiten. De klachten kunnen maanden aanhouden. Een juiste injectietechniek verkleint dit risico.
- 42 Kennistoets 'Transmuraal team tegen oxycodongebruik'**



www.henw.org

- Pessarium of chirurgie bij prolapsklachten?
- Waarom ouderen op de SEH belanden
- Hoe zat het ook alweer met stemvorkproeven?

Illustratie omslag: Anna June



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- E-consult voor bovensteluchtweginfecties en urinewegklachten
- QT-interval meten met smartphone
- Opleving e-health in de eerste lockdown
- Groot effect maar hoog risico: reflectie op veelgebruikte e-healthapps
- Vrouwen prefereren niet altijd een kuur voor blaasontsteking
- Orthostatische hypotensie door medicatie
- Complexe wondzorg kan prima door verpleegkundig specialist

50 Reacties 'Scheur- of lapverwondingen'



Er is verschil van inzicht hoe om te gaan met het verbinden van scheur- of lapverwondingen. Online kwamen diverse reacties binnen.

55 H&W-redacteur Kim van Wijck: 'Artikelen met veel uitdaging geven de meeste voldoening'

56 Leven met een bipolaire stoornis zonder medicatie

Lopend onderzoek naar het welbevinden van mensen met een bipolaire stoornis die op eigen houtje stoppen met medicatie.

57 Boek 'Geschiedenis van de Westerse geneeskunde'

46 Diagnostiek in de nieuwe NHG-Standaard Acut coronair syndroom



De belangrijkste wijziging in de herziene standaard is een efficiëntere opbouw. Huisartsen moeten zich blijven baseren op de anamnese en relatief veel patiënten verwijzen om zo min mogelijk hartinfarcten te missen.

48 Aanpak van langdurige klachten na COVID-19



De nieuwe NHG-Standaard Langdurige klachten na COVID-19 beschrijft de diagnostiek en het beleid voor volwassen patiënten die langer dan 4 weken klachten houden na infectie met SARS-CoV-2.

58 Digitale huisartsenzorg en het NHG

59 NAS zoekt nieuwe leden

De NHG-Adviesraad Standaarden verbetert richtlijnen en kijkt naar toepasbaarheid.

60 'NHG-Instructiefilms compact en makkelijk vindbaar'

Huisartsen Florijn Jacobi en Jorden Moorlag vertellen over de totstandkoming van de NHG-Instructiefilms.

62 Denk met ons mee!

Het NHG werkt aan verbetering van producten en diensten door doorlopend ledenonderzoek te doen.



huisartspodcast.nl/henw

- Beluister de podcasts van de artikelen met dit logo via Spotify, een podcastapp of huisartspodcast.nl/henw.



E-consult voor bovensteluchtweginfecties en urinewegklachten

Aimée Kok-Pigge

Kunnen we het eerste consult bij infectieuze bovensteluchtweg- en urinewegklachten voortaan digitaal doen? Een Zweeds observationeel onderzoek in de eerste lijn toont aan dat 69% van de e-consulten over deze klachten geen fysiek vervolgsconsult opleverde. Een klein deel van de patiënten had urgente klachten waarvoor zij alsnog op het spreekuur moesten komen. Een betere triage zou deze dubbele consulten wellicht kunnen voorkomen.

Tussen maart 2016 en 2019, dus voor de COVID-pandemie, vergeleken onderzoekers het aantal fysieke vervolgsconsulten bij eerstelijnspatiënten na een eerste e-consult met het aantal na een eerste spreekuurconsult. Hiervoor includeerden zij 1236 patiënten met bovensteluchtwegklachten (776 e-consulten versus 460 spreekuurconsulten) en 551 patiënten met urinewegklachten (412 versus 139 consulten). Ongeveer 75% van hen was vrouw. De gemiddelde leeftijd was 41 jaar in de e-consultgroep, en 53 jaar in de spreekuurgroep ($p < 0,0001$).

Twee weken na het eerste contact was het aantal spreekuurconsulten na een e-consult gelijk aan het aantal na een eerste fysiek consult (18%). Binnen 48 uur na het eerste contact was het aantal spreekuurbezoeken na een e-consult significant hoger (16% versus 3%; $p < 0,001$), met name bij respiratoire klachten. Voor ongeveer de helft van de e-consulten was dit echter te verwachten, omdat dit gebeurde op advies van de e-consultdokter (107 consulten). Na exclusie van deze geadviseerde spreekuurconsulten valt het verschil tussen de groepen weg. Ook triagisten lijken aan de e-consultgroep geen extra werk te hebben: het aantal telefonische contacten met de triagist binnen 2 weken na het eerste consult verschilde niet (8%).

Bij 818 e-consulten (69%) werd een zelfzorgadvies gegeven, dus zonder geadvi-

seerd vervolgsconsult. Hiervan kwamen 144 patiënten (18%) alsnog binnen 2 weken op het spreekuur. Het onderzoek had te weinig power om iets te kunnen zeggen over eventuele verschillen in SEH-bezoek en ziekenhuisopnamen. Het blijft een uitdaging om digitale en fysieke contacten goed te verdelen in relatie tot de tijdsinvestering en kwaliteit van geleverde zorg. ‘Dubbele’ consulten als gevolg van vaak geadviseerde fysieke vervolgsconsulten na een e-consult kunnen bovendien leiden tot meer zorgkosten en consulttijd per patiënt. Dit onderzoek toont echter aan dat digitale en fysieke eerste consulten over infectieuze bovensteluchtweg- en urinewegklachten in zorgconsumptie na 48 uur gelijk zijn, en

dat twee derde van de e-consulten sowieso niet leidt tot een spreekuurbezoek. Bij de e-consultzorg binnen 48 uur is er mogelijk wel nog ruimte voor verbetering in triage en continuïteit. ■

Entezarjou A, et al. Health care utilization following “digi-physical” assessment compared to physical assessment for infectious symptoms in primary care. BMC Prim Care 2022;23:4.



Foto: Shutterstock

QT-interval meten met smartphone

Mejrem Ahmetaj, Hanneke Borgdorff

Verlenging van het QT-interval is een zeldzame maar potentieel gevaarlijke bijwerking van enkele veelgebruikte medicijnen, zoals azitromycine en domperidon. Huisartsen maken vaak geen ecg bij het voorschrijven van deze medicatie, onder andere om logistieke redenen. Mogelijk biedt de smartphone hier uitkomst. Volgens recent onderzoek kan een ecg-apparaatje dat aan een smartphone wordt gekoppeld het QT-interval betrouwbaar bepalen bij een normaal QT-interval. Of je een verlengd QT-interval hiermee kunt uitsluiten, is helaas niet onderzocht.

De onderzoekers analyseerden de testeigenschappen van een aan een smartphone gekoppeld ecg-apparaatje voor het aflezen van het QT-interval. Ze vergeleken het 1-afleiding-ecg met een conventioneel 12-afleidingen-ecg bij 125 volwassenen, waarbij de betrokken huisartsen een ecg lieten maken voor een niet-spoedeisende indicatie. De onderzoekers lazen het QT-interval handmatig af, geblindeerd voor klinische gegevens.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 61 jaar, 50% was vrouw en 6% had een ritmestoornis. Het QT-interval gecorrigeerd voor de hartfrequentie (QTcB) verschilde niet significant van

Opleving e-health in de eerste lockdown

Raissa Derckx

De eerste lockdown door de COVID-19-pandemie zorgde voor een plotselinge opleving van zorgverlening op afstand met diverse vormen van e-health. Hoe gaf de huisarts in Nederland vorm aan deze zorg en smaakte dit naar meer? Een vragenlijstonderzoek tijdens de eerste COVID-19-golf wijst op het uitproberen van videoconsulten en een toename van e-consulten en online herhaalrecepten. Uit dat onderzoek blijkt echter ook dat slechts 1 op de 3 praktijken hun e-health-voorzieningen na de pandemie wilde doorzetten.

De onderzoekers zetten 2 vragenlijsten uit onder ruim 4000 huisartsen (van de in totaal bijna 5000 praktijken in het land) via de Nivel-database naar het gebruik van e-health tijdens de COVID-19-epidemie. De eerste vragenlijst (respons van 34%; n = 1433) viel in de 'intelligente' lockdown in april 2020 tijdens een piek van de COVID-19-besmettingen, de tweede in juli 2020 (respons van 17%;

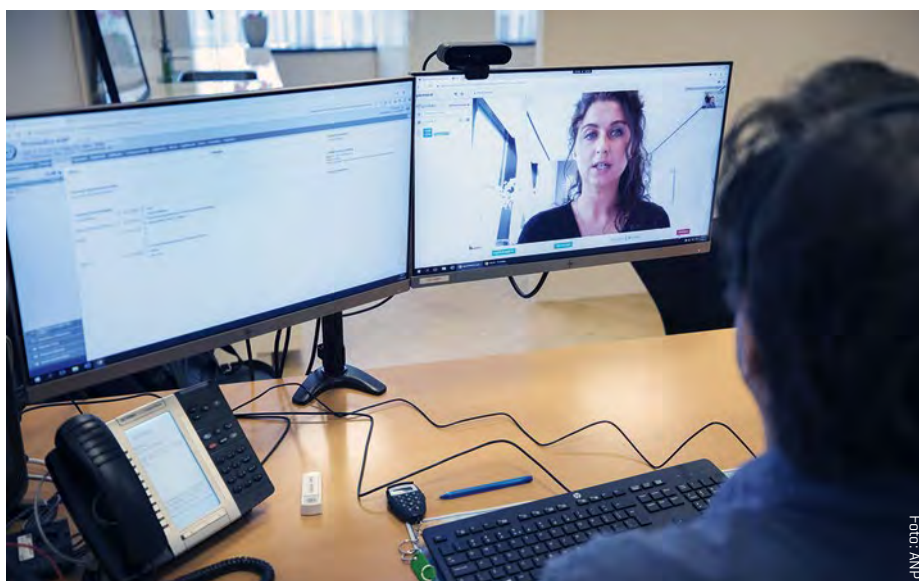


Foto: ANP

n = 719), met minder besmettingen en een opgeheven lockdown. De achtergrondgegevens van de door de praktijken bediende patiëntenpopulaties, zoals opleidingsniveau of leeftijd, waren onbekend. Tijdens de lockdown in april probeerde maar liefst 64% van de responderende

huisartsen voor het eerst videoconsulten uit, met name de groepspraktijken. E-consulten, online herhaalrecepten en teleconsultaties werden intensiever ingezet in respectievelijk 52%, 68% en 73% van de praktijken ten opzichte van de periode vóór de lockdown. In juli steeg het toegenomen gebruik van e-consulten, teleconsulten en online herhaalrecepten licht, maar daalde het gebruik van videoconsulten en telemonitoring. Opvallend was dat maar 5 tot 32% van de praktijken aangaf het toegenomen gebruik van e-health ook na de pandemie te willen voortzetten. Twee procent gaf in juli al aan geen e-health meer toe te passen, met als argumenten weinig meerwaarde en een oudere patiëntenpopulatie. Nu, 2 jaar later, is het perspectief op een vlugge afronding van COVID-19 vervlogen en de online inzage in het medisch dossier inmiddels ingevoerd. Het zou interessant zijn om te zien hoe huisartsen nu tegen deze vormen van e-health aankijken. En wat willen de patiënten? ■

Keuper J, et al. Use of e-health in Dutch general practice during the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021;18:12479.

gemist op het smartphone-ecg (sensitiviteit 0% en specificiteit 99,2%). We kunnen concluderen dat het nog onbekend is hoe betrouwbaar de applicatie een verlengd QT-interval uitsluit. Bovendien zal deze toepassing voor veel huisartsen pas echt drempelverlagend zijn als de app het QT-interval automatisch berekent. Desondanks zijn de resultaten veelbelovend. Het zou mooi zijn als we in de toekomst in de spreekkamer of zelfs thuis het QT-interval eenvoudig konden bepalen. ■

Beers L, et al. Manual QT interval measurement with a smartphone-operated single-lead ECG versus 12-lead ECG: a within-patient diagnostic validation study in primary care. BMJ Open 2021;11: e055072.



het smartphone-ecg en afleiding 1 van het 12-afleidingen-ecg (gemiddeld verschil 1 ms; ± 21 ms standaarddeviatie). Bij 93% van de patiënten was het verschil in QTc-tijd minder dan 40 ms (klinisch acceptabele overeenkomst). Er waren 5 patiënten met een extreme QTc-tijd (te kort ≤ 340 ms of te lang ≥ 480 ms) in afleiding 1; deze werden

Groot effect maar hoog risico: reflectie op veelgebruikte e-healthapps

Annet Sollie

Van informeren en monitoren tot actief verwerken van patiëntenfoto's en data: e-healthapplicaties verschillen in complexiteit. Vooral apps met een hogere complexiteit, dus die patiëntgegevens gebruiken, kunnen meerwaarde hebben. Ze brengen echter ook vragen en risico's met zich mee. Deze apps moeten zich dan ook eerst bewijzen voordat ze worden geïmplementeerd, aldus het advies van Marise Kasteleyn, onderzoeker bij NELL in Leiden. Dat bewijs blijkt nogal eens te ontbreken, ook bij inmiddels veelgebruikte apps. Daarom is het goed als huisartsen kritisch zijn als zij complexe apps willen aanbieden of inzetten in de praktijk.

In een recent verschenen opiniestuk beschrijven Kasteleyn et al. hoe e-healthapplicaties in grofweg 3 opeenvolgende groepen zijn in te delen. Zij volgen hierbij het model van Shaw: 1) apps die voornamelijk informeren, monitoren en volgen; 2) apps die ook interacteren om de communicatie tussen patiënt, zorgverlener en andere betrokkenen te faciliteren en 3) apps die ook nog patiëntgegevens verzamelen, managen en gebruiken.

VIJF VEELGEBRUIKTE APPS

In hun lezenswaardige artikel beschrijven zij 5 (internationaal) veelgebruikte e-healthapps die in deze groepen vallen. Een voorbeeld uit de eerste groep is Thuisarts.nl, dat voornamelijk patiënten informeert. Als voorbeelden uit de tweede groep noemen de auteurs het Amerikaanse SHUTI (Sleep Healthy Using Internet) dat een interactief online

programma biedt voor slapeloosheid met gebruik van Cognitieve Gedragstherapie, en het Deense Liva Healthcare (lifestyle coaching). Uit de derde groep met de complexere applicaties bespreken zij Babylon uit het Verenigd Koninkrijk en het van oorsprong Nederlandse SkinVision. Met deze laatste app kunnen patiënten zelf huidlaesies controleren en volgen, waarbij er een signaal komt wanneer er sprake zou zijn van een mogelijke maligniteit. Babylon is een uitgebreide applicatie die ook door de National Health Service (het Britse openbare gezondheidszorgstelsel) wordt gebruikt en waarbij patiënten op basis van hun ingevoerde symptomen advies krijgen over de al dan niet te ondernemen acties. De applicatie bevat ook functionaliteiten voor virtuele afspraken met de huisarts, digitale prescripties, inzage in het medisch dossier, videoconsulten en een chatbox.



Illustratie: Anna June

Huisartsen kunnen apps uit de eerste en een aantal uit de tweede categorie eigenlijk zonder veel risico inzetten, mits zij van goede kwaliteit zijn, aldus de auteurs. Maar, zo stellen zij, pas op bij applicaties uit de derde categorie. Hier komen privacy- en ethische kwesties bij kijken, onder andere omdat er patiëntgegevens worden opgeslagen en digitale algoritmes worden ingezet. Daarnaast kunnen deze apps gevolgen hebben voor het zorgproces. Deze kunnen zowel positief als negatief zijn. Positieve effecten zijn bijvoorbeeld meer efficiëntie in het zorgproces door thuismetingen of de inzet van algoritmes die zelfs beter presteren dan artsen in bijvoorbeeld diagnostiek en die daardoor gezondheidsuitkomsten verbeteren. Een voorbeeld van een potentieel risico is dat door de inzet van een app als SkinVision het normale diagnostische traject bij de huisarts verandert. De huisarts kan hierdoor het gevoel krijgen minder controle over het zorgproces te hebben en daarmee zou de veiligheid van de patiënt in het geding kunnen komen. Het is belangrijk dat de huisarts weet wat de SkinVision-app wel en niet doet en hoe, zodat de zorg in de praktijk hierbij kan aansluiten en patiënten niet uit beeld raken.

DE MEETLAT

In het artikel worden de 5 hierboven genoemde apps langs de meetlat gelegd en beoordeeld. Dit gebeurt aan de hand van 6 eisen die mogen worden gesteld aan e-healthapplicaties, om er zeker van te zijn dat ze veilig, evidencebased en van hoge kwaliteit zijn. De eisen zijn:

- De app is ontwikkeld in samenwerking met alle 'stakeholders' waaronder patiënten (cocreatie);
- Blended care: de app combineert e-health met reguliere zorg;
- De app is op het individu toegespitst en is 'inclusief' (geschikt voor iedereen);
- De app is breed toepasbaar in verschillende settings (hoog en laag opgeleid/inkomen);
- De app is gebaseerd op wetenschap (evidencebased) en sluit aan bij bestaande richtlijnen;
- De app houdt rekening met ethische issues, privacy-aspecten en patiëntveiligheid.

Het kan lastig zijn voor huisartsen om apps zelf op deze manier te beoordelen, maar het is wel nuttig om te weten welke aspecten van belang zijn mocht u aan de slag gaan met apps. Via bijvoorbeeld Nell (www.nell.eu) en op de websites van H&W en het NHG zijn beoordelingen te vinden van apps en andere e-healthtools.

E-HEALTH INTERNATIONAAL

Landen verschillen sterk in de inzet en implementatie van e-health, al is er nergens een consequente check op de bovengenoemde criteria. Internationaal worden Denemarken en Australië gezien als landen die vooroplopen als het gaat om de ontwikkeling en inzet van e-healthapplicaties. Denemarken omdat dat land een kwalitatief hoogwaardig gezondheidszorgsysteem heeft met een sterke landelijke 'Digital Health Strategy' en een focus op cocreatie, blended care, individualisatie

en ethiek. Digitaal samenwerken tussen huisartsen, verpleeghuizen en andere instellingen wordt daar gefaciliteerd door een systeem. Australië omdat ook daar een landelijke strategie is ontwikkeld voor digitale gezondheidszorg met een duidelijke visie waarin de patiënt centraal staat en een focus is op blended care en co-creatie. Verder zijn Nieuw-Zeeland, diverse Scandinavische landen en Israël relatief ver in het denken over en werken met e-health.

TOT SLOT

Het is zeker zinvol ervaring op te doen met e-health in de vorm van bijvoorbeeld de apps die in dit artikel worden besproken. Het is daarbij wel zaak om te kijken in welke van de 3 groepen de app valt waarmee u wilt werken en kritisch te kijken of deze voldoet aan de 6 kwaliteitseisen. Dit geldt zeker voor apps uit de hoogste categorie, die complexer van aard zijn, een groter positief effect hebben maar dus ook risico's met zich mee kunnen brengen. ■

Kasteleyn MJ, et al. SERIES: eHealth in primary care. Part 5: A critical appraisal of five widely used eHealth applications for primary care - opportunities and challenges. Eur J Gen Pract 2021;27:248-56.

Shaw T, et al. What is eHealth? development of a conceptual model for eHealth: qualitative study with key informants. J Med Internet Res 2017;19:e324.

Vrouwen prefereren niet altijd een kuur voor blaasontsteking

Marian van den Brink

Een substantieel deel van de vrouwen is bereid om bij de behandeling van een urineweginfectie af te zien van antibiotica. Zij kiezen voor een andere behandeling, ook als die minder optimaal is maar wel antibioticaresistentie kan verminderen. Dat blijkt uit een recent preferentieonderzoek onder 833 Nederlandse vrouwen.

De onderzoekers benaderden via sociale media volwassen vrouwen (gemiddelde leeftijd 44 jaar) en vroegen hen een zogenoemd Discreet Keuze Experiment in te vullen. Hierbij kregen de vrouwen 16 theoretische scenario's voorgelegd met verschillende keuzeopties over de behandeling van een urineweginfectie. De opties betroffen onder andere behandelduur, tijd tot klachtenverbetering, risico op bijwerkingen of complicaties en bijdrage aan antimicrobiële resistentie.

De vrouwen waren bereid om een behandeling met een grotere kans op complicaties of een langere tijd tot klachtenverbetering te accepteren, als dat zou kunnen helpen antimicrobiële resistentie te voorkomen. De vrouwen vonden vrijwel alle behandelkenmerken belangrijk, maar ze verschilden in hun behandelvoorkeur. Jongere vrouwen en vrouwen die eerder een urineweginfectie hadden doormaakt, hadden een sterkere voorkeur voor snelle symptoombestrijding vergeleken met oudere vrouwen of vrouwen zonder een urineweginfectie in de voorgeschiedenis. Vrouwen met een laag of middelbaar opleidingsniveau vonden het minder belangrijk antimicrobiële resistentie te voorkomen dan vrouwen met een hoog opleidingsniveau.

Het onderzoek betreft een theoretisch keuzemodel. Het moet nog blijken of deze voorkeur ook nog geldt als de betreffende vrouw zich bij de praktijk meldt met daadwerkelijke klachten van een urineweginfectie. Bovendien kan werving via sociale media hebben geleid tot selectiebias: vrou-

wen met een hoog opleidingsniveau waren bijvoorbeeld oververtegenwoordigd (81%). Toch kan de bevinding dat veel vrouwen bereid zijn om niet (direct) met antibiotica te starten ons sterken een afwachtend beleid, eventueel met pijnstilling, bespreekbaar te maken. Bij gezonde, niet-zwangere vrouwen met een blaasontsteking kan

hierop meer nadruk liggen in onze voorlichting in de spreekkamer en door de doktersassistente aan de telefoon. ■

Van der Worp H, et al. Identifying women's preferences for treatment of urinary tract infection: a discrete choice experiment. BMJ Open 2021;11:e049916.



Foto: Shutterstock

Orthostatische hypotensie door medicatie

Britt Berntzen, Hanneke Borgdorff

Orthostatische hypotensie is een veelvoorkomend probleem en is geassocieerd met een verhoogd risico op vallen, cardiovasculaire aandoeningen en sterfte. Gebruik van medicatie kan daarbij een rol spelen. Uit een recente systematische meta-analyse blijkt dat bètablokkers en tricyclische antidepressiva vergeleken met placebo het grootste risico op orthostatische hypotensie geven. Het advies is om bij deze medicatie extra alert te zijn.

Meer dan 250 medicijnen zijn geassocieerd met orthostatische hypotensie. Een overzichtsonderzoek naar de mate waarin verschillende medicatiegroepen bijdragen aan orthostatische hypotensie ontbrak tot voor kort, maar

is nu beschikbaar. De onderzoekers includeerden 69 gerandomiseerde trials tussen 1970 en 2019 waarin het risico op orthostatische hypotensie van 9 medicatiegroepen werd vergeleken met placebo. Het betrof in totaal 27.079 volwassen deelnemers. De onderzoekspopulaties waren divers qua leeftijd, comorbiditeit en prevalentie van orthostatische hypotensie (tussen 0% en 8,9%), hetgeen samenhangt met de verschillende indicaties voor de medicatie.

Bètablokkers en tricyclische antidepressiva waren geassocieerd met een sterk verhoogd risico op orthostatische hypotensie (respectievelijk oddsratio (OR)

Vervolg op pagina 13

Complexe wondzorg kan prima door verpleegkundig specialist

Mirrian Hilbink

Er is gebrek aan bewijs voor de (kosten) effectiviteit van de behandeling van gecompliceerde wonden binnen de eerste lijn. Dat is voor de huisarts mede een reden om wondpatiënten te verwijzen naar het ziekenhuis of een gespecialiseerd wondexpertisecentrum. Dat kan anders. De behandeling van complexe wonden door een verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk blijkt effectief en zorgt voor grote patiënttevredenheid en acceptabele kosten. Dit blijkt uit de recente evaluatie van een kwaliteitsverbeterproject over de organisatie van wondzorg binnen de huisartsenpraktijk.

Een verpleegkundig specialist van een eerstelijns gezondheidscentrum in Eindhoven volgde meerdere trainingen over de behandeling van gecompliceerde wonden en nam vervolgens de complexe wond-



zorg in de praktijk op zich. Ten behoeve van de evaluatie van deze organisatorische verandering in wondzorg verzamelden onderzoekers demografische en klinische patiëntkenmerken alsook gegevens over wondzorg, genezingspercentages en kosten uit het patiëntendossier. Daarnaast vulden patiënten een vragenlijst in over de tevredenheid van zorg.

Aan dit evaluatieonderzoek namen 25 patiënten deel, met in totaal 42 wonden. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 69 jaar (range 22-98 jaar). In 64% van de gevallen was er sprake van 1 wond (range 1-3). De meest voorkomende wondsoorten waren traumatische wonden (23,8%), niet-gespecificeerde ulcera (21,4%) en brandwonden (14,3%).

Het genezingspercentage van de door de verpleegkundig specialist behandelde gecompliceerde wonden was 82%, met een gemiddelde behandelduur van 9,7 weken. Bij de resterende 18% van de wonden waarbij geen genezing optrad was de gemiddelde behandelduur 81,8 weken. De gemiddelde behandelkosten bedroegen €155 voor genezen patiënten en €1241 voor patiënten bij wie geen wondgenezing optrad. De gemiddelde patiënttevredenheidsscore voor de ontvangen wondzorg was 8,7 (schaal 0-10).

Behandeling van complexe wonden in de eerste lijn kan dus prima, zoals dit project laat zien. Ervaring en trainingsniveau van de verpleegkundig specialist zijn waarschijnlijk cruciale factoren voor het welslagen ervan. De auteurs bevelen dan ook aan dit punt mee te nemen indien anderen dit succesvolle voorbeeld willen navolgen. ■

Taidouch A, et al. Complex wound care by a nurse practitioner in primary care: a quality improvement evaluation on healing rates, costs and patient satisfaction. Br J Community Nurs 2021;26:S14-S21.

met orthostatische hypotensie, maar in mindere mate. Calciumkanaalblockers, ACE-remmers, angiotensinereceptorblockers, SSRI's en alle vasodilatoren gaven geen verhoogd risico op orthostatische hypotensie.

De resultaten van de geïncludeerde onderzoeken zijn niet zomaar met elkaar te vergelijken vanwege de verschillen in populatie, onderzoeksgrootte en onderzoeksopzet. Er waren weinig ouderen geïncludeerd. Ook is onbekend of de patiënten bij gebruik van antihypertensiva normotensief waren. Desondanks is ons advies om bij de genoemde medicatiegroepen extra alert te zijn op het optreden van orthostatische hypotensie. ■

Bhanu C, et al. Drug-induced orthostatic hypotension. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS Med 2021;18:e1003821.

Vervolg van pagina 10



7,8; 95%-BI 2,5 tot 24,0 en 6,3; 95%-BI 2,9 tot 13,9). Ook alfablokkers (OR 1,9; 95%-BI 1,3 tot 2,6), tweedegeneratie-antipsychotica (OR 2,4; 95%-BI 1,4 tot 4,1), alfa-agonisten (OR 2,4; 95%-BI 1,6 tot 3,7) en SGLT2-remmers (OR 1,2; 95%-BI 1,1 tot 1,4) waren geassocieerd

Samen sterk door persoonsgerichte en digitale zorg

Esther Boudewijns, Annerika Gidding-Slok, Jako Burgers

Digitale zorg voor chronische patiënten heeft zich in de huisartsenpraktijk de afgelopen jaren stormachtig ontwikkeld, mede door COVID-19. Past die ontwikkeling wel bij persoonsgerichte zorg? Het NHG-Standpunt E-health voor huisarts en patiënt uit 2015 is positief-kritisch en ook de auteurs van deze beschouwing denken dat het kan. Ze geven nieuwe voorbeelden uit de praktijk die dat bevestigen, maar stippen ook de randvoorwaarden aan: training, toegankelijkheid en verder onderzoek naar de effecten.

Persoonsgerichte zorg is al decennialang een kernwaarde van de huisartsgeneeskunde. Met de toename van chronische ziekten wordt dit steeds belangrijker. Wij vragen van chronisch zieken steeds meer dat ze een actieve rol innemen in het managen van hun ziekte. Dat vraagt om een persoonsgerichte aanpak, afgestemd op de mogelijkheden en wensen van de patiënt. Welke rol kan digitale zorg hierin spelen? Met voorbeelden reflecteren we op hoe persoonsgerichte digitale zorg binnen de huisartsgeneeskunde vorm kan krijgen, waar de 2 elkaar kunnen versterken, en welke kanttekeningen er zijn.

PERSOONSGERICHTE ZORG

Momenteel heeft meer dan de helft van de Nederlanders minstens 1 chronische aandoening en hun aantal zal de komende jaren nog verder stijgen.¹ Voor de zorg betekent dit een verandering. Het wordt belangrijker dat chronisch zieken zo goed mogelijk leren omgaan met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in hun leven.² Daardoor komt er meer nadruk te liggen op gezondheidsvaardigheden en zelfmanagement; inzicht geven in de klachten en gezamenlijke besluitvorming worden belangrijker.³ Patiënten verschillen echter aanzienlijk in de mate waarin ze eigen regie kunnen en willen voeren, en in de wijze waarop ze daarbij ondersteund willen worden. Dat vraagt om een meer persoonsgerichte aanpak. Persoonsgerichte zorg is al jarenlang een kernwaarde van de huisartsgeneeskunde, maar over de definitie is geen consensus.^{4,5} In dit artikel beschouwen wij persoonsgerichte zorg als ‘een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem, waarbij de zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt maar de persoon die de klacht presenteert’.⁶

DIGITALE ZORG

Het NHG-Standpunt Huisarts, patiënt, en e-health omschrijft e-health als ‘het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren’.⁷ Digitale zorg was de laatste 2 decennia al in opkomst, en die ontwikkeling is door de COVID-19 pandemie in een stroomversnelling geraakt.⁸⁻¹⁰

Het NHG heeft criteria geformuleerd voor goede digitale zorgtoepassingen. Die zijn onder andere: er moet ervaring mee zijn, de effecten moeten bekend zijn, binnen de toepassing moet online en offline zorg gecombineerd kunnen worden en over de invoering in de praktijk moet helder gecommuniceerd worden.

Voor digitale zorg binnen de huisartsgeneeskunde zijn 3 domeinen te onderscheiden.¹¹ Het eerste domein is het faciliteren van online interactie en zorg op afstand; denk aan e-consulten, beeldbellen en de mogelijkheid om online afspraken te maken en herhaalrecepten aan te vragen.¹² Uit een recente systematische review van 28 onderzoeken bleek dat teleconsultaties in de eerste lijn (waaronder beeldbellen) net zo effectief waren als face-to-facezorg, mits de gebruikers voldoende getraind waren en de technische randvoorwaarden in orde waren.¹³ Het tweede domein is monitoren en informeren via mobiele apparaten (smartphones, tablets, klinische apparaten, sensoren, wearables), via apps en via online kanalen.¹¹ Voorbeelden zijn spirometers en glucosemeters in de thuissituatie, korte gevalideerde vragenlijsten in apps en de informatie op Thuisarts.nl, zoals de keuzehulpen.¹⁴ Het derde domein van digitale zorg is het opslaan en beheren van *big data* en op basis daarvan verder ontwikkelen van medische besluitvorming en interventies. Dit laatste domein is nog niet operationeel in de dagelijkse praktijk van de huisarts, maar kan wel degelijk een belangrijke rol gaan spelen, bijvoorbeeld bij het opstellen van nieuwe risicomodellen.¹⁵ In deze beschouwing beperken we ons tot de eerste 2 domeinen.

MOGELIJKHEDEN VAN PERSOONSGERICHTE DIGITALE ZORG

Gaan digitale zorg en een persoonsgerichte aanpak goed samen; zijn ze wellicht complementair? Het antwoord ligt in de term ‘persoonsgericht’: digitale zorg is welkom voor zover zij de mogelijkheid biedt om zorg-op-maat te leveren. Er zijn diverse

digitale *tools* die dit in de eerste lijn kunnen faciliteren. Ze verschillen in de wijze waarop ze persoonsgerichte zorg ondersteunen, de mate waarin ze geïntegreerd zijn in het contact met de huisarts of gekoppeld zijn aan het huisartsensysteem, en de aandoeningen waarvoor ze bedoeld zijn (ziektespecifiek of generiek). Hoe kunnen deze tools persoonsgerichte zorg bevorderen? Ten eerste kunnen ze de zorg toegankelijker maken.¹⁶ Patiënt en huisarts kunnen vragen stellen en beantwoorden op momenten dat het hun uitkomt en de patiënt kan de vraag rechtstreeks aan de huisarts stellen, zonder tussenkomst van een assistente. Patiënten hoeven niet meer naar de huisartsenpraktijk te komen en kunnen onderwerpen naar voren brengen die ze liever niet in de spreekkamer bespreken.¹⁶ Een voorbeeld is beeldbellen met de POH-ggz.

Ten tweede helpt digitale zorg huisartsen en patiënten om beter en gedetailleerder inzicht te krijgen in de gezondheid van de patiënt. De patiënt kan tussen de consulten door metingen uitvoeren van bijvoorbeeld de bloeddruk of het glucosegehalte, of gedrag en gevoelens monitoren met bijvoorbeeld de VierDimensionale KlachtenLijst en de PsyMate™.¹⁵ Sommige toepassingen kunnen vroegtijdig een verslechtering signaleren, zoals de FibriCheck voor afwijkende hartritmes of EmmaCOPD voor longaanvallen. Zo kan de huisarts tijdig zorg leveren en krijgt de patiënt meer grip op – en daardoor meer regie over – de eigen situatie.¹⁷

Verder bieden online vragenlijsten of apps de patiënt de mogelijkheid zich voor te bereiden op een consult. Daardoor wordt diens rol in het consult veel actiever. Als je van tevoren kunt nadenken over wat je belangrijk vindt en over wat je wilt

DE KERN

- Digitale zorg wordt steeds belangrijker; de huisarts-geneeskunde staat voor de uitdaging deze ontwikkeling te verenigen met de kernwaarde 'persoonsgerichte zorg'.
- Persoonsgerichte zorg is per definitie maatwerk en digitale zorg kan daarbij aanvullend ingezet worden – binnen de mogelijkheden voor de patiënt.
- Digitale zorg mag de 'menselijkheid van de zorg' niet in de weg staan, mag niet leiden tot consumentisme en moet compatibel zijn met de huidige werkwijzen.
- Digitale *tools* kunnen de zorg toegankelijker maken voor de patiënt, de gezamenlijke besluitvorming verbeteren en het zelfmanagement ondersteunen, mits er voldoende aandacht besteed wordt aan de digitale vaardigheden van patiënten, POH's en huisartsen.

bespreken met de huisarts, heb je meer ruimte voor reflectie op je persoonlijke situatie. Dat bevordert de gezamenlijke besluitvorming.¹⁸ Voorbeelden zijn de website 3 goede vragen (<https://3goede vragen.nl/>) en de Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen, die in ontwikkeling is (www.linnean.nl). Ook kan online informatie bijdragen aan de gezamenlijke besluitvorming. Denk aan de keuzehulpen op Thuisarts.nl.¹⁴ Die geven overzichtelijk weer wat de opties zijn en welke voor- en nadelen daaraan kleven, en dragen eraan bij dat patiënten beter in staat zijn hun behandeldoelen te bepalen en hun waarden en voorkeuren te benoemen.¹⁹



Illustratie: Ama June

Tabel

Voorbeelden van digitale tools die persoonsgerichte zorg kunnen ondersteunen

Tool	Korte beschrijving	Ziektespecifiek of generiek	Gekoppeld aan HIS/KIS	Faciliteert persoonsgerichte zorg				
				maakt zorg toegankelijker	geeft een overzicht van de gezondheid	helpt om het consult voor te bereiden	biedt online informatie	ondersteunend voor zelfmanagement
4DKL [VierDimensionale KlachtenLijst] ³⁰	Vragenlijst voor het meten van 4 symptoomdimensies: <i>distress</i> , depressie, angst en somatisatie. De huisarts kan de 4DKL gebruiken om: <ul style="list-style-type: none"> ■ psychosociale klachten te onderscheiden van depressieve en angststoornissen ■ de ernst van het lijden te kwantificeren ■ somatisatieklachten te signaleren ■ het beloop van problemen te monitoren 	ziektespecifiek	✓	✓	✓	✓	✗	✓
EmmaCOPD ²²	Online zelfmanagementplatform dat COPD-patiënten verbindt met alle personen die hen ondersteunen bij het managen van hun ziekte. Een smartwatch houdt de bewegingsactiviteit en het slaappatroon bij. Doel is toekomstige longaanvallen te voorspellen en de patiënt te helpen meer stappen per dag te zetten	ziektespecifiek	✗	✗	✓	✗	✗	✓
FibriCheck ³¹⁻³³	App die het hartritme meet via een smartphonecamera. De gebruiker ontvangt een uitgebreid rapport met advies. De metingen kunnen door experts beoordeeld worden	ziektespecifiek	✗	✓	✓	✗	✗	✓
MiGuide ³⁴	App voor patiënten met diabetes type 2, gericht op leefstijl en gedragsverandering. De patiënt krijgt coaching op het gebied van voeding, beweging, glucose en ontspanning.	ziektespecifiek	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PsyMate ^{TM20,35}	Geïntegreerd platform [app, database en rapportage] om inzicht te krijgen in het functioneren van mensen in het dagelijks leven op basis van <i>experience sampling</i> . Gedachten, gevoelens, ervaringen en gedrag kunnen in kaart gebracht worden.	generiek	✗	✗	✓	✗	✗	✓
Thuisarts.nl ³⁶	Onafhankelijke publiekswaarsite met betrouwbare en toegankelijke informatie over gezondheid en ziekte, gemaakt door huisartsen en medisch specialisten	generiek	✗*	✓	✗	✓	✓	✓
Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen ^{37,38}	Instrument dat de ervaren last van een aandoening via een figuur met ballonnen inzichtelijk maakt. Patiënt en huisarts of POH kunnen de ballonnen bespreken en vervolgens doelen stellen.	generiek	✓	✓	✓	✓	✓	✓

* Met uitzondering van 1 HIS.

Tot slot kan digitale zorg het zelfmanagement ondersteunen. Er zijn applicaties die de patiënt helpen om persoonlijke doelen te stellen, die informatie en adviezen geven en die vragen beantwoorden.^{17,20,21} Hierdoor kan zorg op maat geboden worden ook op momenten dat de patiënt niet in de spreekkamer zit. Een voorbeeld is MiGuide.¹⁷

In de [tabel] hebben we enkele digitale zorgtoepassingen bijeengebracht die persoonsgerichte zorg kunnen ondersteunen. Van een deel ervan is aangetoond dat ze meerwaarde hebben in

de huisartsenpraktijk, maar om hun bijdrage aan daadwerkelijk persoonsgerichte zorg te bepalen is meer onderzoek nodig.^{5,22-24}

KANTTEKENINGEN BIJ PERSOONSGERICHTE DIGITALE ZORG

Op het eerste gezicht lijken persoonsgerichte zorg en digitale zorg lastig te combineren. Door de online interacties en zorgop-afstand leidt digitale zorg juist tot minder face-to-face-contact en soms ook tot anonimiteit, bijvoorbeeld bij triage door algoritmes. Bij digitale zorg zijn gevoelens en emoties

MIGUIDE

MiGuide is een app die patiënten met diabetes type 2 helpt meer regie te krijgen over hun eigen gezondheid. Patiënten kunnen in de app dagelijks bijhouden wat ze eten en hoeveel ze bewegen, ze kunnen hun medisch dossier inzien en ze kunnen zelf metingen toevoegen zoals gewicht, glucosewaarden en bloeddruk. Omdat de app is geïntegreerd in het HIS heeft zowel de patiënt als de huisarts direct toegang tot de relevante gegevens, zodat ze allebei een beter en gedetailleerder inzicht krijgen in de gezondheid van de patiënt. De app bevat een vragenlijst ter voorbereiding van consulten en van het jaarlijkse diabetesgesprek, met informatie over de ziekte en de behandelopties. Zo wordt de gezamenlijke besluitvorming gefaciliteerd. De app ondersteunt zelfmanagement via de mogelijkheid om passende behandeldoelen in te voeren en coaching en advies-op-maat te geven op basis van de verzamelde gegevens en het patiëntendossier. De app heeft ook een chatfunctie en wordt daarmee een digitaal verlengstuk van de praktijk, dat de zorg beter toegankelijk maakt voor de patiënt thuis.

moeilijker in te schatten en is de non-verbale communicatie van de patiënt niet goed mee te nemen, al helemaal wanneer die volledig wegvalt zoals bij e-consulten.²⁵ Dit heeft implicaties voor de ‘menselijkheid’ van de huisartsenzorg en voor vertrouwen en vertrouwelijkheid daarin; het maakt het lastiger de persoon centraal te stellen.¹⁹ Bij relatief simpele klachten of uitslagen daarentegen kan online interactie een consult goed vervangen. Afgewogen moet worden welke zorg kan worden vervangen of ondersteund (*blended care*) door digitale zorg.¹⁹ Een tweede kanttekening is dat goed gebruikmaken van digitale zorg digitale vaardigheden vereist. Niet iedereen is vertrouwd met smartphone of DigiD, of heeft voldoende toegang tot internet, bijvoorbeeld vanwege de kosten. Dit kan leiden tot ongelijkheid in de zorg.^{26,27} Ook huisartsen verschillen in hun digitale vaardigheden en interesses. Bij de introductie van digitale ondersteuning moet er voldoende aandacht zijn voor training en scholing.

Ten derde zijn er al jarenlang zorgen over patiënten die zich door de enorm toegenomen beschikbaarheid van informatie steeds meer opstellen als consumenten.²⁸ De afwegingen van de huisarts worden soms overschaduwed door de wensen van de patiënt. Persoonlijke interactie blijft daarom altijd belangrijk in een persoonsgerichte aanpak.

Een laatste kanttekening is dat een digitale tool compatibel moet zijn met de werkwijze en het informatiesysteem van de huisarts, en niet te veel tijd moet vragen.²⁹ Als gegevens niet compact en overzichtelijk worden gepresenteerd, doen huisartsen er minder mee. Dan wordt dataverzameling al snel een doel op zich, zonder bij te dragen aan persoonsgerichte zorg. Er moeten duidelijke afspraken zijn over wie op welk moment verantwoordelijk is voor de doorgegeven informatie. Het mag niet gebeuren dat een

ZIEKTELASTMETER VOOR CHRONISCHE AANDOENINGEN

De Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen is een instrument dat patiënten, huisartsen en POH's helpt inzicht te krijgen in de last die de patiënt ervaart van de aandoening, het zelfmanagement ondersteunt en de zorg toegankelijker maakt. Voorafgaand aan een consult vult de patiënt een vragenlijst in. De antwoorden worden omgezet in een figuur met ballonnen die inzichtelijk maken waar het goed gaat en wat er beter kan (in de figuur kunnen meerdere chronische aandoeningen worden gecombineerd, bijvoorbeeld hartfalen en COPD). De afbeelding helpt patiënten een consult voor te bereiden door vooraf te bedenken wat ze belangrijk vinden en waarover ze graag willen praten. Tijdens het consult kunnen de huisarts of POH en de patiënt bij iedere ballon behandeladviezen aanklikken, wat de gezamenlijke besluitvorming ondersteunt. Vervolgens kan de patiënt persoonlijke doelen stellen en wordt er een zorgplan gemaakt waarmee de patiënt thuis concreet aan de slag kan gaan. Tussentijds kan de patiënt ook zichzelf monitoren door de vragenlijst in te vullen en te kijken of de ballonnen verder de lucht in zijn gegaan.

patiënt informatie deelt waarop direct actie ondernomen moet worden, bijvoorbeeld een lage saturatie of een lage glucosewaarde, en die niet vertaald wordt in een directe zorgvraag. In de [kaders] beschrijven we als voorbeeld 2 digitale tools (MiGuide en de Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen). MiGuide biedt de patiënt thuis ondersteuning bij het omgaan met diabetes in het dagelijks leven. De Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen ondersteunt patiënt en huisarts of POH bij het gesprek over het opstellen, monitoren en bijstellen van behandeldoelen.

CONCLUSIE

Digitale zorg kan persoonsgerichte zorg ondersteunen door betere toegankelijkheid, informatievoorziening en ondersteuning van zelfmanagement. Scholing en training aan huisartsen zijn nodig om de mogelijkheden van digitale zorg op een optimale manier in de praktijk te benutten. Met voorbeelden hebben we gedemonstreerd hoe vanuit de kernwaarde persoonsgerichte zorg kan worden gekeken naar ontwikkelingen in het digitale zorgaanbod. Daarbij onderstrepen we het belang van digitale zorg, mits deze op maat en binnen de mogelijkheden van de patiënt wordt geleverd. ■

LITERATUUR

1. Nivel. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit 2019. Utrecht: Nivel, 2019. <https://www.vzinfo.nl>, geraadpleegd maart 2022.
2. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163.
3. Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, et al. Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts Wet* 2014;57:120-4.

4. Van der Horst H, Dijkstra R, Woudschoten 2019. *Huisarts Wet* 2019;62:19-22.
5. Burgers JS, Van der Weijden T, Bischoff EW. Challenges of research on person-centered care in general practice: a scoping review. *Front Med* 2021;8:669491.
6. Eindrapport project Generiek raamwerk IZP: anders leren werken. Utrecht: NHG/InEen, 2017.
7. Van Duivenboden J. *Huisarts, patiënt en e-health*. Utrecht: NHG, 2015.
8. Van Lettow B, Wouters M, Sinnige J. *E-health, wat is dat?* Den Haag: Nictiz, 2019.
9. Neves AL, Li E, Gupta PP, Fontana G, Darzi A. Virtual primary care in high-income countries during the COVID-19 pandemic: Policy responses and lessons for the future. *Eur J Gen Pract* 2021;27:241-7.
10. Van Hattem NE, Silven AV, Bonten TN, Chavannes NH. COVID-19's impact on the future of digital health technology in primary care. *Fam Pract* 2021;38:845-7.
11. Shaw T, McGregor D, Brunner M, Keep M, Janssen A, Barnett S. What is eHealth (6)? Development of a conceptual model for eHealth: qualitative study with key informants. *J Med Internet Res* 2017;19:e324.
12. Meurs M, Keuper J, Sankatsing V, Batenburg R, Van Tuyl L. De rol van e-health in de organisatie van zorg op afstand in coronatijd. Utrecht: Nivel, 2020.
13. Carrillo de Albornoz S, Sia K-L, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Fam Pract* 2022;39:168-82.
14. Van der Weele G, Burgers J. Hulp van NHG-Standaarden bij gedeelde besluitvorming. *Huisarts Wet* 2018;61:25-8.
15. Van der Kleij RM, Kasteleyn MJ, Meijer E, Bonten TN, Houwink EJ, Teichert M, et al. SERIES: eHealth in primary care. Part 1: Concepts, conditions and challenges. *Eur J Gen Pract* 2019;25:179-89.
16. De Jong M, Stuart E, Faber M, Lamain A. *E-consult: Hoe regelen we dat?* Utrecht/Den Haag: NHG, LHV, Nictiz, 2018.
17. Talboom-Kamp E, Numans M, Chavannes N. *Persoonsgerichte zorg met e-health*. *Huisarts Wet* 2018;61:45-8.
18. Daniëls R, Vogelzang F, Den Boer J, De Booys M. *Handreiking gezamenlijk besluitvorming over doelen en zorgafspraken*. Maastricht/Utrecht: Zuyd Hogeschool/InEen/NHG/Zorginstituut Nederland, 2017.
19. Boers SN, Jongsma KR, Lucivero F, Aardoom J, Büchner FL, De Vries M, et al. SERIES: eHealth in primary care. Part 2: exploring the ethical implications of its application in primary care practice. *Eur J Gen Pract* 2020;26:26-32.
20. Verhagen SJ, Berben JA, Leue C, Marsman A, Delespaul PA, Van Os J, et al. Demonstrating the reliability of transdiagnostic mHealth Routine Outcome Monitoring in mental health services using experience sampling technology. *PloS one* 2017;12:e0186294.
21. Steele Gray C, Gill A, Khan AI, Hans PK, Kuluski K, Cott C. The electronic patient reported outcome tool: testing usability and feasibility of a mobile app and portal to support care for patients with complex chronic disease and disability in primary care settings. *JMIR Mhealth Uhealth* 2016;4:e58.
22. Van Buul AR, Derksen C, Hoedemaker O, Van Dijk O, Chavannes NH, Kasteleyn MJ. eHealth program to reduce hospitalizations due to acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: retrospective study. *JMIR Form Res* 2021;5:e24726.
23. Slok AH, Kotz D, Van Breukelen G, Chavannes NH, Rutten-van Mölken MP, Kerstjens HA, et al. Effectiveness of the Assessment of Burden of COPD (ABC) tool on health-related quality of life in patients with COPD: a cluster randomised controlled trial in primary and hospital care. *BMJ Open* 2016;6:e011519.
24. Van Dael J, Gillespie A, Neves AL, Darzi A. Patient-clinician communication research for 21st century health care. *Br J Gen Pract* 2022;72:52-3.
25. Granja C, Janssen W, Johansen MA. Factors determining the success and failure of eHealth interventions: systematic review of the literature. *J Med Internet Res* 2018;20:e10235.
26. Lyles CR, Wachter RM, Sarkar U. Focusing on digital health equity. *JAMA* 2021;326:1795-6.
27. Neves AL, Van Dael J, O'Brien N, Flott K, Ghafur S, Darzi A, et al. Use and impact of virtual primary care on quality and safety: The public's perspectives during the COVID-19 pandemic. *J Telemed Telecare* 2021;1357633X211066235.
28. Jung HP, Wensing M, Grol R. Tussen paternalisme en consumentisme: Het dilemma van de huisarts. *Huisarts Wet* 2001;44:594-600.
29. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implement Sci* 2016;11:146.
30. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet* 1996;39:538-47.
31. Proesmans T, Mortelmans C, Van Haelst R, Verbrugge F, Vandervoort P, Vaes B. Mobile phone-based use of the photoplethysmography technique to detect atrial fibrillation in primary care: diagnostic accuracy study of the FibrCheck app. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7:e12284.
32. Beerten SG, Proesmans T, Vaes B. The effect of a case-finding app on the detection rate of atrial fibrillation compared with opportunistic screening in primary care patients: protocol for a cluster randomized trial. *Trials* 2021;22:525.
33. Beerten SG, Proesmans T, Vaes B. A heart rate monitoring app (FibrCheck) for atrial fibrillation in general practice: pilot usability study. *JMIR Form Res* 2021;5:e24461.
34. MiGuide. <https://miguide.nl>, geraadpleegd 27 oktober 2021.
35. Verhagen SJ, Daniëls NE, Bartels SL, Tans S, Borkelmans KW, De Vugt ME, et al. Measuring within-day cognitive performance using the experience sampling method. A pilot study in a healthy population. *PloS one* 2019;14:e0226409.
36. Drenthen T, Beijeraert RP, Jansen PW, Korevaar JC, Smelee IJ. *Thuisarts.nl, hoe bevalt dat? Ervaringen na 3 jaar Thuisarts.nl*. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A 8282.
37. Boudewijns EA, Claessens D, Van Schayck OC, Keijsers LC, Salomé PL, Bilo HJ, et al. ABC-tool reinvented: development of a disease-specific Assessment of Burden of Chronic Conditions (ABCC)-tool for multiple chronic conditions. *BMC Fam Pract* 2020;21:11.
38. Boudewijns EA, Claessens D, Joore M, Keijsers LC, Van Schayck OC, Winkens B, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of the Assessment of Burden of Chronic Conditions (ABCC) tool in patients with COPD, asthma, diabetes mellitus type 2 and heart failure: protocol for a pragmatic clustered quasi-experimental study. *BMJ open* 2020;10:e037693.

Boudewijns EA, Gidding-Slok AH, Jako Burgers JS. Samen sterk door persoonsgerichte en digitale zorg. *Huisarts Wet* 2022;65(4):14-8. DOI:10.1007/s12445-022-1423-0. Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde: E.A. Boudewijns, promovendus huisartsgeneeskunde, esther.boudewijns@maastrichtuniversity.nl; dr. A.H.M. Gidding-Slok, onderzoeker. NHG, Utrecht: prof. dr. J.S. Burgers, huisarts, leerstoelhouder Nederlands Huisartsen Genootschap 'Bevorderen van persoonsgerichte zorg in richtlijnen'. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ecg-casus 'Trage hartslag'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 54-jarige vrouw meldt zich bij de huisarts.

Voorgeschiedenis: Blanco.

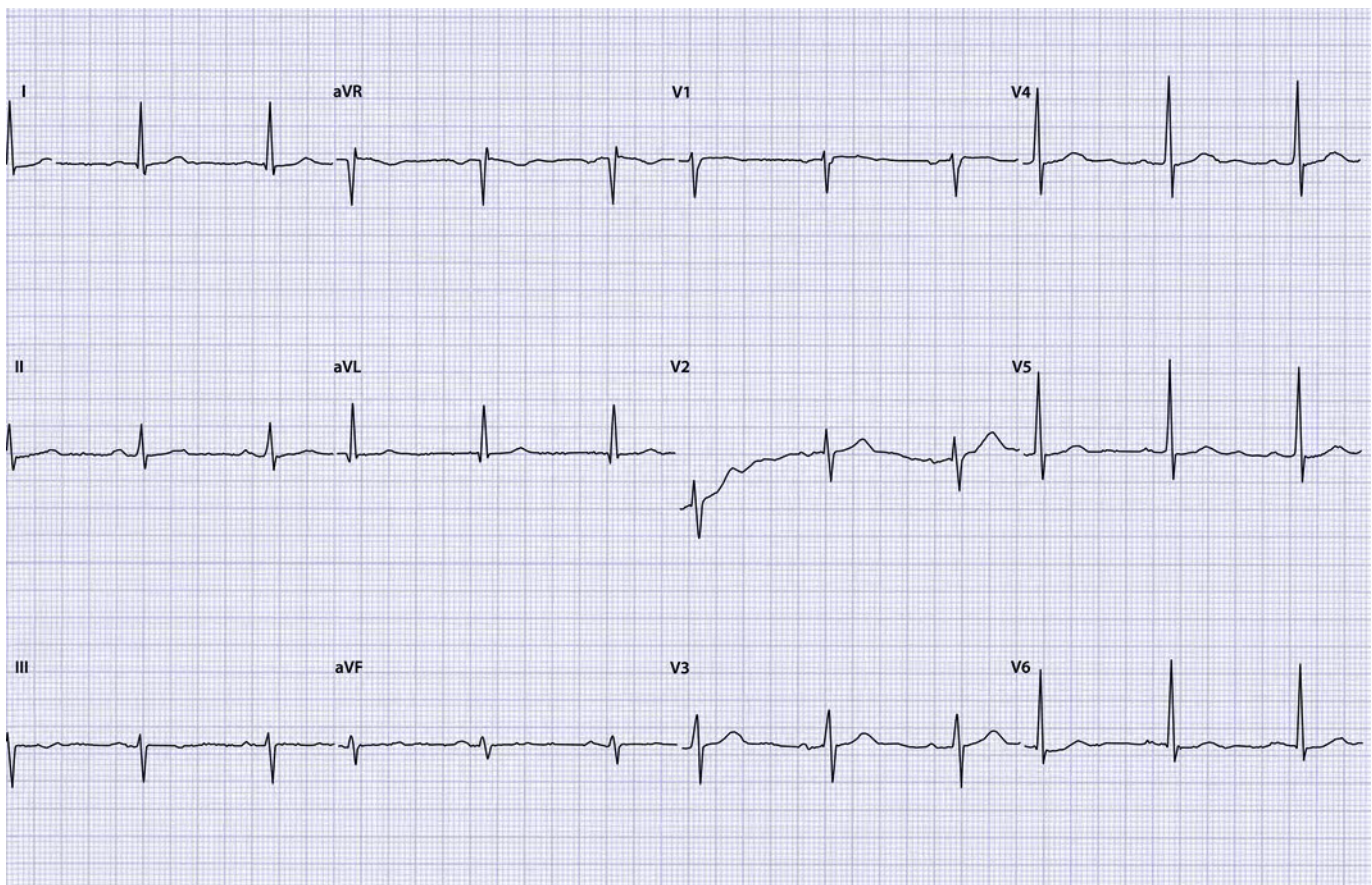
Medicatie: Geen.

Anamnese: De patiënte zag op de meter van een fitnessapparaat dat ze een trage hartslag heeft. Ze meet nu in rust soms een polsfrequentie van 50/min. Ze kan zich normaal inspannen.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 138/80 mmHg, pols 54/min, regu-

lair. Saturatie 98%. Hart: normale tonen, geen soufflé. Longen: symmetrisch, vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. Enkels: geen oedeem.

De huisarts maakt een ecg om te beoordelen of er een ritme- of geleidingsstoornis is. Ze twijfelt nu of ze op het ecg een tweedegraads AV-blok ziet.



Illustratie : Guusje Bertholet

OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG-10⁺.^{1,2}
2. Is er sprake een tweedegraads AV-blok of niet?

➤ Het antwoord vindt u op pagina 45 en op www.henw.org bij dit artikel, zoek op 'Ecg-casus' en 'Trage hartslag'.

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.

Mastitis? Denk aan galactocele

Freek Fickweiler

Jaarlijks komt er per huisartsenpraktijk 1 tot 2 keer een patiënte met mastitis op het spreekuur, waarbij het meestal om kraamvrouwen gaat. De ontsteking wordt veroorzaakt door een infectie of door stase van melk in de melkgangen. In dat laatste geval ontstaat er door de ontstekingsreactie een acute cellulitis van het interlobulaire borstklierweefsel. Er is vaak sprake van unilaterale borstpijn, roodheid en zwelling met algehele malaise en koorts. Het is lastig om klinisch onderscheid te maken tussen een infectieuze en een andere oorzaak van de borstontsteking. Mogelijk stellen huisartsen de diagnose infectieuze mastitis bij kraamvrouwen daardoor te vaak.

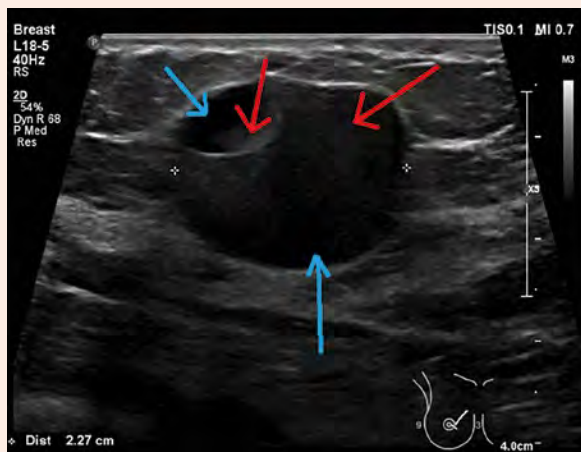
CASUS

Een 32-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis meldt zich bij haar huisarts met een matig pijnlijke zwelling in haar rechterborst. Ze heeft net een kindje gekregen en geeft borstvoeding. Bij lichamelijk onderzoek oogt ze matig ziek, maar ze heeft geen koorts. De huisarts ziet dat de huid rood is. Hij palpeert een drukpijnlijke, gladde zwelling zonder fluctuatie en vindt geen aanwijzingen voor lymfadenopathie, tepelkloven, tepelintrekking of andere zichtbare afwijkingen aan de huid of tepel, noch contourverschillen. Hij denkt aan een infectieuze mastitis, geeft adviezen en schrijft antibiotica voor.

Een maand later is de zwelling nog steeds niet weg. Bij onderzoek palpeert haar huisarts nu een gladde, vrij te mobiliseren, niet drukpijnlijke zwelling, zonder tekenen van infectie en vermoedelijk enige fluctuatie. Uit echografie blijkt dat de patiënte een uit 2 delen bestaande cyste heeft: een deel bestaat uit vet/melk [figuur, rode pijlen] en het andere deel uit water [blauwe pijlen]. Haar huisarts concludeert dat het om een galactocele gaat. Via een punctie wordt een melkachtige substantie geaspireerd. Ze merkt direct verlichting. Na een maand is ze klachtenvrij.

Figuur

Echobeeld van een galactocele. De rode pijlen wijzen een hogere dichtheid/reflectie aan, dus vet/melk. De blauwe pijlen wijzen waterscheidings-/verdeling aan.



Mastitis bij kraamvrouwen heeft niet altijd een infectieuze oorzaak.

Foto: Shutterstock

BESCHOUWING

Er zijn 2 vormen van mastitis: infectieus en niet-infectieus/veroorzaakt door stase.¹ Wanneer stase de oorzaak is, kan een galactocele ontstaan. Galactocelen zijn goedaardige melkcysten die ontstaan door obstructie van melkklierducti. De oorzaak is (steriele) inflammatie, veroorzaakt door een stase. Soms is een tumor de oorzaak. Ze ontwikkelen zich meestal geleidelijk, maar kunnen ook abrupt ontstaan als een vrouw ineens met borstvoeding stopt. Meestal is er sprake van een pijnloze, gladde, unilaterale, mobiele zwelling. Daarmee zijn galactocelen klinisch niet te onderscheiden van andere benigne afwijkingen in de borst. Huisartsen duiden de zwelling vaak als benigne, waarop ze besluiten af te wachten.^{1,2} Wanneer het om een galactocele gaat, is dat gerechtvaardigd, want de meeste zullen binnen een aantal weken tot maanden spontaan resorberen en nauwelijks klachten geven. Dat de diagnose lastig kan zijn of wordt gemist, lijkt dus meestal klinisch niet van belang. Dat wordt anders als er (ook) bevindingen zijn die kunnen passen bij andere oorzaken.³ Zo kunnen galactocelen gepaard gaan met pijn, tekenen van infectie, infiltraatvorming, fluctuatie, een onregelmatige oppervlakte of fixatie bij palpatie. Dan valt ook te denken aan mastitis puerperalis, lactatie- of fibroadenomen, een abces, een pseudolipoom of een mammacarcinoom.¹⁻³ Als de zwelling of klacht een aantal weken na het staken van de borstvoeding nog niet over is, kan echografie of mammografie helpen bij het achterhalen van de mogelijke

DE KERN

- Mastitis komt veel voor in de huisartsenpraktijk.
- Ook non-infectieuze oorzaken kunnen een rol spelen.
- Wanneer de zwelling en/of kenmerken die wijzen op een non-infectieuze oorzaak aanhouden, kan echografie duidelijkheid verschaffen.

oorzaken.³⁻⁵ Ter bevestiging van een galactocele volgt aansluitend een punctie. Wanneer daarbij een melkachtige substantie wordt geaspireerd, kan de diagnose galactocele worden gesteld.

De huisarts uit de casus dacht aanvankelijk dat de vrouw een infectieuze mastitis had omdat ze net een kind had gekregen, borstvoeding gaf en matig ziek was. Het lichamelijk onderzoek paste ook bij een borstontsteking. Een infectieuze oorzaak zien we echter vaker bij tepelkloven, een acuut begin van de symptomen en koorts. De klachten waren geleidelijk ontstaan en in eerste instantie was de zwelling niet pijnlijk, maar alleen hinderlijk omdat haar bh niet meer goed paste. Bij nadere beschouwing paste het verloop beter bij een mastitis die door stase was ontstaan (non-infectieus) en was frequent voeden of kolven en afwachten tot spontane resorptie optreedt een beter beleid geweest.

CONCLUSIE

Mastitis puerperalis lijkt een eenvoudige diagnose, maar huisartsen nemen mogelijk te vaak aan dat er bij kraamvrouwen sprake is van een infectieuze oorzaak. Overweeg mastitis

door stase (non-infectieus) bij geleidelijk ontstane klachten, afwezigheid van tepelkloven en afwezigheid van koorts. De behandeling bestaat uit frequent voeden of kolven en afwachten, en niet uit antibiotica. Wanneer de mastitis langer bestaat, kan zich door stase een galactocele ontwikkelen. Heroverweeg de werkd Diagnose wanneer de zwelling aanhoudt, en vraag echografie of mammografie aan om de hypothese te toetsen. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Zwangerschap en kraamperiode. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Utrecht: NHG, 2012. <https://richtlijnen.nhg.org>. Geraadpleegd: 26 december 2021.
2. Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:595-605.
3. Son EJ, Oh KK, Kim EK. Pregnancy-associated breast disease: radiologic features and diagnostic dilemmas. *Yonsei Med J* 2006;47:34-42.
4. Sabate JM, Clotet M, Torrubia S, Gomez A, Guerrero R, De las Heras P, et al. Radiologic evaluation of breast disorders related to pregnancy and lactation. *Radiographics* 2007;27:S101-24.
5. Min Jung Kim MD, Eun-Kyung Kim MD. Galactoceles mimicking suspicious solid masses on sonography. *J Ultrasound Med* 2006;25:145-51.

Fickweiler F. Mastitis? Denk aan galactocele. *Huisarts Wet* 2022;65(4):20-3. DOI:10.1007/s12445-022-1412-3. Huisartsen Assen-West, Assen: F. Fickweiler, huisarts, ffickweiler@huisartsenassen.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

CORRECTIE COPYRIGHT FOTO UW DIAGNOSE 'PIGMENT ONDER DE DERMATOSCOOP'

Bij Uw diagnose 'Pigment onder de dermatoscoop' is per ongeluk de verkeerde naam vermeld bij foto 6 Parallel patroon (handpalmen en voetzolen). Deze foto is van Maartje Spit en niet van André Moyakine.

De foto is te vinden in de papieren H&W-uitgave van maart, op pagina 56 en op www.henw.org (zoek op 'Uw diagnose' en 'Pigment onder de dermatoscoop').



Foto 6 Parallel patroon (handpalmen en voetzolen). Foto: Maartje Spit

Op weg naar 0 nieuwe hiv-infecties door proactief testen

Saskia Bogers, Denise Twisk, Hannelore Götz, Jan van Bergen

Huisartsen verzorgen het grootste deel van de soa-consulten en stellen een derde van de hiv-diagnoses. Wij onderzochten hoe vaak huisartsen op hiv testen, en vergeleken hoe dit aantal zich verhoudt tot het aantal hiv-tests dat de Centra Seksuele Gezondheid (CSG's) uitvoeren. Het bleek dat er tussen huisartsen en CSG's aanzienlijke demografische en regionale verschillen bestonden in het aantal hiv-tests per 10.000 personen. Onze bevindingen wijzen er op dat huisartsen vanwege hun unieke positie (vroeg herkennen van symptomen) nog een slag kunnen maken in het tijdig opsporen van hiv, wat onder andere verdere hiv-transmissie kan voorkomen.

Nederland is goed op weg om de internationale UNAIDS-doelstellingen voor 2030 te behalen. Die doelstellingen zijn dat 95% van de mensen met hiv hun hiv-status weet, 95% van deze groep wordt behandeld en 95% van de mensen onder behandeling een onderdrukte virale load heeft.¹ In Nederland leven naar schatting 23.700 mensen met hiv, van wie 7% dit nog niet weet.² Hoewel er in Nederland steeds minder nieuwe hiv-infecties voorkomen, blijft testen op hiv een belangrijke strategie voor tijdige opsporing, behandeling en hiermee transmissiereductie. Huisartsen stellen een derde van de hiv-diagnoses, waarvan 44% in een laat stadium. Daarbij is sprake van een ernstig verlaagde cellulaire afweer of aids.^{2,3} Eerder onderzoek heeft aangetoond dat kansen voor vroegere opsporing van hiv in de huisartsenpraktijk nog meer benut kunnen worden. Zo verrichtten huisartsen bij een derde van de seksueel overdraagbare aandoeningen (soa-)consulten bij mensen met een hoog risico op hiv geen hiv-test, terwijl de NHG-Standaard Het soa-consult dit wel adviseert.^{4,5}

De afgelopen jaren is het aantal soa-consulten bij huisartsen gestegen. In 2019 verzorgden huisartsen 70% van de soa-consulten en stelden ze 79% van de soa-diagnoses.³ De overige soa-consulten in de eerste lijn werden verzorgd door de Centra Seksuele Gezondheid (CSG's; de

zogenaamde soa-poli's). De CSG's voeren aanvullend op de reguliere zorg door de huisarts diagnostiek en counseling uit voor geselecteerde risicogroepen, onder wie personen die zijn gewaarschuwd voor een soa, personen met soa-gerelateerde klachten, mannen die seks hebben met mannen (MSM), personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied en jongeren < 25 jaar. Het aantal soa-consulten door de CSG's is al jaren relatief stabiel door een financieringsplafond dat is opgelegd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.³

Het is niet bekend hoe vaak huisartsen op hiv testen. Omdat huisartsen en CSG's verschillen in patiëntenpopulatie en toegankelijkheid, kan een vergelijking van het aantal hiv-tests en het percentage positieve tests tussen deze 2 zorgverleners inzicht geven in kansen voor vroegere opsporing van hiv in de eerste lijn.

METHODE

Omdat er in Nederland een aanzienlijke variatie is in de hiv-epidemie (43% van de mensen met hiv woont in de 4 grootste steden), hebben we ervoor gekozen om 5 regio's met verschillende stedelijkheidsniveaus te includeren.²

Voor deze regio's (de steden Amsterdam en Rotterdam, en de gebieden Maastricht, Twente en Noord-Nederland) onderzochten we aan de hand van laboratoriumgegevens het aantal hiv-tests bij de huisarts, en hoe zich dit verhoudt tot het aantal tests van het CSG van dezelfde regio. Een hiv-test definieerden we als een hiv-antistoftest, hiv-antigeentest of een combotest (waarbij getest wordt op het p24-antigeen en hiv-antistoffen). Herhaalde hiv-tests binnen 21 dagen, inclusief combotests in het geval van een positief resultaat, telden we niet mee. Daarnaast moesten

Dit is een praktijkgerichte bewerking van Bogers SJ, Twisk DE, Beckers LM, Götz HM, Meima B, Kroone M, et al. Who is providing HIV diagnostic testing? Comparing HIV testing by general practitioners and sexual health centres in five regions in the Netherlands, 2011-2018. Sex Transm Infect 2021;sextrans-2021-055109. Publicatie gebeurt met toestemming.

de postcodes van de zorgverlener en de patiënt dezelfde regio betreffen. Hiv-tests als onderdeel van prenatale screening sloten we uit.

Omdat huisartsen binnen 1 regio voor diagnostiek gebruik kunnen maken van verschillende laboratoria, maakten we per regio een benadering van het percentage huisartsen in die regio dat is vertegenwoordigd in de laboratoriumgegevens (de dekkingsgraad). De regionale dekkingsgraad varieerde van 72% tot 92%. Het aantal hiv-tests bij de huisarts corrigeerden we door het aantal tests te vermenigvuldigen met 100/dekkingsgraad. De CSG-testgegevens werden per regio compleet aangeleverd.

Over de periode 2011 tot 2018 berekenden we per regio het gemiddelde aantal hiv-tests per 10.000 inwoners per jaar (verder *test rates* genoemd) en het gemiddelde percentage positieve hiv-tests. We stratificeerden de resultaten ook per geslacht en leeftijdscategorie (15-29 jaar, 30-44 jaar, 45-59 jaar en ≥ 60 jaar). De verhouding in aantal hiv-tests tussen huisartsen en het CSG drukten we uit in rate ratio's (RR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI). Die berekenden we met gegeneraliseerde additieve modellen met een negatieve binomiale distributie vanwege overdispersie van de gegevens (zie voor meer informatie het oorspronkelijke artikel). Het gemiddelde percentage positieve hiv-tests van de 2 zorgverleners vergeleken we met chi-kwadraattoetsen. We analyseerden de gegevens met R-3.6.3.

RESULTATEN

In totaal analyseerden we gegevens over 505.167 hiv-tests, waarvan de meeste werden uitgevoerd in Amsterdam (59%) en Rotterdam (19%). In absolute aantallen testten de CSG's

WAT IS BEKEND?

- Huisartsen stellen 36% van de nieuwe hiv-diagnoses, waarbij 44% van de gevallen zich in een vergevorderd stadium bevindt. Meer dan 60% van de patiënten met hiv bezocht de huisarts in het jaar voorafgaand aan de hiv-diagnose.
- De NHG-Standaard Het soa-consult adviseert proactief testen op hiv bij een positieve soa-test, risicogroepen en hiv-indicatoraanvoeningen.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen testen minder vaak op hiv dan Centra Seksuele Gezondheid [88 versus 137 per 10.000 inwoners]. Vooral mannen en 15- tot 29-jarigen worden minder vaak door huisartsen getest.
- Bij zowel huisartsen als CSG's was 0,4% van de hiv-tests positief.
- Huisartsen spelen een belangrijke rol in het aanbod van hiv-diagnostiek en er bestaan tussen huisartsen en het CSG grote regionale verschillen in het aantal hiv-tests.



Huisartsen kunnen nog een slag maken in het tijdig opsporen van hiv, wat onder andere verdere hiv-transmissie kan voorkomen.

Foto: Shutterstock

meer dan de huisartsen (respectievelijk 64% en 36%), en 65% van alle CSG-tests werd in Amsterdam uitgevoerd.

Gemiddeld aantal hiv-tests (2011-2018)

Uit de vergelijking van de test rate per 10.000 inwoners binnen 1 regio bleek deze in Amsterdam, en in de gebieden Maastricht en Twente, bij huisartsen 20% tot 50% lager te zijn dan bij het CSG. Het verschil tussen huisartsen en het CSG was het grootst in Amsterdam, waarbij huisartsen ongeveer de helft minder testten (RR 0,47; 95%-BI 0,44 tot 0,50). In Rotterdam en Noord-Nederland was de test rate van huisartsen en het CSG vergelijkbaar. Uit gestratificeerde analyses naar geslacht bleek dat huisartsen mannen in alle regio's minder vaak testten dan het CSG. Huisartsen in Amsterdam en Twente testten mannen ongeveer de helft minder, voor andere regio's lag dit rond 20%. Voor vrouwen wisselde het aandeel van de huisarts per regio, met 50% minder in Amsterdam tot 30% meer in Rotterdam. Uit gestratificeerde analyses naar leeftijd bleek dat de leeftijdsgroep 15- tot 29-jarigen in alle regio's het vaakst op hiv werd getest. De test rate onder 15- tot 29-jarigen was 80% (Amsterdam) tot 30% (Rotterdam) lager bij huisartsen dan bij het CSG. Oudere leeftijdsgroepen werden vaker door de huisarts getest.

Aantal hiv-tests per jaar

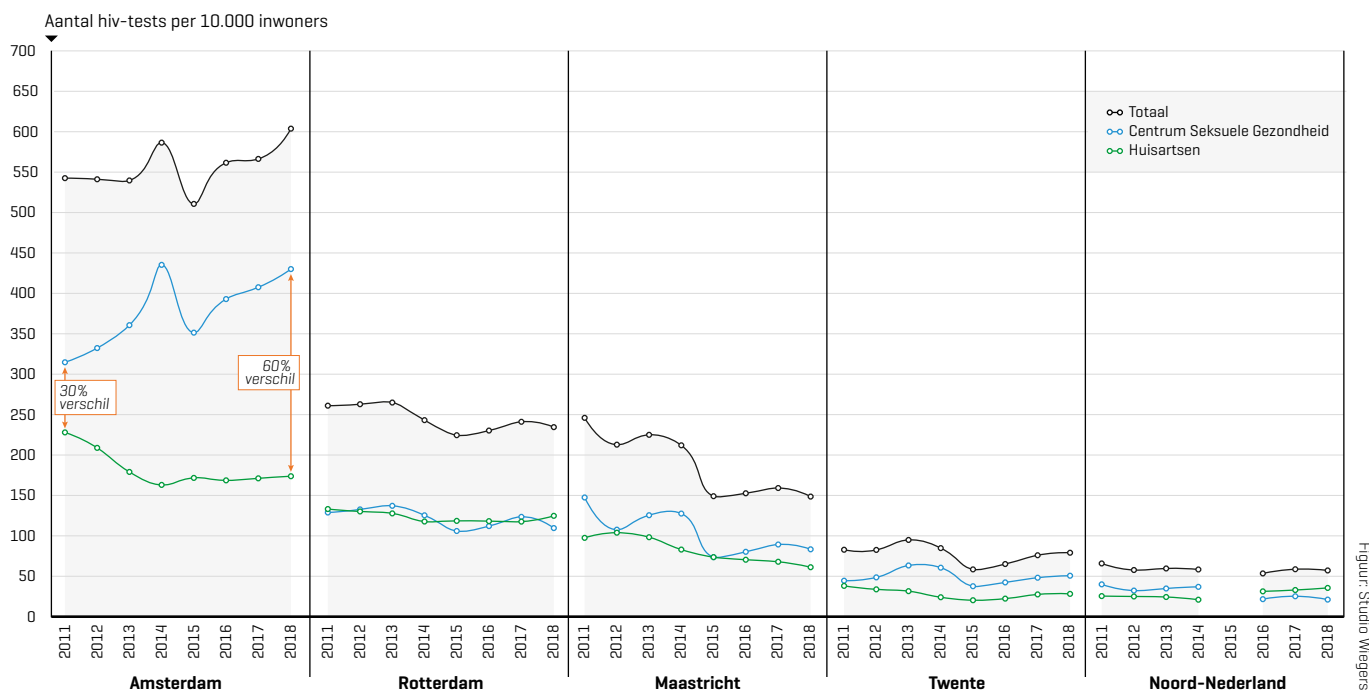
Van 2011 tot 2018 zagen we in Amsterdam en Twente een daling in de test rates van huisartsen ten opzichte van het CSG. Zo testten Amsterdamse huisartsen in 2011 bijvoorbeeld zo'n 30% minder dan het CSG, terwijl dit in 2018 60% minder was. Voor de huisartsen komt dit per normpraktijk neer op 45 tests in 2011 en 31 tests in 2018. In andere regio's bleef de verhouding tussen huisartsen en CSG's stabiel [figuur].

Gemiddelde hiv-positiviteit (2011-2018)

Het gemiddelde percentage positieve hiv-tests voor alle regio's samen was 0,4% voor zowel huisartsen als CSG's. Alleen in Amsterdam vonden we een statistisch significant verschil in

Figuur

Totaal aantal hiv-tests per 10.000 inwoners door huisartsen en het Centrum Seksuele Gezondheid in 5 Nederlandse regio's, per jaar (2011-2018).



Figuur: Studio Wiegers

CSG: Centrum Seksuele Gezondheid. NNL: Noord-Nederland

het percentage positieve tests tussen huisartsen en het CSG (respectievelijk 0,7% en 0,3%). In andere regio's was er geen verschil tussen huisartsen en het CSG.

BESCHOUWING

Huisartsen in Amsterdam, Twente en Maastricht bleken minder vaak op hiv te testen dan het CSG, terwijl huisartsen en het CSG in Rotterdam en Noord-Nederland even vaak op hiv testten. Huisartsen testten vooral jongeren en mannen minder vaak. Waarschijnlijk komt dat deels doordat groepen die het vaakst op hiv worden getest doelgroepen van de CSG's zijn, zoals jongeren tot 25 jaar en MSM. Toch laten onze resultaten zien dat de huisarts een belangrijke speler is in de hiv-diagnostiek: het percentage positieve tests was gelijk of hoger bij huisartsen in vergelijking met de CSG's, ondanks de risicoselectie bij de CSG's. Door die risicoselectie zijn de CSG's niet voor iedereen even toegankelijk.^{6,7} De toegang tot de huisarts is wél voor iedereen laagdrempelig, al kan het eigen risico voor patiënten een drempel vormen om laboratoriumdiagnostiek te laten uitvoeren. Het relatief hoge vindpercentage bij huisartsen is deels te verklaren doordat ze selectief testen, bijvoorbeeld bij klachten of aandoeningen die passen bij een hiv-infectie. De CSG's testen bijna alle bezoekers (mensen met een hoog risico). Dankzij hun unieke positie spelen huisartsen een belangrijke rol in de hiv-diagnostiek – voor zowel risicogroepen, als voor personen die daartoe niet behoren of vinden dat ze daartoe niet behoren.

Regionale variatie

We vonden grote regionale verschillen in hiv-diagnostiek door huisartsen, ook tussen regio's met vergelijkbare stedelijkheidsniveaus, zoals Amsterdam en Rotterdam. Het is bekend dat er een grote regionale variatie bestaat in de hiv-epidemie in Nederland, met een clustering in de Randstad.² Ook kunnen andere factoren invloed hebben op het hiv-testgedrag van patiënt en huisarts, zoals verschillen in fysieke en financiële toegankelijkheid, en culturele en religieuze achtergrond. Daarom blijft het belangrijk om hiv-diagnostiek proactief aan te bieden, ongeacht culturele of religieuze factoren. Toch is de inzet van campagnes en aanvullende interventies die zorgverleners en patiënten bewust moeten maken van de risico's en symptomen die bij hiv passen, niet in het hele land hetzelfde. Een voorbeeld van interventies op stadsniveau zijn de nascholingsessies over hiv- en soa-diagnostiek voor huisartsen door het H-TEAM in Amsterdam (www.hteam.nl).⁸ Dergelijke initiatieven kunnen de risico-inschatting verbeteren en bewustwording van zowel patiënten als huisartsen bevorderen. Proactief testen op hiv vormt een uitdaging, zeker wanneer huisartsen in de praktijk zelden of nooit een hiv-infectie zien [kader]. Toch is proactief testen op indicatie ook bij een relatief zeldzame aandoening als hiv zinvol en kosteneffectief, omdat tijdige diagnose hiv-gerelateerde complicaties en verdere transmissie voorkomt.⁹ Vooral in regio's waar het CSG minder test en de hiv-prevalentie relatief laag is, blijft de huisarts de primaire aanbieder van hiv-diagnostiek. Bovendien valt de

PRAKTISCHE TIPS VOOR PROACTIEF TESTEN OP HIV

- Test bij een soa-consult altijd op hiv bij patiënten die behoren tot een risicogroep: mannen die seks hebben met mannen, patiënten met wisselende seksuele contacten, patiënten afkomstig uit een soa-/hiv-endemisch gebied, sekswerkers en patiënten met partners uit een risicogroep.
- Bied patiënten met een hiv-indicatoraandoening een hiv-test aan. Maak hierbij bijvoorbeeld duidelijk dat u zeldzame oorzaken van deze aandoening, zoals hiv, wilt uitsluiten. Veelvoorkomende indicatoraandoeningen in de huisartsenpraktijk zijn: virale hepatitis, een Pfeiffer-achtig beeld, herpes zoster, [atypisch/therapieresistent] seborroïsch eczeem, en onverklaarde klachten, zoals chronische diarree of gewichtsverlies. Bied ook altijd een hiv-test aan bij andere bewezen soa's.
- Test laagdrempelig op hiv in praktijken met een hiv-prevalentie van > 2/1000 personen. Bied bijvoorbeeld een hiv-test aan bij een verzoek om een check-up of tijdens een preventieconsult, of bij een nieuwe patiënt.
- Verwijs bij een positief hiv-testresultaat zo snel mogelijk naar een hiv-internist voor overname en behandeling. Snellere behandeling verbetert de gezondheidsuitkomsten en voorkomt verdere transmissie.
- Overweeg hiv-negatieve patiënten met een hoog risico op hiv pre-exposure profylaxe (PrEP) aan te bieden. Voor advies hierover kunt u terecht bij de SeksHAG. Zie ook: Vragen over Pre-expositie Profylaxe (PrEP) tijdens het spreekuur van het NHG.
- Zie ook de korte instructiefilm bij dit artikel op www.henw.org.

meeste winst in het optimaliseren van hiv-diagnostiek bij de huisarts te behalen, aangezien de CSG's – met uitzondering van jongeren < 25 jaar – via een opt-outbeleid al standaard op hiv testen. Behalve proactief op hiv testen op grond van risicogedrag, is het belangrijk om te testen bij klachten die passen bij een acute hiv-infectie (griepachtige verschijnselen, koorts, atypische huiduitslag, onverklaarde chronische diarree, en orale- en genitale ulcera), en bij patiënten die met hiv-indicatoraandoeningen op het spreekuur komen.^{5,10} Het gaat hier om aandoeningen die vaker voorkomen bij mensen met hiv (met een hiv-prevalentie van > 0,1%) en mogelijk wijzen op een onderliggende hiv-infectie. Relevante voorbeelden voor de huisartsenpraktijk zijn herpes zoster, atypisch of therapieresistent seborroïsch eczeem, virale hepatitis en andere soa,

zoals beschreven staat in de NHG-Standaard Het soa-consult en de LCI-Richtlijn Hivinfectie.^{5,10} Routinematig op hiv testen bij indicatoraandoeningen is kosteneffectief, ook wanneer er vooraf geen selectie wordt gemaakt op basis van risicofactoren voor hiv.¹¹ Wanneer huisartsen deze aanbevelingen opvolgen wordt de kans op gemiste hiv-diagnoses zo klein mogelijk. Hiermee verbetert de prognose van de patiënt en wordt verdere hiv-transmissie voorkomen.

Dit is het eerste onderzoek dat gebruikmaakt van laboratoriumgegevens, waardoor we het aantal hiv-tests door huisartsen objectief konden meten. Omdat de gegevens van de CSG's volledig waren, corrigeerden we de huisartsengegevens voor de dekkingsgraad om een betrouwbare vergelijking te kunnen maken. Een beperking van dit onderzoek is dat we alleen keken naar het aantal hiv-tests per jaar, en niet naar het aantal unieke geteste patiënten. Voor bepaalde risicogroepen, zoals MSM, zal er vooral bij de CSG's een discrepantie bestaan tussen het aantal tests en het aantal geteste patiënten. MSM worden namelijk geadviseerd om tweemaal per jaar op hiv te testen.¹² Ten slotte was het in dit onderzoek niet mogelijk om het aantal tests bij huisartsen en CSG's voor specifieke groepen te vergelijken, zoals personen met bepaald seksueel risicogedrag of een migratieachtergrond, omdat deze informatie niet beschikbaar is.

CONCLUSIE

Huisartsen spelen een belangrijke rol in het aanbod van hiv-diagnostiek en tijdige opsporing van hiv. Optimale hiv-zorg vraagt om een proactieve houding van de huisarts, inclusief het aanbieden van hiv-tests aan patiënten met een verhoogd risico en met een soa, en aan patiënten die klachten hebben die kunnen passen bij een (acute) hiv-infectie. De geobserveerde regionale verschillen vragen om regiospecifieke maatregelen om hiv-tests in de eerste lijn te verbeteren, en zo bij te dragen aan 0 nieuwe hiv-infecties in Nederland. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst en gerelateerde content staan bij dit artikel op www.henw.org.

Bogers SJ, Twisk DE, Götz HM, Van Bergen J. Op weg naar 0 nieuwe hiv-infecties door proactief testen. *Huisarts Wet* 2022;65[4]:24-7. DOI:10.1007/s12445-022-1413-2. Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afdeling Interne Geneeskunde, Amsterdam: S.E. Bogers, arts-onderzoeker, s.j.bogers@amsterdamumc.nl. GGD Rotterdam-Rijnmond, afdeling Publieke Gezondheid, Team Seksuele Gezondheid, Rotterdam: D.E. Twisk, epidemioloog; dr. H.M. Götz, Arts Maatschappij & Gezondheid, epidemioloog. Soa Aids Nederland, Amsterdam: prof. dr. J. van Bergen, bijzonder hoogleraar hiv en soa in de eerste lijn. Saskia Bogers en Denise Twisk zijn gedeeld eerste auteur. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



‘E-health: zet de huisarts niet op afstand’

Patrick Marx, Tessa Dijkman, Annet Sollie

Vooruitlopend op het NHG-Congres ‘Poten in de klei, kop in de cloud’ sprak H&W 2 huisartsen over hun ervaringen, ideeën en zorgen rond e-health in de huisartsenzorg. Bijna huisarts Anne Loohuis ontwikkelde en onderzocht een app voor vrouwen met ongewenst urineverlies: URinControl. Net gepensioneerd huisarts Joost Zaat begon zijn carrière met de bekende groene kaart.

Hoe gedigitaliseerd zijn jullie als huisarts?

Loohuis: ‘Ik mail patiënten nog tijdens het consult de informatie van Thuisarts.nl, maar naast onze eigen app URinControl schrijf ik verder weinig apps voor. Ik gebruik wel handige apps zoals het farmacotherapeutisch kompas en PalliArts.’

Zaat: ‘Nog voor mensen een smartphone of computer hadden, stond in onze wachtkamer al een zuil met een computer waarop patiënten informatie op konden zoeken. Tot we ontdekten dat ze er spelletjes op speelden. Zelf zoek ik informatie die ik vroeger in zakboekjes vond op mijn iPad. En ik gebruik bijvoorbeeld een app voor het omrekenen van de dosering van opiaten, de richtlijnen van de FMS en soms *Steffie helpt*.’

Anne, je ontwikkelde en onderzocht een app voor vrouwen met ongewild urineverlies: URinControl. Wat zijn je belangrijkste conclusies?

Loohuis: ‘We maakten de app aan de hand van de NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen. De app laat vrouwen zelfstandig aan verbetering werken met voorlichting, bekkenbodemoefeningen, blaastraining,

‘Het best houden we zelf de regie over evidencebased e-health, zodat deze echt iets toevoegt aan onze zorg’

herinneringen voor het doen van oefeningen en feedback over de vorderingen. Uit onze gerandomiseerde pragmatische klinische trial volgt dat behandeling met de app even goed en goedkoper werkt dan standaardzorg. In dit onderzoek lootten vrouwen voor zorg via de app

of standaardzorg. We streefden naar een realistisch beeld van de werking van de app in de dagelijkse praktijk. We verplichtten de vrouwen die standaardzorg kregen niet tot een minimaal aantal afspraken, dat gebeurt in het echt ook niet.’

Zaat: ‘Als je goed naar jouw onderzoeksresultaten kijkt, dan zie je inderdaad dat de app-gebruikers het gemiddeld goed doen. Maar de vrouwen die de meeste vooruitgang boekten, zaten in de standaardzorggroep. Hoe zit dit?’

Loohuis: ‘Juist de vrouwen met de ernstigste klachten, die dus het meest te winnen hadden, lootten voor de standaardzorggroep. Ons onderzoek laat zien



Foto: Margot Scheerder

Anne Loohuis rondt juni 2022 haar opleiding tot huisarts en epidemioloog in Groningen af. In 2021 promoveerde ze aan de Rijksuniversiteit Groningen op haar proefschrift ‘App-based treatment for female urinary incontinence.’ Ze realiseert zich dat ze aan het begin van een 40-jarige carrière als huisarts staat waarin ze nog menig nieuwe ontwikkeling langs zal zien komen.

dat de vrouwen met milde tot matige klachten met de app goed geholpen zijn. Inmiddels is de app via onze website www.urincontrol.nl online vrij verkrijgbaar.

Veel apps komen uiteindelijk niet van de grond. Waarom lukte het met URinControl wel?

Loohuis: 'Ontwikkelaars slaan de plank mis doordat de nadruk op het ontwikkelproces zelf ligt, met het belang van het management, de ICT of de zorgverzekeraar voorop. Als je geen patiënten en zorgverleners bij de ontwikkeling betreft, dan is de kans op succes klein. Wij betrokken patiënten en zorgverleners vanaf het begin. We evalueerden continu het gebruik van de app en gebruikten die informatie om de app te verbeteren.'

Uit jullie RCT bleek dat therapietrouw de cruciale factor was in het succes van de behandeling. Hoe zit dit?

Loohuis: 'We vroegen vrouwen met veel of weinig effect van de app-behandeling naar de reden hiervoor. Alle vrouwen gaven aan dat het succes valt of staat met therapietrouw. Het bleek dat niet de app zelf, maar het karakter en de verwachtingen van de vrouw oorzaak zijn van al dan niet voldoende therapietrouw. We vonden factoren die het succes van standaardzorg of zorg via de app voorspellen. De belangrijkste zijn: leeftijd, opleidingsniveau en een hoge impact van het

Joost Zaat ging in 2020 met pensioen, maar werkt nog als huisarts op de Kruispost in Amsterdam voor onverzekerden en als waarnemend huisarts. Hij is ook columnist in de Volkskrant. In 40 jaar tijd zag hij de hele ontwikkeling van papieren tot digitale dossier en e-health de revue passeren.

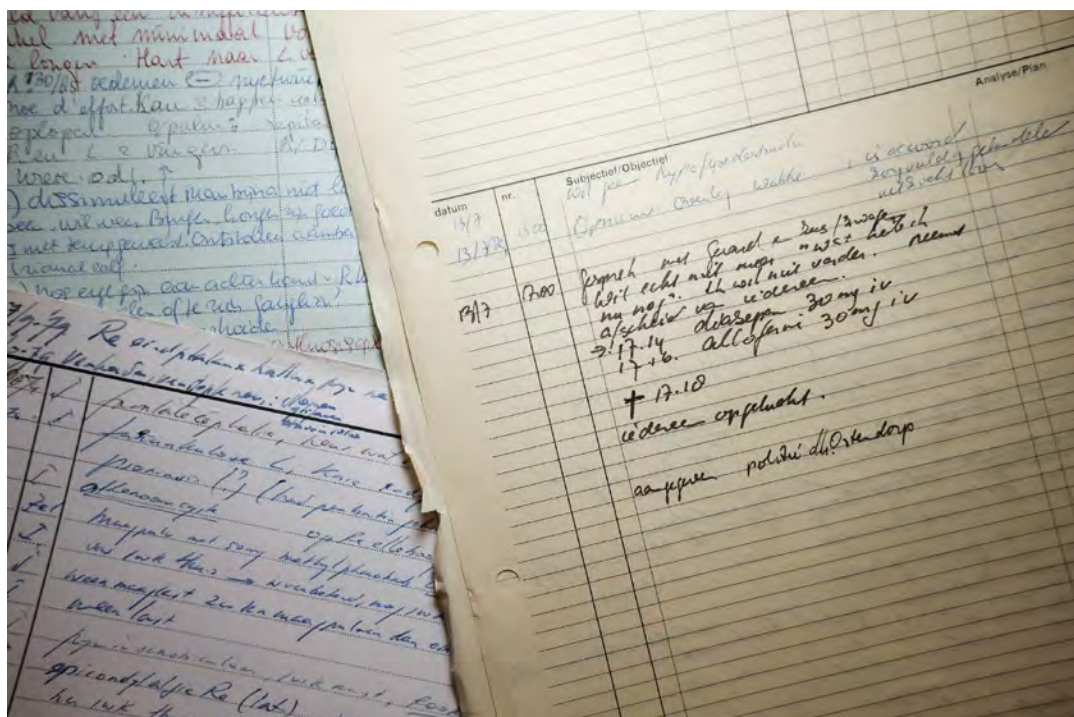


Foto: Margot Scheerder

urineverlies op de kwaliteit van leven. Oudere, hoogopgeleide vrouwen, hadden de meeste baat bij de app net als vrouwen met een groot verlies aan kwaliteit van leven. Een laag opleidingsniveau is voorspellend voor succes van de standaardzorg. Je kunt deze patiëntkenmerken gebruiken om te beslissen bij welke vorm van zorg de patiënt echt goed gebaat is.'

Wanneer zou je in je praktijk een nieuwe app of website proberen?

Zaat: 'Tijdens het spreekuur denk ik eerlijk gezegd nauwelijks aan apps. In mijn huidige werk met ongedocumenteerden zie ik veel patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen. Apps zijn voor hen meestal niet geschikt. Ik zou



De groene kaart met daarop de aantekening van Joost Zaat over zijn eerste euthanasie.

Foto: Joost Zaat

in de “normale praktijk” wel afwegen of een app effectief is, makkelijk toepasbaar en geschikt voor de patiënt. Je kunt het gewoon vragen: wilt u een behandeling met een app, bekkenfysiotherapie of eerst thuis alle opties nog eens rustig nalezen op Thuisarts.nl?’

Loohuis: ‘Ik wil erop kunnen vertrouwen dat de basis van de app goed is. Er zijn immers zoveel apps dat ik door de bomen het bos niet meer zie. Als een app vanuit de beroepsgroep, literatuur of H&W aangeraden wordt, dan ben ik eerder geneigd er in de spreekkamer aan te denken. Maar het belangrijkste is dat de app in je dagelijkse voorschrijfgedrag past en dat lukt met slechts een paar apps.’

‘Koester de huisarts, want als die verdwijnt blijft alleen hele saaie en dure eerstelijnszorg op afstand over’

Joost, je schreef onlangs in je column in de Volkskrant dat patiënten geen data zijn, maar mensen met verhalen. Wat bedoel je daarmee?

Zaat: ‘Huisartsen vormen de kern van het zorgsysteem. Trek je ze er tussenuit, dan loopt de zorg op veel plekken vast. Het kenmerk van huisartsen is dat we onze patiënten kennen en dus goed kunnen selecteren voor diagnostiek of een verwijzing. Als je de zorg teveel digitaliseert en de huisartsen op afstand zet, dan raak je dit voordeel kwijt. Je kunt wel redeneren dat je net zo goed via een commerciële app een huisarts op afstand kunt bellen, zoals Quin, maar daarmee leg je de bijl aan de wortel van een belangrijk diagnostisch hulpmiddel: de kennis van de dokter over deze patiënt. Als huisartsen moeten we het enthousiasme voor zorg op afstand bij commerciële partijen en verzekeraars remmen.’

Welke rol past de huisartsen bij de toenemende digitalisering?

Loohuis: ‘Het best houden we zelf de regie over evidence-based e-health, zodat deze echt iets toevoegt aan onze zorg. Anders lopen we het risico dat e-health wordt opgelegd, bijvoorbeeld alleen maar om kosten te besparen. Geef daarom goede e-health-toepassingen een kans. Blijf kritisch. Laat horen of ze goed aansluiten bij de praktijk en doe mee aan onderzoeken naar e-health zodat onderzoekers voldoende patiënten kunnen includeren.’

Zaat: ‘Huisartsen mogen zichtbaarder en harder op de trom slaan om te laten weten hoe belangrijk de huisartsenzorg is. Ik mis de stem van de huisarts als het over de inrichting van de zorg gaat. Koester de huisarts, want als die verdwijnt dan blijft alleen saaie en dure eerstelijnszorg op afstand over.’

Hoe zien jullie, vanuit jullie ervaring, de toekomst op het gebied van e-health?

Zaat: ‘Voor het digitale tijdperk schreven we onze patiëntinformatie op groene kaarten. Vaak was dat niet meer dan 1 zin of soms maar 1 woord per consult, zoals urticaria of slaapproblemen. De kaart was vooral een herinnering voor jezelf. Als arts ken je je patiënten persoonlijk en dat maakt het vak voor mij nog steeds zo leuk. Dankzij digitale toepassingen veranderende het huisartsvak ongelofelijk. Echter, e-health is geen panacee. Houd als huisarts je morele kompas goed en laat je niet opjagen door mensen van buitenaf. Ik schreef voor de accreditatie elk jaar letterlijk hetzelfde digitale jaarverslag, en het is nooit iemand opgevallen. Behalve de assistente wiens naam ik verkeerd had gespeld.’

Loohuis: ‘Laten we goed vindbare evidencebased apps opnemen in onze richtlijnen en op Thuisarts.nl, zodat je als huisarts niet meer hoeft te zoeken en te twijfelen over de geschiktheid van apps. Schrijf de e-healthbehandeling voor en bel later om te vragen hoe het gaat of kom er bij een volgend consult op terug. Misschien bespaart e-health tijd die je kunt besteden aan andere gesprekken met patiënten.’ ■

Dit interview met Loohuis en Zaat is in uitgebreidere vorm terug te luisteren via www.huisartspodcast.nl/ henw of podcastapps. Tessa Dijkman en Annet Sollie deden het podcastinterview.

- Proefschrift Anne Loohuis: App-based treatment for female urinary incontinence. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2021. www.urincontrol.nl.
- Volkskrantcolumn Joost Zaat: Patiënten zijn geen data, het zijn mensen met verhalen. Volkskrant, 24 juni 2021. www.volkskrant.nl/cs-b24154a3.



Transmuraal team tegen oxycodongebruik

Thomas Knuijver, Janneke Pelser, Angelique van der Geest, Michel Terheggen

Hoewel de richtlijnen terughoudendheid adviseren, heeft het gebruik van oxycodon in Nederland een hoge vlucht genomen. Dat is zorgelijk, want opioïden zijn verslavend en je mag ze alleen voorschrijven als het echt niet anders kan. In de regio Arnhem heeft een transmuraal initiatief het gebruik van kortwerkend oxycodon in 3 jaar tijd sterk teruggedrongen door protocollen te stroomlijnen en nascholing te geven. Hopelijk kan het Arnhemse initiatief een voorbeeld zijn voor andere regio's.

Oxycodon is een veelgebruikte pijnstiller die, zoals alle opioïden, zeer verslavend is. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat oxycodon een opstap kan zijn naar heroïnegebruik.¹ Bij langdurig gebruik kan opioïdgeïnduceerde hyperalgesie ontstaan, waarbij de pijn juist toeneemt. Zo kan een vicieuze cirkel ontstaan van toenemend gebruik. Niet voor niets adviseren richtlijnen om opioïden in principe niet voor te schrijven bij niet-oncologische (benigne) pijn. Maar richtlijnen worden niet altijd gevolgd. In 2003 werden in Nederland 22.366 recepten voor oxycodon uitgeschreven, in 2018 was dit aantal ruim vertwintigvoudigd tot 454.674.^{2,3} Ook huisartsen zijn vaker opioïden gaan voorschrijven, het meest voor klachten van het bewegingsapparaat. Daarbij gebruikt 30% van de patiënten de pijnstiller langer dan 3 maanden.² Voor een deel weerspiegelt dit een beter pijnstillend beleid, maar daar staat tegenover dat de incidentie van 'afhankelijkheid aan opioïden op recept' in de verslavingszorg tussen 2008 en 2015 is toegenomen van 3,1 naar 5,6 per 100.000 inwoners. En dat is een onderschatting, want lang niet alle patiënten laten zich verwijzen naar de verslavingszorg. Het aantal ziekenhuisopnames door opioïd-intoxicaties verdrievoudigde tussen 2008 en 2017 van 2,5 naar 7,8 per 100.000 inwoners. Daarvan waren er 6,8 door opioïden op recept; het aandeel van illegale opioïden bleef gelijk.^{4,5} In mei 2019 werd deze zorgelijke ontwikkeling aangekaart in het eerste-tweedelijns overleg van de regio Arnhem en omstreken en het Rijnstate Ziekenhuis. De regio heeft zo'n 450.000 inwoners en telt, naast meerdere vestigingen van Rijnstate, 114 huisartsenpraktijken met ruim 200 huisartsen, verenigd in 'Onze Huisartsen' (OH), en 42 apotheken die lid zijn van de Coöperatieve Apothekersvereniging Arnhem en omstreken (CAA). Naar aanleiding van dit overleg vormden een huisarts, een apotheker, een anesthesioloog/pijnspecialist en een



Het aantal recepten voor oxycodon is de laatste 15 jaar sterk gestegen, hoewel de richtlijnen adviseren hiermee terughoudend te zijn.

Foto: Shutterstock

verslavingsarts de transmurale commissie 'Verstandig omgaan met opioïden'. Hoofddoel was het aantal eerste recepten voor snel- en kortwerkende opioïden te verminderen, vanuit de gedachte dat de koppeling tussen gebruik en effect bij deze preparaten het sterkst is en daarmee de kans op afhankelijkheid het grootst. Een ander doel was duur en frequentie (aantal gebruiksdagen) terug te dringen van het totale oxycodongebruik, en van opiaatgebruik in het algemeen. Rijnstate, OH, CAA en de verslavingsintelling Iriszorg werden bestuurlijk (vanwege het delen van interne documenten) en op uitvoerend niveau op de hoogte gehouden van de voortgang.

PROBLEEMINVENTARISATIE EN PROJECTBESCHRIJVING

Een eerste inventarisatie leerde dat Rijnstate weliswaar over een postoperatief pijnbehandelingsprotocol beschikte, maar dat verschillende afdelingen op basis daarvan aparte protocollen gebruikten voor kortwerkend oxycodon. Verder bleek dat huisartsen, apothekers en hun assistenten grote behoefte hadden aan nascholing over opioïde pijnstillers, niet alleen om de problematiek te begrijpen maar ook om handvatten te krijgen hoe om te gaan met verslavingsgedrag in de spreekkamer. De commissie herzag in september en oktober 2019 alle protocollen voor acute en postoperatieve pijn van Rijnstate, zodat deze weer verwezen naar het basisprotocol. Aan dit ba-

DE KERN

- Het aantal recepten voor oxycodon bij pijn is in 15 jaar vertwintigvoudigd.
- Ook huisartsen schrijven steeds vaker opioïden voor; 3 op de 10 patiënten gebruiken ze langer dan 3 maanden.
- Het stijgende gebruik van opioïde pijnstillers zorgt voor groeiende problemen met verslaving, intoxicaties en hyperalgesie.
- Het terugdringen van onnodig opioïdengebruik vereist een transmurale inspanning, waarbij pijnspecialisten, huisartsen en apothekers gezamenlijk de regionale pijnprotocollen doorlichten en gerichte nascholing verzorgen.

TIPS EN TRICKS

- Er is momenteel meer aandacht voor de risico's bij het gebruik van opioïden. Maak gebruik van die meewind!
- Een pijnspecialist die over de protocollen gaat, een betrokken huisarts en apotheker: meer is niet nodig. Consulteer de verslavingszorg voor patiënten die al afhankelijk zijn.
- Houd overleg simpel en klein. Digitaal overleggen is goed mogelijk.
- Presenteer een concreet plan voor een protocol, met afspraken en scholing in je eigen regio, waarmee mensen aan de slag kunnen.
- Rapporteer resultaten terug aan alle belanghebbenden, bestuurlijk en uitvoerend.

sisprotocol werd een kerndocument toegevoegd: 'Verstandig opiaten voorschrijven bij niet-oncologische pijn'. Dit document benoemt het risico op verslaving en opiaatgeïnduceerde hyperalgesie, geeft alternatieven en onderstreept het belang van verwachtingsmanagement en reële behandoelen. Het basisprotocol adviseert alleen oxycodon met gereguleerde afgifte voor te schrijven, met een voorschrijfperiode van 1 week waarna evaluatie en zo nodig transmuraal overleg volgt. De commissie bracht het kerndocument en de verzamelde kennis met groot enthousiasme onder de aandacht van zo veel mogelijk collega's. In november 2019 werd het nieuwe protocol voor acute en postoperatieve pijn binnen Rijnstate uitgebreid gepresenteerd aan alle betrokken voorschrijvers en verpleegkundigen. In de daaropvolgende maanden volgden er ongeveer 15 FTO's waarin voorschrijvers, apothekers, verplegend personeel en dokters- en apothekersassistenten nascholing kregen. In januari 2020 hield een ervaringsdeskundige een indrukwekkend verhaal op een grote regionale nascholing voor huisartsen. En verder keerde het onderwerp steeds terug in nieuwsbrieven en lokale commissie- of ledenvergaderingen.

DE CIJFERS

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) biedt apotheken de mogelijkheid om binnen specifieke samenwerkingsverbanden gegevens uit te wisselen. De CAA maakte voor de 39 aangesloten apotheken een groep aan waarin per kwartaal het aantal eerste uitgiften en gebruiksdagen kon worden bekeken van alle opioïden, voorgeschreven door alle specialisten en deelnemende huisartsen. Omdat de SFK geen indicaties onderscheidt, bevat de groep ook recepten voor oncologische pijn, een terechte indicatie voor kortwerkend oxycodon. De commissie vroeg daarnaast de ziekenhuisapothekers om eenmalig het totaal aantal gebruikte pillen te rapporteren, met als nulmeting het eerste kwartaal van 2019.

De [online tabel] laat per kwartaal het aantal eerste uitgiften en gebruiksdagen zien van zowel kort- als langwerkend oxycodon tussen begin 2019 en het vierde kwartaal van 2021 (gegevens over de andere opioïden zijn opvraagbaar bij de auteurs), en het aantal door de ziekenhuisapothekers uitgegeven tabletten in 2019 en 2020. Het aantal eerste uitgiften van kortwerkend oxycodon door specialisten daalde van 688 aan het begin van 2019 naar 249 in het derde kwartaal van 2021, een daling van 63,8%. Het aantal langwerkende preparaten steeg met 32% van 347 naar 461, maar toch daalde het totaal aantal eerste uitgiften vanuit het ziekenhuis met 31%. Het aantal door huisartsen uitgeschreven eerste recepten voor kortwerkend oxycodon daalde van 1100 aan het begin van 2019 naar 426 in het derde kwartaal van 2021, een daling van 61,3%, terwijl het aantal recepten voor langwerkend oxycodon licht steeg (1,5%). In totaal daalde het aantal eerste uitgiften van kortwerkend oxycodon met 62,2%; de totale reductie inclusief langwerkende preparaten was 37,1%. Ook het aantal gebruiksdagen daalde aanzienlijk (67%). De cijfers van de ziekenhuisapothekers geven hetzelfde beeld, waarbij opvalt dat de snijdende specialismen maar liefst 89,6% minder snelwerkend oxycodon gingen voorschrijven.

Voor de andere opioïden bleef het aantal uitgiften in het ziekenhuis min of meer constant (morphine -12%, fentanyl +5%, buprenorfine +4%). Alleen tramadol werd vaker voorgeschreven (+290), wat de daling bij oxycodon (-325) compenseerde. Bij de huisartsen steeg het aantal eerste recepten voor morphine (+64) en fentanyl (+63), en vooral voor tramadol (+254), terwijl het aantal voor buprenorfine daalde (-9). Per saldo woog de toename (+372) niet op tegen de daling bij oxycodon (-666).

BESCHOUWING

Ons project heeft binnen relatief korte tijd geleid tot een aanzienlijke daling van het gebruik van kortwerkend oxycodon: huisartsen en specialisten samen schreven 62% minder recepten uit. Het gebruik van langwerkend oxycodon steeg, maar per saldo werd binnen 11 kwartalen 38,1% minder oxycodon voorgeschreven. Internationaal onderzoek bevestigt dat een helder postoperatief pijnbeleid zowel de duur als het volume van het oxycodongebruik kan reduceren en ook dat nascholing geassocieerd is met een beter voorschrijfbeleid.⁶⁻⁹

COVID-19 heeft waarschijnlijk bijgedragen aan de fluctuaties in de cijfers. In kwartaal 4 van 2020 en kwartaal 1 van 2021 waren er minder ziekenhuisopnames en operaties. Dit kan hebben bijgedragen aan de daling van het oxycodongebruik in het ziekenhuis, maar daar staat tegenover dat huisartsen vanwege de langere wachttijden wellicht vaker besloten oxycodon voor te schrijven. Gedurende het tweede en derde kwartaal van 2021 leverden de huisartsenpraktijken groten-deels reguliere zorg en werd in het ziekenhuis veel planbare zorg ingehaald. Verder konden we oxycodongebruik met een oncologische indicatie niet uitsluiten en verliep ook de oncologische zorg gedurende COVID-19 anders dan anders. Dit vertekent het beeld verder.

Volgens de GIPdatabank daalde het totaal aantal oxycodon-gebruikers in Nederland in 2019 met 7,9% en in 2020 met 8,3%.³ De cijfers voor 2021 zijn nog niet bekend, misschien is er inderdaad een dalende trend. Onze cijfers zijn niet direct vergelijkbaar, want wij keken naar het aantal eerste recepten en niet naar het aantal gebruikers, maar het is goed mogelijk dat onze interventie de toch al ingezette daling een extra duw heeft gegeven. De landelijke daling wijst op een groeiend bewustzijn over de gevaren van opioïden en dat zal zeker hebben bijgedragen aan een gunstig klimaat voor onze interventie.

Landelijk is het gebruik van diclofenac en ibuprofen sterk afgenomen na 2008, toen de groei van oxycodon begon, en is de uitgifte van naproxen meer gaan fluctueren.³ Dat deze ontwikkeling doorgaat nu het oxycodongebruik afneemt, bewijst dat er op 'pijnstillergebied' meer veranderingen optreden. Het nuanceert ook de 'vlucht naar tramadol' die wij waarnamen.

Onze interventie had tot doel de uitgifte van kortwerkend oxycodon terug te dringen. In het ziekenhuis leidde dit tot een stijging in de uitgifte van langwerkend oxycodon. De literatuur is niet eenduidig over de vraag of dit een wenselijke verschuiving is, maar we nemen aan dat de algehele reductie in oxycodongebruik in elk geval minder blootstelling en dus minder risico betekent. Een andere vraag is of het terugdringen van opioïden niet strijdig is met het streven naar adequate pijnstilling. Wij denken dat het goed kan, zolang men de richtlijnen maar volgt. Pijnstilling staat nog steeds centraal in het protocol en in de werkafspraken, en er is een duidelijke verschuiving naar tramadol conform de pijnladder. We hebben echter niet gekeken naar de exacte equivalentie van pijnstillers en naar de ervaringen van patiënten. Een herhaling van onze interventie, liefst met een controlegroep en tegen het licht van landelijke cijfers, zou een beter beeld kunnen geven van het werkelijke effect op de pijnstilling.

Aan de opzet van onze interventie valt veel te verbeteren, maar we hadden als commissie het voordeel dat we ons niet

hoefden te bekommeren over commitment vooraf, financiering en onderzoeksopzet. Daardoor konden we snel en naar eigen inzicht handelen. Op de lange termijn moet blijken in hoeverre dat heeft geleid tot blijvende resultaten.

VERVOLGSTAPPEN

Pijncentrum Rijnstate organiseert een speciaal spreekuur voor patiënten met chronische pijn die problemen ervaren door opioïdengebruik, maar die te 'licht' zijn voor een verslavingsarts. Ook een overleglijn voor eerstelijnszorgverleners staat in de steigers. Essentieel in deze aanpak is de transmurale, multidisciplinaire benadering. Ook landelijk groeit de aandacht voor patiënten die al verslaafd zijn en komen er meer behandel mogelijkheden. Men zal dus samenwerking moeten zoeken met verslavingszorginstellingen die specifieke kennis hebben van opiaatafhankelijkheid bij pijnpatiënten.

De neiging om in oude (voorschrijf)patronen terug te vallen, zal altijd aanwezig blijven, zeker waar het om verslaving gaat. Het veranderen van zulke patronen vergt een langdurige investering. Een belangrijke hobbel daarbij is dat het onderwerp 'opioïden' op de nascholingsagenda moet wedijveren met andere onderwerpen, zoals COVID. De beste garantie voor de lange termijn bieden landelijke initiatieven om het gebruik van opioïden terug te dringen, zoals die van Zorginstituut Nederland en de KNMG. Zulke initiatieven liggen echter buiten de reikwijdte van onze commissie.

De kracht van onze interventie school in de transmurale samenwerking, de eenduidige en overzichtelijke afspraken en vooral in de doeltreffende 'niet lullen maar poetsen'-aanpak. Wij denken dat we daarmee de blootstelling aan oxycodon en dus het risico op verslaving hebben weten te reduceren. We roepen andere lokale en regionale samenwerkingsverbanden dan ook op om vergelijkbare initiatieven te starten op basis van de nieuwe landelijke richtlijnen. De gebruikte documenten zijn op te vragen bij de auteurs. ■

LITERATUUR

De literatuur en gerelateerde content staan bij dit artikel op www.henw.org.

Knuijver TG, Pelsers J, Van der Geest A, Terheggen MA. Transmuraal team tegen oxycodongebruik. Huisarts Wet 2022;65(4):35-7. DOI:10.1007/s12445-022-1419-9. Radboudumc, Nijmegen: T.G. Knuijver, verslavingsarts, thomas.knuijver@radboudumc.nl. Huisartsenpraktijk Rozet, Westervoort: J. Pelsers, huisarts. Apotheek Duiven: A. van der Geest, apotheker. Pijncentrum Rijnstate, Velp: M.A.M.B. Terheggen, anesthesioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: Thomas Knuijver ontving in 2018 van Grunenthal een eenmalige sprekersvergoeding voor een avond over opiaatreductie; Michel Terheggen is gehuwd met een employé van Sanofi Genzyme.

Aanhoudende schouderklachten na vaccinatie

Michelle Haaksman, Annet van Erp-van Boekel, Esther de Vries, Yvonne Robben

Shoulder injury related to vaccine administration (SIRVA) is een zeldzame en ondergerapporteerde complicatie van vaccinatie in de bovenarm. Patiënten met SIRVA hebben (soms heftige) schouderklachten die passen bij een subacromiaal pijnsyndroom of glenohumerale klachten. De klachten houden vaak weken tot maanden aan en beperken de patiënten in hun dagelijkse bezigheden. SIRVA ontstaat wanneer een intramusculaire injectie (deels) wordt toegediend in de onderliggende niet-musculaire weefsels. Dit veroorzaakt een ontstekingsreactie en kan leiden tot bursitis, tendinitis of een glenohumerale capsulitis. Vanwege de grote hoeveelheid vaccinaties in de huidige COVID-19-pandemie is het van belang dat huisartsen oog hebben voor deze complicatie.

De term *shoulder injury related to vaccine administration* (SIRVA) werd in 2010 voor het eerst geïntroduceerd door artsen van het Vaccine Injury Compensation Program (VICP), een medisch-juridisch programma in de Verenigde Staten voor mensen die financiële compensatie zoeken. SIRVA betreft 'schouderpijn in combinatie met beperkt bewegingsbereik binnen 48 uur na vaccinatie bij personen zonder voorgeschiedenis



Kennis van de anatomie van de schouder en een juiste injectie-techniek kunnen het risico op SIRVA verkleinen. Foto: Margot Scheerder

CASUS A: BURSITIS NA COVID-19-VACCINATIE

Een 27-jarige vrouw krijgt een kwartier na COVID-19-vaccinatie pijn in haar arm en schouder, waardoor ze haar arm niet meer goed kan heffen. Na anderhalve maand bezoekt ze haar huisarts met aanhoudende klachten, waardoor ze al een paar weken niet kan werken. Mevrouw vertelt dat het vaccin ter hoogte van haar schouder is gezet en haar huisarts vermoedt dat dit te hoog is geweest. Een echo wijst op een bursitis. Mevrouw krijgt diclofenac en fysiotherapie. Na 7 maanden zijn de schouderklachten duidelijk verminderd, hoewel bepaalde bewegingen nog gevoelig zijn.

CASUS B: STAAND VACCINEREN

Een 64-jarige vrouw bezoekt haar huisarts met een pijnlijke arm en schouder 24 uur nadat ze een COVID-19-vaccin heeft gekregen. Ze heeft polyartrose en enthesiopathieën, maar heeft voorheen nooit schouderklachten gehad. Mevrouw vertelt dat het vaccin hoog in haar bovenarm is gezet – ze werd zittend gevaccineerd, terwijl de vaccinator stond. Omdat de klachten aanhielden, werd een maand later een echo gemaakt. Deze wijst op een acute bursitis subacromialis. Dankzij fysiotherapie verbeterden de klachten na enkele maanden.

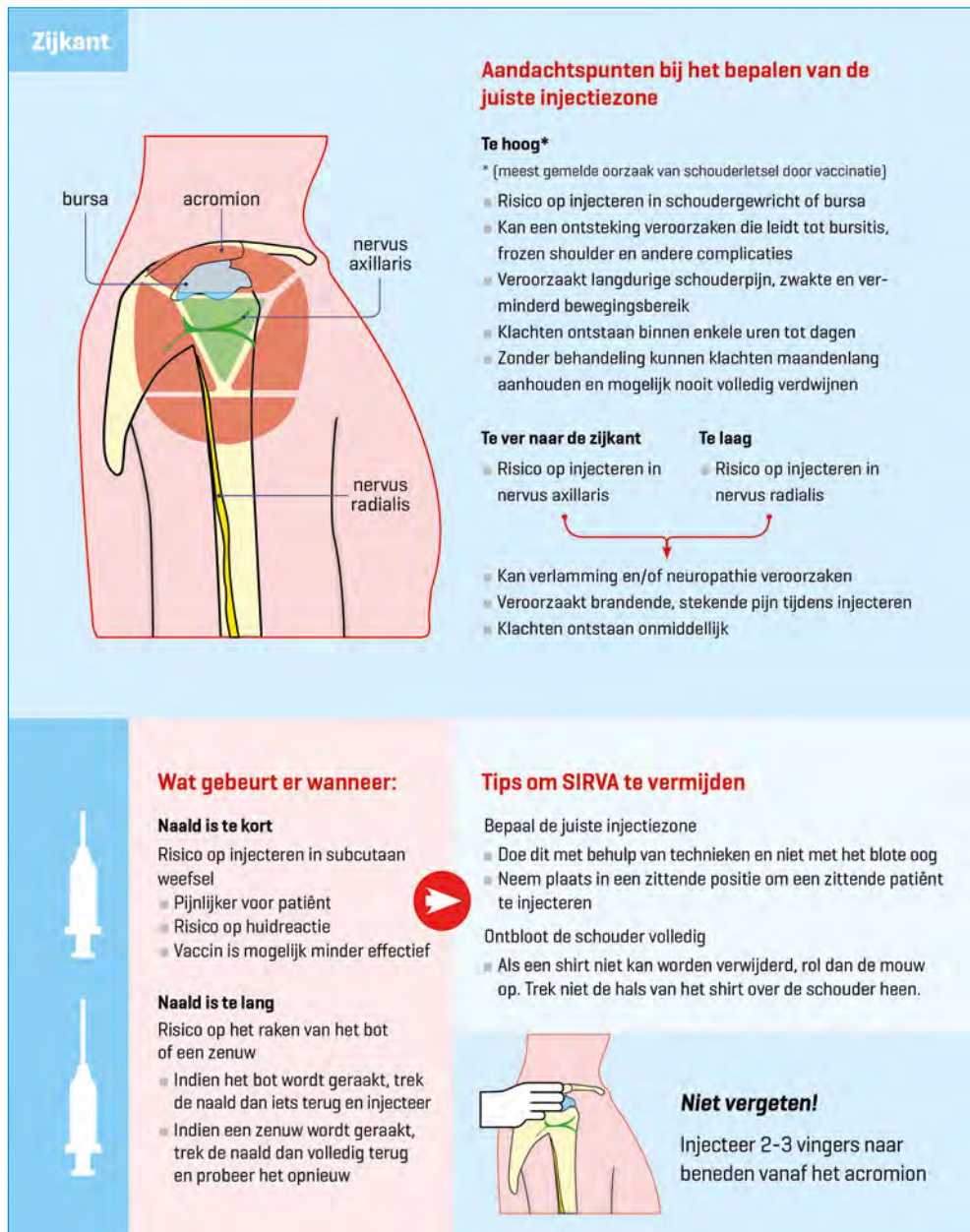
van pijn, ontsteking of disfunctie van de aangedane schouder'.¹ De artsen van VICP beschreven een reeks gevallen van aanhoudende schouderpijn na vaccinatie. De klachten duurden langer dan 6 maanden, en radiografische en chirurgische bevindingen toonden schade aan de periarticulaire structuren van de schouder.² Na de introductie van de term SIRVA nam het aantal claims van SIRVA na vaccinatie toe, vooral in relatie met het griepvaccin.³ Dit is waarschijnlijk te danken aan een groter publiek bewustzijn van SIRVA en niet zozeer aan een toename van pathologie.⁴ In het Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) werd over een periode van 7 jaar een stabiele incidentie van 1,5% tot 2,5% van schouderpijn en disfunctie na geïnactiveerde griepvaccinatie gevonden.⁴ De gegevens van VAERS zijn echter gebaseerd op spontane rapportage van (vermoedelijke) bijwerkingen en geven geen informatie over de werkelijke frequentie van optreden. De incidentie van schouderklachten door vaccinatie in de algehele populatie is nog niet bekend.

PATHOFYSIOLOGIE

De pathofysiologie van SIRVA is niet helemaal duidelijk. De bekendste theorie stelt dat SIRVA ontstaat wanneer een injectie te ver richting craniaal of te diep in de bovenarm wordt

Figuur 1

Shoulder Injury Related to Vaccine Administration [SIRVA]



gezet [figuur 1]. Daardoor gaat de injectie niet in de musculus deltoïdeus, maar in de onderliggende, niet-musculaire weefsels. Dit resulteert in een langdurige ontstekingsreactie.^{1,2,5-8} In een echografisch onderzoek bij een klein aantal proefpersonen bleek dat de bursa subdeltoïdea gemakkelijk te bereiken is met een 1-inch (25 mm) naald.⁹ De onderzoekers veronderstelden dat injectie in de bursa subdeltoïdea kan leiden tot een lokale immuun- en ontstekingsreactie. Omdat de bursa subdeltoïdea grenst aan de bursa subacromialis kan dit leiden tot een peri-articulaire ontstekingsreactie, subacromiale bursitis, bicipitale tendinitis en/of glenohumerale capsulitis.⁹ Andere auteurs suggereren als aanvulling op deze theorie dat het letsel ontstaat op basis van een immuungemedieerde ont-

stekingsreactie op het antigeen in het vaccin.^{2,5,10-12} Dit is tot nu toe echter alleen in een onderzoek met dieren aangetoond.¹³

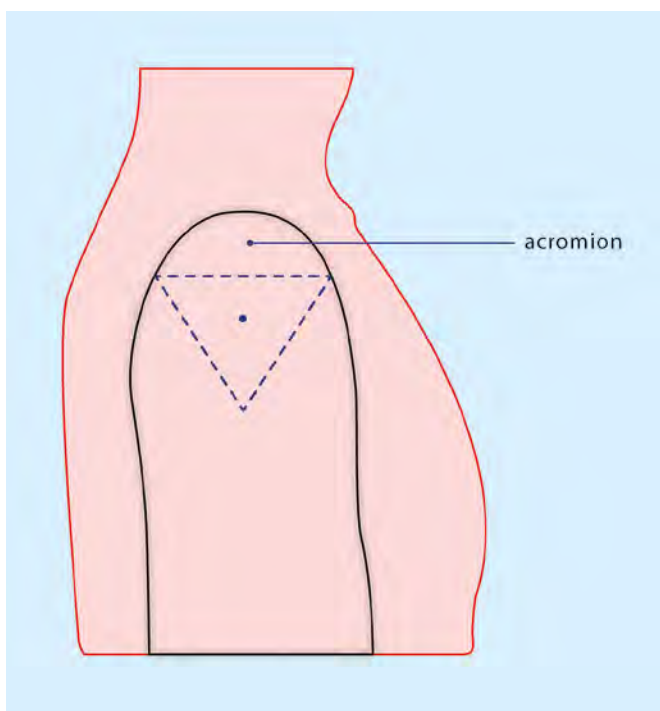
RISICOFACTOREN

Een tener postuur, het vrouwelijk geslacht en een hogere leeftijd lijken een rol te spelen bij de ontwikkeling van SIRVA.^{4,6,8} Dat zou kunnen komen doordat de musculus deltoïdeus bij deze doelgroepen een kleiner volume heeft, waardoor het theoretische risico van overpenetratie van de deltapier groter is.^{6,9} Er zijn ook onderzoeken gedaan naar een relatie tussen SIRVA en de body mass index, maar die wezen niet op een causaal verband.⁶ SIRVA kan worden voorkomen door de juiste injectietechniek te gebruiken. Het [kader] bevat daarvoor verschillende tips.

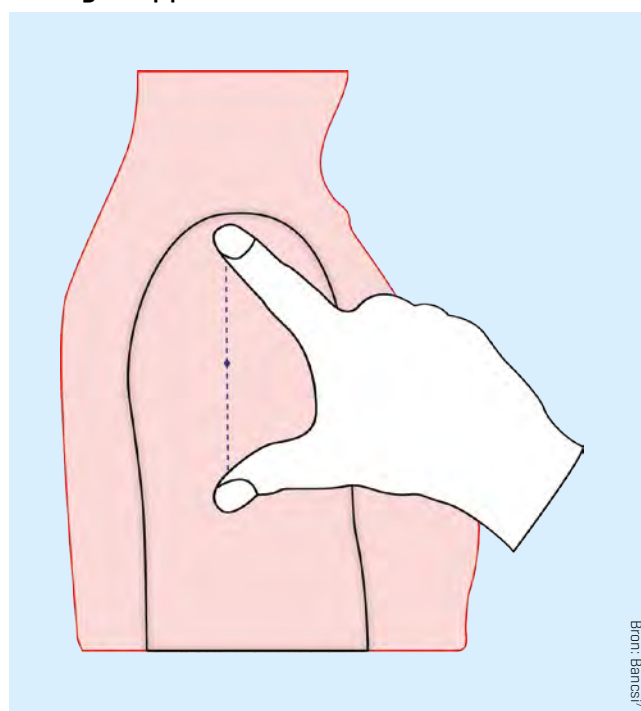
Figuur 2

Technieken om de juiste injectiezone van de musculus deltoïdeus te bepalen: de driehoekmethode [a] en de vingertoppenmethode [b]

a. Driehoekmethode



b. Vingertoppenmethode



Bron: Bancsij

PRAKTISCHE TIPS VOOR VACCINATEURS

- Gebruik een geschikte naaldlengte. De standaardnaald voor intramusculaire injectie bij kinderen, jongeren en volwassenen is 25 mm. Bij ernstige obesitas [een dikkere subcutane vetlaag] kan het nodig zijn om een naald van 38 mm te gebruiken.¹⁵⁻¹⁶
- Neem beiden in een zittende positie plaats om te voorkomen dat u te hoog injecteert.⁶
- Laat de patiënt de gehele bovenarm ontbloten, zodat u goed kunt bepalen wat de juiste injectieplaats is.¹⁵⁻¹⁶
- Bepaal de juiste injectiezone van de musculus deltoïdeus [figuur 2].
 - Driehoekmethode: meet 2 vingerbreedtes naar beneden vanaf het acromion en vorm vanaf dit punt een denkbeeldige omgekeerde driehoek. De injectieplaats is het centrum van de driehoek.¹⁶
 - Vingertoppenmethode: plaats uw wijsvinger op het acromion en uw duim op de aanhechting van de musculus deltoïdeus [ongeveer halverwege de bovenste arm]. De injectieplaats bevindt zich halverwege tussen deze punten.¹⁶

KLINISCH BEELD, BEHANDELING EN BELOOP

Na vaccinatie in de bovenarm kunnen er altijd kortdurende klachten ontstaan, zoals pijn in de bovenarm. Klachten die zijn gerelateerd aan SIRVA ontstaan meestal binnen 48 uur na toediening van een injectie en betreffen aanhoudende schouderpijn en verminderde armmobiliteit.^{2,6} Naast schouderklachten kan de patiënt koorts hebben en kan het bloed een verhoogd aantal witte bloedcellen en verhoogde ontstekingswaarden te zien geven.⁶ Het is daarbij wel de vraag of deze verschijnselen bij SIRVA horen of los daarvan een bijwerking van de vaccinatie zijn. Met een echo of MRI kunnen de schouderklachten vaak worden gediagnosticeerd als bursitis, tendinitis, ruptuur of glenohumerale capsulitis.^{2,6}

In veel gevallen zullen beweging op geleide van de pijn, rust en anti-inflammatoire medicatie tot vermindering van de klachten leiden.¹² Bij aanhoudende klachten zijn fysiotherapie en intra-articulaire corticosteroïdinjecties te overwegen.^{6,14} Herstel kan weken tot maanden duren en sommige patiënten ervaren nog jaren restklachten, zoals pijn en bewegingsbeperking.^{2,6} Wanneer er sprake is van aanhoudende koorts en (ernstig) ziek zijn, moet een bacteriële infectie van de bursa of het gewricht worden uitgesloten. Dergelijke infecties kunnen zonder adequate behandeling een ernstig beloop hebben.

DE KERN

- Bij onjuiste toediening van vaccinaties in de bovenarm kunnen binnen 48 uur na vaccinatie schouderklachten ontstaan, die ook wel SIRVA [shoulder injury related to vaccine administration] worden genoemd.
- Deze schouderklachten passen bij een subacromiaal pijnsyndroom of glenohumerale klachten en kunnen maandenlang aanhouden.
- Kennis van de anatomie van de schouder en een juiste injectietechniek kan het risico op SIRVA verkleinen.

CONCLUSIE

Bij de patiënten uit de beide casussen moet je als huisarts SIRVA als onderliggend mechanisme overwegen. SIRVA wordt veroorzaakt door onjuiste toediening van een vaccin in de bovenarm, (deels) buiten de musculus deltoïdeus. Dit kan resulteren in beschadiging van de onderliggende schouderstructuren met aanhoudende symptomen, zoals pijn, bewegingsbeperking, hinder bij dagelijkse activiteiten en een verminderde kwaliteit van leven tot gevolg. De diagnostiek en behandeling komen overeen met die van andere schouderklachten binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Bedenk bij een patiënt met schouderklachten die kort na vaccinatie zijn ontstaan dat er een verband kan zijn met de vaccinatie en een onjuiste injectietechniek. Kennis van de anatomie van de schouder en een juiste injectietechniek kunnen het risico op SIRVA verkleinen. ■

LITERATUUR

1. Macomb CV, Evans MO, Dockstader JE, Montgomery JR, Beakes DE. Treating SIRVA early with corticosteroid injections: a case series. *Mil Med* 2020;185:298-300.
2. Atanasoff S, Ryan T, Lightfoot R, Johann-Liang R. Shoulder injury related to vaccine administration (SIRVA). *Vaccine* 2010;28:8049-52.
3. National Vaccine Injury Compensation Program. 2018. <https://www.hrsa.org/vaccin-compensation>. Geraadpleegd: 20 december 2021.
4. Hibbs BF, Ng CS, Museru O, Moro PL, Marquez P, Woo EJ, et al. Reports of atypical shoulder pain and dysfunction following inactivated influenza vaccine: Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 2010–2017. *Vaccine* 2020;38:1137-43.
5. Barnes MG, Ledford C, Hogan K. A 'needling' problem: shoulder injury related to vaccine administration. *J Am Board Fam Med* 2012;25:919-22.
6. Cross GB, Moghaddas J, Buttery J, Ayoub S, Korman TM. Don't aim too high: avoiding shoulder injury related to vaccine administration. *Aust Fam Physician* 2016;45:303-6.
7. Bancsi A, Houle SKD, Grindrod KA. Shoulder injury related to vaccine administration and other injection site events. *Can Fam Physician* 2019;65:40-2.
8. Hesse EM, Atanasoff S, Hibbs BF, Adegoke OJ, Ng C, Marquez P, et al. Shoulder Injury Related to Vaccine Administration (SIRVA): petitioner claims to the National Vaccine Injury Compensation Program, 2010–2016. *Vaccine* 2020;38:1076-83.
9. Bodor M, Montalvo E. Vaccination-related shoulder dysfunction. *Vaccine* 2007;25:585-7.
10. Okur G, Chaney KA, Lomasney LM. Magnetic resonance imaging of abnormal shoulder pain following influenza vaccination. *Skeletal Radiol* 2014;43:1325-31.
11. Trollmo C, Carlsten H, Tarkowski A. Intra-articular immunization induces strong systemic immune response in humans. *Clin Exp Immunol* 1990;82:384-9.
12. Cantarelli Rodrigues T, Hidalgo PF, Skaf AY, Serfaty A. Subacromial-subdeltoid bursitis following COVID-19 vaccination: a case of shoulder injury related to vaccine administration (SIRVA). *Skeletal Radiol* 2021;50: 2293-7.
13. Dumonde DC, Glynn LE. The production of arthritis in rabbits by an immunological reaction to fibrin. *Br J Exp Pathol* 1962;43:373-83.
14. NHG-werkgroep Schouderklachten. NHG-Standaard Schouderklachten. Utrecht: NHG, 2019. Geraadpleegd: 20 december 2021.
15. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. COVID-19-vaccinatie uitvoeringsrichtlijn. Geraadpleegd: 20 december 2021.
16. Australian Technical Advisory Group on Immunization. The Australian immunization handbook. 10th ed. Canberra: Department of Health, 2013.

Haaksman M, Van Erp-van Boekel A, De Vries E, Robben Y. Aanhoudende schouderklachten na vaccinatie. *Huisarts Wet* 2022;65(4):38-41. DOI:10.1007/s12445-022-1422-1. Bijwerkingencentrum Lareb, 's-Hertogenbosch: M. Haaksman, beoordelaar, farmakundige, m.haaksman@lareb.nl; A. van Erp-van Boekel, wetenschappelijk beoordelaar, arts. Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch: E. de Vries, medisch specialist, lid klinische adviesraad Lareb. Huisartsenpraktijk de Mierden, Reusel: Y. Robben, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Transmuraal team tegen oxycodongebruik

1. In Arnhem werd het gebruik van kortwerkend oxycodon met 60% teruggedrongen door het voorschrijfbeleid in het ziekenhuis te reviseren en nascholingen/FTO in de eerste lijn te organiseren. Dat blijkt uit het artikel van Knuijver et al.¹ Waar werd de reductie vooral behaald?
- Bij huisartsen en snijdende specialisten
 - Bij snijdende en niet-snijdende specialisten
 - Bij verpleeghuisartsen en huisartsen



2. Tussen 2008 en 2017 verdubbelde het opioïdgebruik in Nederland. Het oxycodongebruik verviervoudigde zelfs. Aan welke categorie patiënten is de huisarts in deze periode vooral meer opioïden gaan voorschrijven?¹
- Aan oncologische patiënten
 - Aan patiënten met pijnklachten van het bewegingsapparaat
 - Aan postoperatieve patiënten
3. De sterke afname van kortwerkend oxycodon in dit onderzoek had als gevolg dat andere pijnstillers vaker werden voorgeschreven. Eén pijnstiller werd zowel in ziekenhuis als in de huisartsenpraktijk veel vaker voorgeschreven. Welke?¹
- Morfine
 - Naproxen
 - Tramadol
4. Terughoudendheid met voorschrijven opioïden is geboden bij eerdere opioïdafankelijkheid, bij verslavingen en bij psychiatrische comorbiditeit. Zijn vragenlijsten van nut om verhoogd risico op verslaving te voorspellen?²
- Ja
 - Nee

5. Bij chronische pijn kan sensitisatie optreden van het pijnsysteem (nociceptieve pijn). De pijndrempel wordt dan lager en pijnprikkels worden versterkt waargenomen (hyperalgesie). Hoe werken opioïden op dit effect?²
- Opioïden zwakken dit effect af
 - Opioïden versterken dit effect
6. De NHG-Standaard Pijn doet een aanbeveling over hoe sterkwerkende opioïden bij voorkeur moeten worden toegediend. Welke weg heeft de voorkeur?²
- Oraal
 - Rectaal
 - Transdermaal

7. De heer Mol, 37 jaar, gaat stoppen met de MS Contin-tabletten die hij tweemaal daags gebruikt vanwege chronische rugpijn. Omdat hij het middel maandenlang heeft gebruikt, dient hij het langzaam af te bouwen. Welk afbouwadvies is correct?²
- Verlaag elke week de dosering met 10-25%
 - Verlaag elke week de dosering met 25-40%
 - Verlaag elke 2 weken de dosering met 10-25%

8. Hoe worden sterkwerkende opioïden afgebouwd na kortdurend gebruik (< 1 maand)?²
- De dosering elke dag halveren
 - De dosering elke 2 dagen halveren
 - De dosering elke 2 weken halveren

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

LITERATUUR

- Knuijver TG, Pelsers J, Van der Geest A, Terheggen MA. Transmuraal team tegen oxycodongebruik. Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1419-9.
- NHG-werkgroep Pijn. NHG-Standaard Pijn. <https://richtlijnen.nhg.org/>.

ANTWOORDEN

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

Antwoord ecg-casus 'Trage hartslag'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie & regelmaat* | Er zijn van links naar rechts 12 complexen te zien, de frequentie zou daarmee 72/min zijn. Het ritme lijkt onregelmatig, maar bij verandering van afleiding is er steeds meteen na 2 mm een QRS-complex te zien. De instelling van het ecg-apparaat toont van alle afleidingen 3 opeenvolgende hartslagen die tegelijk zijn opgenomen. Er wordt dus maar 2,5 seconde hartritme getoond. Je ziet dan per horizontale lijn niet 12 opeenvolgende hartslagen, maar telkens dezelfde 3 complexen in verschillende afleidingen. Bij polspalpatie is er dan ook een volstrekt regelmatige hartslag met een frequentie van 54-60/min. Dit past bij het RR-interval van circa 5 blokken (300 blokken in 1 minuut; 300 gedeeld door het RR-interval van 5 betekent 60 slagen/min).
2. *As* | De meest positieve afleiding is afleiding I (horizontaal, 0 graden). De meest iso-elektrische afleiding is afleiding avF (avF verloopt onder een hoek van +90 graden, een as loodrecht daarop past eveneens bij 0 graden). De as is dus normaal.
3. *P-top* | De P-toppen in afleiding II zijn niet te hoog of te breed. De P-top in V1 is bifasisch met slechts een klein negatief deel (< 1 mm breed en < 1 mm diep), dat is normaal. In afleiding V4 en V5 zijn er na de T-top 2, sterk op elkaar lijkende, hobbeltjes (deflecties) te zien. De eerste deflectie wordt niet gevolgd door een QRS-complex, de tweede wel. De niet gevolgde deflectie ligt niet precies tussen 2 wel gevolgde P-toppen in en is daardoor vrijwel zeker niet veroorzaakt door atriale activiteit. Atriale prikkelvorming (uit de sinusknop of een atriaal focus) is immers altijd regelmatig. De extra deflecties zijn dus geen P-toppen, maar zeldzamere U-golven die de elektrische stroom van de repolarisatie van de purkinjevezels weergeven. Deze repolarisatie vindt plaats na de repolarisatie van het grootste deel van de ventrikels (de T-top). Op de meeste ecg's is de U-golf niet zichtbaar doordat het om lage voltages gaat. Alleen bij trage ritmes zijn ze weleens waar te nemen.

4. *PQ-tijd* | Normaal, namelijk 1 blok van 5 mm (= 200 ms).
 5. *Q* | Normaal. Geen pathologische Q's.
 6. *QRS* | Normaal. Slank QRS met normale voltages en 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. 11 mm (= 440 ms), passend bij de vrij trage frequentie en kleiner dan de helft van de cyclusduur.
 10. *Ritme* | Normale P-toppen voorafgaand aan QRS-complexen, positief in II, III en avF. Normale PQ-tijd. Sinusritme.
- + *Conclusie* | Normaal ecg, waarbij de schijnbare onregelmatigheid wordt veroorzaakt door de afwijkende instelling van het apparaat. De vermeende extra P-toppen zijn U-golven. Met een normaal sinusritme van 50-60/min en de goede inspanningstolerantie van de patiënte, is er geen aanleiding voor nader onderzoek.

2. ANAMNESE EN BELEID

Er is geen tweedegraads AV-blok. De patiënte gaat na uitleg over het ecg gerustgesteld naar huis en hervat het sporten. U-golven (gevormd door de repolarisatie van de purkinjevezels) zijn op de meeste ecg's niet waar te nemen, maar bij tragere ritmes worden ze soms zichtbaar en dan lijken ze vaak op P-toppen. Ze vallen echter nooit in een regelmatig verband met de P-toppen die voorafgaan aan de QRS-complexen, waardoor ze daarvan vrij gemakkelijk te onderscheiden zijn. U-golven zijn slechts zeer zelden klinisch relevant. Het is aan te raden om de standaardinstellingen van een ecg-apparaat aan te houden, waarbij de afleidingen die op 1 lijn staan samen 10 seconden opeenvolgende hartactiviteit weergeven (consecutief in plaats van simultaan). ■



Diagnostiek in de nieuwe NHG-Standaard Acut coronair syndroom

Iris Wichers

In de herziene NHG-Standaard Acut coronair syndroom is er weinig gewijzigd ten opzichte van de vorige standaard uit 2012. Er is helaas geen bruikbare beslisregel of point-of-care test (POCT) beschikbaar voor de huisartsensetting. We zullen ons moeten blijven baseren op de anamnese en relatief veel patiënten moeten verwijzen om zo min mogelijk hartinfarcten te missen. Dat doen we goed, zo blijkt in de praktijk: er is weinig vertraging bij triage op de huisartsenpost.

Aanleiding voor de herziening van de NHG-Standaard Acut coronair syndroom (ACS) was de gedateerdheid van de vorige standaard en het streven naar een efficiëntere opbouw, waarmee een volgende herziening makkelijker wordt. De multidisciplinaire werkgroep bestond uit huisartsen, een epidemioloog, cardiologen en patiëntenvertegenwoordigers.

INCIDENTIE

De incidentie van een acut myocardinfarct is het afgelopen decennium enigszins gestegen door de vergrijzing en het gebruik van een gevoeliger cardiale schademarker (high-sensitivity troponine ofwel hs-Trop) in het ziekenhuis.

ACS EN LEEFTIJD

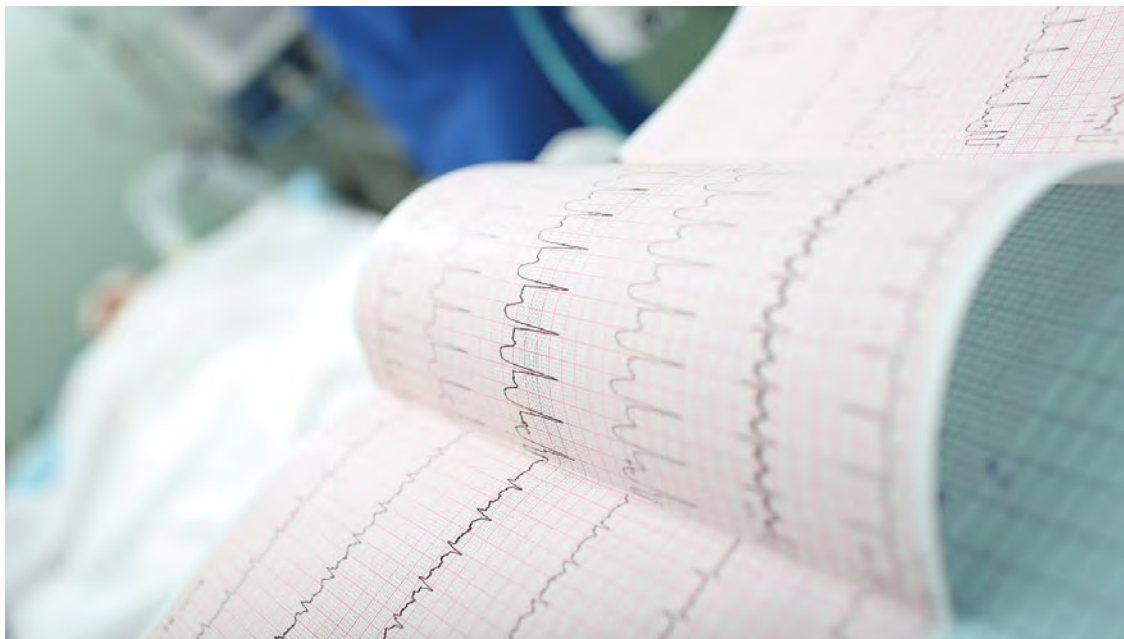
De klachten waarmee patiënten op het spreekuur komen zijn vooral afhankelijk van de leeftijd. Op jongere leeftijd staat pijn

op de borst op de voorgrond, terwijl oudere mensen (> 75 jaar) daar in de helft van de gevallen geen last van hebben. Bij die laatsten kan er sprake zijn van acut ontstane kortademigheid en (veelal extreme) vermoeidheid. Onder de 40 jaar komt ACS zeer weinig voor, bij zowel mannen als vrouwen.

MAN-VROUWVERSCHILLEN EN DISCUSSIE IN DE WERKGROEP

Op basis van de bestaande literatuur bleek de pathofysiologie van mannen en vrouwen bij ACS overwegend hetzelfde. Er bestaan wel enkele markante verschillen, zoals het hartinfarct zonder obstructie van de coronairen (MINOCA), dat we vaker bij vrouwen zien. Maar de klachten die worden veroorzaakt door aanhoudende ischemie van het myocard zijn grotendeels identiek. Wel is er een verschil in de manier waarop vrouwen en mannen de klachten presenteren. Toch bleek uit recent Nederlands onderzoek dat mannen en vrouwen op de HAP bij een vermoeden van ACS even vaak een hoge urgentie kregen toegewezen.

De werkgroep vond het belangrijk te benoemen wat de werkelijke verschillen en overeenkomsten tussen mannen en vrouwen zijn. Met andere woorden: als de overeenkomst (zoals bij de klachten) veel groter is dan het verschil, dan kan het uitvergroten van (het klinisch niet-relevante) verschil als onbedoeld effect hebben dat zowel bij mannen en vrouwen als bij zorgverleners verwarring optreedt. Zo kunnen vrouwen



Er worden relatief veel patiënten verwezen om zo min mogelijk hartinfarcten te missen.

Foto: Shutterstock

denken dat ze alleen een ACS kunnen hebben als ze géén pijn op de borst hebben en pas gealarmeerd raken als ze benauwd of extreem moe zijn.

DIAGNOSTISCHE VOORSPELREGEL

Hoewel het literatuuronderzoek 3 nieuwe onderzoeken naar het gebruik van voorspelregels in de huisartsenpraktijk opleverde, bevestigden deze vooral de bevinding dat een regel geen meerwaarde heeft boven het klinisch oordeel van de huisarts. Daarom ontraadt de standaard het gebruik van de huidige diagnostische voorspelregels.

POINT-OF-CARE-TESTS

In de huisartsenpraktijk is er behoefte aan een instrument waarmee een ACS veilig kan worden uitgesloten. Het gebruik van de POCT 'gewone' Troponin T en H-FABP voor het uitsluiten van een ACS in de huisartsenpraktijk raadt de werkgroep af: het percentage fout-negatieve uitslagen is te hoog (4-14%). De hs-Troponin-bepaling speelt echter wel een belangrijke rol bij het uitsluiten van myocardiale schade en als prognostische bepaling in de ziekenhuissetting. Een POCT hs-Troponin is nog niet beschikbaar.

DE TOEKOMST

Klinische beslisseregels (met of zonder ecg) zullen moeten worden aangevuld met een voldoende sensitieve biochemische bepaling van acute myocardschade. Op dit moment loopt er in Nederland in de ambulance- en huisartsensetting gerandomiseerd onderzoek naar de veiligheid van het gebruik van een POCT hs-Troponin-bepaling in combinatie met klinische beslisseregels plus ecg bij een vermoeden van een ACS. Voorlopig is het klinische oordeel van de huisarts nog leidend. ■

Wichers IM. Diagnostiek in de nieuwe NHG-Standaard Acuut coronair syndroom. Huisarts Wet 2022;65(4):46-7. DOI:10.1007/s12445-022-1418-x.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. I.M. Wichers, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker NHG, i.wichers@nhg.org.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep bestond uit [alfabetische volgorde]: Auwerda A, Bouma M, Bruins-Slot M, Van Casteren B, Cohen M, Damman P, Greving JP, De Roy-van Zuijdewijn F, Rutten FH, Wichers IM, Willemsen RT, Woudstra P.

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom op richtlijnen.nhg.org.

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.



Aanpak van langdurige klachten na COVID-19

Fleur Otto, Hanneke Stam, Jacoba Greving

De nieuwe NHG-Standaard Langdurige klachten na COVID-19 beschrijft de diagnostiek en het beleid voor volwassen patiënten die langer dan 4 weken klachten houden na infectie met SARS-CoV-2. Deze standaard is onderdeel van een integrale, evidencebased multidisciplinaire richtlijn, die is ontwikkeld op initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Federatie Medisch Specialisten en de Long Alliantie Nederland.

Uit de nu beschikbare gegevens (van ongevaccineerde patiënten) blijkt dat ongeveer de helft van alle patiënten die COVID-19 doorgemaakt hebben, na 3 maanden nog niet geheel klachtenvrij is. Precieze frequenties variëren enorm per onderzoek en zijn grotendeels afhankelijk van de onderzochte populatie en het tijdstip na infectie. Hoewel er momenteel geen gegevens beschikbaar zijn over langdurige klachten na COVID-19 bij gevaccineerden, mogen we aannemen dat iedereen die COVID-19 heeft doorgemaakt langdurige klachten kan ontwikkelen. De belangrijkste klachten zijn vermoeidheid, verminderde inspanningsintolerantie, spierzwakte, dyspneu, cognitieve klachten en reuk- of smaakstoornissen. Ook hebben veel patiënten last van angst en slaapproblemen.

In de eerste 3 maanden na de acute infectie zien we de

grootste daling van het aantal klachten bij patiënten. Daarna verloopt de afname van de klachten (zowel in aantal als intensiteit) minder snel. Patiënten met een ernstiger beloop van de acute infectie of meer klachten ten tijde van de acute infectie lijken een hoger risico te lopen op langdurige klachten.

DIAGNOSTIEK

Patiënten komen met uiteenlopende klachten op het spreekuur en vaak hebben ze meerdere klachten tegelijkertijd.

Afhankelijk van het moment waarop de patiënt u raadpleegt, de aard van de (ingangs)klachten en hulpvraag neemt u een meer of minder uitgebreide anamnese af. Kijk daarbij ook naar de manier waarop de patiënt met de klachten omgaat en het effect op het dagelijks functioneren. Omdat spiermassa en conditie bij bedlegerigheid snel afnemen, is het belangrijk om alert te zijn op spiermassaverlies, zeker bij klachten van spierzwakte of balansproblemen [**kader**].

Voer lichamelijk onderzoek uit op grond van het individuele klachtenpatroon en de differentiële diagnose.

Oriënterend laboratoriumonderzoek, een X-thorax of inspanningstests lijken niet bij te dragen aan het aantonen, dan wel uitsluiten van aan COVID-19 gerelateerde pathologie. Verricht dan ook alleen aanvullend onderzoek wanneer u vermoedt dat de klachten een andere oorzaak hebben.



Langdurige klachten na COVID-19 komen bij veel patiënten voor.

Foto: Shutterstock

RISICO OP SPIERMASSAVERLIES

Wees alert op mogelijk spiermassaverlies/spierkrachtverlies bij:

- onbedoeld gewichtsverlies sinds COVID-19 (of afgelopen 6 maanden ≥ 4 kg of $\geq 5\%$)
- spierzwakte, onvoldoende balans (bijvoorbeeld bij het opstaan)
- verminderde voedingsinname door gebrek aan eetlust, reuk- en/of smaakverlies of andere aan COVID-19 gerelateerde maagdarmproblemen

BELEID

Bij de aanpak van langdurige klachten na COVID-19 kunt u onderscheid maken tussen enkelvoudige klachten en meerdere, met elkaar samenhangende klachten. In beide gevallen zullen het inventariseren en vervolgen van de klachten en het begeleiden van de patiënt vaak meer consulten beslaan. Besteed hierbij aandacht aan de biologische, psychologische en sociale aspecten. Bepaal in samenspraak met de patiënt of behandeling gewenst is of dat in eerste instantie kan worden afgewacht. Er is geen bewijs dat medicamenteuze behandeling het herstel van langdurige klachten bevordert.

De standaard geeft voor de meest voorkomende langdurige klachten per klacht adviezen over voorlichting en verwijzing. De eerste 6 weken na COVID-19 ligt de nadruk op leefstijladviezen. Na 6 weken kunt u in overleg met de patiënt besluiten om een paramedicus bij de behandeling te betrekken. Bij vermoeidheidsklachten en energiemangement kan de ergotherapeut een belangrijke rol spelen. Overweeg verwijzing naar een medisch specialist wanneer de patiënt ondanks eerstelijnsbehandeling onvoldoende herstelt. Bij meerdere klachten zult u de patiënt vaak naar verschil-

lende paramedici verwijzen. Hier ligt een uitdaging voor alle betrokken zorgverleners: op basis van de gestelde doelen dienen zij de interventies op elkaar af te stemmen en zo nodig (gezamenlijk) te evalueren. Bepaal in onderling overleg welke zorgverlener deze multidisciplinaire behandeling coördineert. Overweeg in de volgende gevallen verwijzing naar de tweede lijn voor een multidisciplinair overleg:

1. bij onvoldoende herstel van matig ernstige samenhangende klachten na ≥ 6 maanden behandeling in de eerste lijn;
2. bij grote complexiteit van klachten;
3. bij diagnostische twijfel over de vraag of de combinatie van de klachten en het beloop past bij herstel na COVID-19.

Blijf bij langdurige (of verergerende) klachten na COVID-19 alert op andere of bijkomende oorzaken, zoals hartfalen, astma/COPD, angina pectoris, longembolie of een (nieuwe) respiratoire infectie. Zie de betreffende standaarden voor diagnostiek en beleid. ■

Greving J, Otto F, Stam H, namens de werkgroepen NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn. Aanpak van langdurige klachten na COVID-19. Huisarts Wet 2022;65[4]: 48-9]. DOI:10.1007/s12445-022-1417-7.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling, Utrecht: F. Otto, huisarts, wetenschappelijk medewerker, f.otto@nhg.org; H. Stam, huisarts, wetenschappelijk medewerker; J. Greving, wetenschappelijk medewerker.

De NHG-werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): P. Bindels, J.P. Greving, J. van Hardeveld, E. Janszoon, F. Otto, R. van Schie, H. Stam, H. in 't Veen, R. Venekamp, C. Wassing-Molema, R. Wennekes. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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



Reacties ‘Scheur- of lapverwonding’

In het eerste nummer van dit jaar verscheen een casuïstiek van Niels Langhout en Just Eekhof over scheur- of lapverwonding bij dunne huid (Huisarts Wet 2022;65(1):40-3). Op dit artikel zijn online veel reacties binnengekomen. Hieronder plaatsen we daarvan een korte selectie. Daarnaast besteden we in de podcast van april aandacht aan dit aansprekende onderwerp.

KOSTBARE VERBANDMATERIALEN [1]

Graag wil ik reageren op het artikel over scheur- of lapverwondingen bij een dunne huid. Het verbaast mij dat bij het verbinden van deze wonden het advies wordt gegeven om (dure) siliconen, hydrogel, schuimverbanden, hydrofibers of alginaten te gebruiken. Hierbij wil ik de volgende kanttekeningen plaatsen. De auteurs stellen dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor de behandeling van scheur- of lapverwondingen. Vervolgens gebruiken ze toch 3 bronnen om de keuze voor het genoemde verbandmateriaal te motiveren. Twee bronnen (van LeBlanc) zijn niet onafhankelijk. De derde bron betreft de richtlijn wondzorg van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde uit 2013. Hierin wordt weliswaar een advies voor de genoemde wondbedekkers gegeven, maar tegelijkertijd wordt expliciet vermeld: ‘Er is geen wetenschappelijk bewijs van voldoende kwaliteit voor (het verbinden van) scheur- of lapwonden gevonden.’

Twee jaar later (2015) verscheen de richtlijn ‘Verstandige keuzes bij een acute wond’ van de Federatie Medische Specialisten. Hierin staat: ‘Gebruik geen kostbare verbanden als gaas volstaat. Voor veel wonden – zoals postoperatieve, scheur-, lap- of bijtewonden – is een niet-klevend (vet- of paraffine-) gaasverband voldoende. Bij wondlekkage kan aanvullend absorberend verband worden gebruikt.’ De effectiviteit van vet-

gaas bij wondbehandeling is vervolgens in een evidencebased onderzoek bevestigd en werd gepubliceerd in het artikel ‘Een regionaal protocol voor wondbehandeling’ van Monique van Montfort en Brigitte Burger (Huisarts Wet 2020;63(6):38-40). In het kader van zinnige en zuinige zorg is het daarom jammer dat de auteurs, zonder onderbouwing en in strijd met recentere onafhankelijke literatuur, kostbare verbandmaterialen adviseren van paraffinegaas (4 tot 6 lagen) volstaat.

Monique van Montfort, huisarts



REACTIE AUTEURS OP 'KOSTBARE VERBANDMATERIALEN [1]'

Van Montfort stelt dat vette gazen de voorkeur hebben boven siliconen(schuim)verband. Dit baseert zij op haar zelfgeschreven ‘evidencebased’ artikel ‘Een regionaal protocol voor wondbehandeling’ uit 2020 in H&W. In dit artikel wordt de behandeling van ulcera, brandwonden en schaafwonden beschreven (samen > 75% van de 236 wonden). Of er tussen de overige wonden een scheur- of lapverwonding zit, wordt niet vermeld. De ‘nieuwe’ bron waar Van Montfort aan verwijst [‘Verstandige keuzes bij een acute wond’] is geen richtlijn maar een document van 2 pagina’s met 5 korte adviezen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH). Dit document is onder andere gebaseerd op de Richtlijn wondzorg van de NVVH uit 2013.

Ze spreken elkaar dus niet tegen, haar ‘nieuwe’ literatuur is deels op de richtlijn gebaseerd. Met andere woorden: de adviezen uit de Richtlijn wondzorg van de NVVH en de 2 niet-onafhankelijke Delphi-onderzoeken (waarvan de adviezen grotendeels met de richtlijn overeenkomen) blijven leidend voor de behandeling van scheur- en lapverwondingen.

Bij de behandeling van deze wonden is het doel de epidermis huidflap, die is losgekomen van de dermis, opnieuw te laten

hechten. Hierbij is het minimaliseren van verplaatsing van de flap en onderlaag essentieel. Na het terugplaatsen van de flap is het zaak verschuiven en ‘oprollen’ van de flap te voorkomen. De Richtlijn wondzorg van de NVVH geeft een voorkeur aan voor siliconenverband vanwege de ‘plakkracht’ waarmee verschuiving van de huidflap wordt voorkomen en vanwege het feit dat het verband 7 tot 10 dagen in situ kan blijven. De richtlijn geeft aan dat vette gazen worden afgeraden vanwege het risico op verschuiven en necrotiseren van de huidflap. Van Montfort spreekt daarnaast ook van ‘kostbare verbandmaterialen’. Bij dagelijks verwisselen van vette gazen [10 x 10 is €1,03 per gaas] zijn de kosten vergelijkbaar met die van siliconengas [10 x 10 siliconenverband met overlappende absorberend schuim €11,64] dat na 7 tot 10 dagen wordt verwijderd. Bij een ongecompliceerd beloop is de wond in deze termijn genezen. Hierbij worden de kosten voor de thuiszorg voor het dagelijks verwisselen van de vette gazen niet meegenomen, nog los van de huidige beschikbaarheidsproblemen bij de thuiszorg.

Just Eekhof en Niels Langhout

KOSTBARE VERBANDMATERIALEN [2]

Mijn artikel uit 2020 over wondbehandeling, dus ook over de behandeling van scheur- en lapwonden, wordt onderbouwd door 27 onafhankelijke wetenschappelijke publicaties. Het beschrijft de voorwaarden voor een optimale wondgenezing, ons eenvoudige regionale protocol voor wondbehandeling, en een onderzoek van 5 jaar naar de implementatie en effectiviteit van dit protocol. In dit protocol worden wonden dagelijks gereinigd (spoelen), verbonden met paraffinegas (4 tot 6 lagen) en worden de wondranden beschermd met zinkolie. Dit artikel is gepubliceerd in H&W na een uitgebreid reviewproces. Daarnaast heb ik voor het ontwikkelen van dit regionale multidisciplinaire wondprotocol en mijn onderzoek in 2021 de KNMG Ontwikkelingsprijs gewonnen op het Nicolaes Tulp Symposium. Zowel de publicatie als de toegekende prijs geeft aan dat het artikel van voldoende wetenschappelijke kwaliteit is.

De opmerking van de auteurs over de plakkracht van siliconen – waarmee verschuiving van de huidflap wordt voorkomen en het verband 7 tot 10 dagen in situ kan blijven – komt uit de richtlijn van 2013, is niet onderbouwd en vervalt vanwege de update in 2015. In mijn artikel heb ik ook onderbouwd dat er een wildgroei is aan dure verbandmaterialen, die gepaard gaat met een kostenstijging van de wondzorg, zonder bewijs voor de meerwaarde. Zo verscheen in het GeBu 2016 een overzicht waarbij werd aangegeven dat van geen enkele (moderne) wondbedekker de meerwaarde is aangetoond. Expliciet werd dit nog een keer benadrukt voor foamverbanden in het GeBu van 2018. Het afraden van vette gazen vanwege het risico op verschuiven en necrotiseren van de huidflap wordt op geen enkele manier wetenschappelijk onderbouwd, is in tegenspraak met mijn onderzoeksresultaten en mag dus niet zo worden gesteld.

De kosten van siliconen-, schuim- en andere moderne verbanden zijn wel degelijk hoger. Dit heeft met een aantal factoren te maken. Het verbandmateriaal is duurder. Een eerste recept (meestal voor 2 weken) voor wondbehandeling met paraffinegas, niet-steriele, nonwoven gaasjes, elastomull en zinkolie op de wondranden kost ongeveer 15 tot 20 euro. Een eerste recept voor siliconen, schuimverband, hydrogel, alginaten of hydrofibers met afdekkende gazen en windsel kost gemiddeld tussen de 50 en 100 euro (afhankelijk van het materiaal). Een vetgas kost per stuk 10 eurocent, een siliconenverband (of ander modern wondverband) kost per stuk tussen de 13 en de 100 euro, afhankelijk van de grootte en het soort. Dan zijn er extra kosten door

een gestoorde wondgenezing bij siliconen, omdat de wonden, als zij hiermee 5 tot 10 dagen worden bedekt, niet kunnen worden gereinigd. Dit wordt ondersteund door het verwijspercentage bij gebruik van moderne wondbedekkers. Het wondbehandelcentrum in Dokkum (waar alle wonden uit 5 huisartsenpraktijken worden gezien en waar moderne middelen zoals siliconen en schuimverbanden worden gebruikt), heeft een verwijspercentage van 11 tot 13%. Mijn verwijspercentage met paraffinegas is 1,7%. Dit is een factor 7 lager, dus dat is een fors verschil in kosten. De auteurs hebben gelijk als zij bij de behandeling met paraffinegas, waarbij de wond dagelijks moet worden verbonden, de extra kosten van de thuiszorg noemen. Maar daar staat tegenover dat de behandeling met paraffinegas dermate eenvoudig is dat verreweg de meeste patiënten het zelf doen en thuiszorg zelden hoeft te worden ingeschakeld. Daarnaast is de genezing zo snel (bij een acute wond 1 tot 2 weken) dat de thuiszorg, als zij al moet komen, maar voor een beperkte periode hoeft te worden ingezet. En als laatste hoeft er zelden te worden verwezen, en hoge kosten ontstaan juist als een wond niet geneest.

De auteurs geven terecht aan dat het doel van de behandeling is om een vochtig wondklimaat te realiseren. In mijn artikel zijn de voorwaarden voor een optimale wondgenezing beschreven, met onderbouwing door literatuur. Siliconen gedurende 5 tot 10 dagen laten zitten op een wond voldoet echter niet aan deze voorwaarden. Fibrinebeslag, necrotisch weefsel, bloedresten en débris dienen zo veel mogelijk te worden verwijderd omdat deze een optimaal milieu vormen voor bacteriële proliferatie, een ontstekingsreactie stimuleren, epithelisatie beperken en de visualisatie van een wondbed belemmeren. Als een wond niet dagelijks wordt verschoond en gespoeld ontstaat er verweking van de wond met inflammatie en een verstoorde wondgenezing. Juist het dagelijks spoelen van een wond en het verbinden met paraffinegas stimuleert de wondgenezing. Daarom is het verwijspercentage bij deze wondbehandeling ook zo laag. Mijn wetenschappelijk onderbouwde stelling is dat elke vochtige wond – ongeacht de duur, de locatie, de etiologie, het stadium en de kleur (geel, rood of zwart) – met de behandeling volgens ons eenvoudige en goedkope wondprotocol – dus met spoelen en paraffinegas (4 tot 6 lagen) en zinkolie op de wondranden – in korte tijd geneest. Deze wondbehandeling is bewezen zinnige en zuinige zorg.

Monique van Montfort, huisarts

REACTIE AUTEURS OP 'KOSTBARE VERBANDMATERIALEN [2]'

Wij denken dat u en wij niet tot overeenstemming gaan komen. We moeten echter wel verschil maken tussen feiten en meningen. Een feit is dat het 2 pagina's tellende document met 5 korte adviezen van de NVVH en NVDV absoluut geen update is van de richtlijn, maar een korte samenvatting van de richtlijn Wondzorg uit 2013. De herziening van richtlijn uit 2013 is gaande en een conceptversie is op dit moment in de commentaarfase. De herziening wordt aangekondigd in het overzicht 'Richtlijnen die momenteel voor commentaar liggen' op de website van de NVVH [<https://heelkunde.nl/themas>]. De herziening van de richtlijn wordt verwacht in 2023.

Op de website van de Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie staat het concept dat voorligt voor commentaar aan andere organisaties [<https://www.nvmm.nl>]. In deze conceptversie lijken geen aanpassingen te worden gedaan in de submodule over lap- en scheurverwondingen. Dat wijst erop dat de NVVH geen reden zag op basis van nieuw onderzoek hun adviezen voor scheur- en lapverwondingen uit 2013 te herzien. Mocht u van mening zijn dat de NVVH belangrijk bewijs over het hoofd heeft gezien, dan lijkt het ons dat u zich tot de NVVH moet wenden.

Just Eekhof en Niels Langhout

STERISTRIPS

Ook ik heb in het verleden dit soort wonden tevergeefs geprobeerd te hechten. Opvallend genoeg lees ik in dit artikel dat het gebruik van steristrips wordt ontraden. Mijn ervaring leert juist dat het gebruik van steristrips een goede en snelle genezing van dit soort wonden laat zien. De truc hierin is wel om het uiteinde van de steristrip eerst met huidlijm te fixeren waarna je de steristrip over de wond sluit, zodat de wondranden geapproximeerd worden. Vervolgens fixeert je ook het andere uiteinde met huidlijm. Op deze manier hebben de wondranden zelf weinig spanning, is er een goede doorbloeding en blijven de aangebrachte steristrips goed op zijn plaats voor de gewenste 10 tot 14 dagen.

Naomi Beks, huisarts

REACTIE AUTEURS OP 'STERISTRIPS'

Wij danken collega Beks voor het delen van haar ervaring. Beks besteedt aandacht aan het spanningsvrij en gelijkmatig fixeren van de huidflap met minimaliseren van mogelijke bewegingen tussen flap en onderlaag en zo min mogelijk beperken van de doorbloeding. Daarnaast voorkomt deze benadering dagelijks manipulatie bij wondverzorging. Het risico om de kwetsbare flap te beschadigen lijkt hiermee beperkt te worden.

Just Eekhof en Niels Langhout

MEER WETEN?

Lees alle reacties bij 'Scheur- of lapverwonding bij dunne huid' op www.henw.org.



Figuur 1 uit het artikel 'Scheur- en lapverwonding bij dunne huid' uit H&W 1 van 2022. Dit is een scheurwond categorie 1, zonder weefselverlies.

H&W-redacteur Kim van Wijck: 'Artikelen met veel uitdaging geven de meeste voldoening'

Wie zijn de mensen die Huisarts en Wetenschap maken? Die elke 2 weken bij elkaar komen om artikelen te bespreken, te discussiëren over de ontwikkelingen in het huisartsenvak en te brainstormen over themanummers? In de serie Redactie in beeld stellen ze zich voor. Huisarts Kim van Wijck is sinds juli 2019 verbonden aan H&W als redacteur.

PASSIE

'Passie in de spreekkamer, dat klinkt spannender dan het is. Voor mij houdt dit in om echt naar de mens tegenover me te kijken. Wat beweegt iemand om de huisarts te bezoeken? Wat vertelt iemand mij en wat moet ik tussen de regels door lezen? Waar moet ik specifiek naar vragen om goed te kunnen helpen? Dat vind ik de grote uitdaging van ons vak. Mijn passie buiten de spreekkamer is sporten. Ik houd van hardlopen, krachttraining en wielrennen. Soms doe ik dat alleen, soms met mijn oudste zoon op de mountainbike en de jongste in de hardloopkar. Lekker de natuur in en genieten. *Outside is free.*'

MISSIE

'Als redacteur is het mijn missie om een brug te bouwen tussen de zich continu ontwikkelende wetenschap en onze dagelijkse zorg in de spreekkamer. H&W is bij uitstek een medium dat de Nederlandse huisarts en de aiossen van een goede wetenschappelijke basis voorziet, door bij elk artikel zorg te dragen dat het concreet en goed toepasbaar is. Ik ben onder andere verantwoordelijk voor de rubriek Lopend onderzoek, waar jonge onderzoekers de kans krijgen hun onderzoek onder de aandacht te brengen.'

HUISARTS

'Ik ben waarnemend huisarts in Amsterdam. Op dit moment een heel bewuste keuze. In de toekomst wil ik graag praktijkhoudend huisarts worden. Als praktijkhouder kun je nog meer je eigen visie uitdragen dan als waarnemer. Ook draag je er aan bij dat de huisartsenzorg mogelijk blijft in de toekomst.'

WETENSCHAP

'Voor mijn promotie deed ik onderzoek naar de doorbloeding van het maagdarmsstelsel tijdens lichamelijke inspanning bij gezonde proefpersonen. Een onderwerp dat mij nauw aan het hart ligt. We konden aantonen dat er hypoperfusie van het maagdarmsstelsel optreedt tijdens een uur fietsen op 70% van de maximale capaciteit. Ook bleek dat enige darmschade op te

leveren, zonder dat het bij gezonde personen voor problemen zorgde. Bij een selecte groep mensen kan een dergelijke staat van hypoperfusie echter wel degelijk voor maagdarmlachten zorgen. We toonden ook aan dat inname van een NSAID een uur voor de inspanning de darmschade verdubbelde. Zeker voor de selecte groep mensen met maagdarmlachten bij inspanning is het dus goed om NSAID's te vermijden. Ik houd ervan als onderzoek leidt tot duidelijke conclusies die in de praktijk van betekenis zijn. Na mijn promotieonderzoek werkte ik een aantal jaren binnen de chirurgie. Toen ik de overstap maakte naar de huisartsopleiding in Amsterdam bleek er weer ruimte voor meer wetenschappelijke activiteiten. Inmiddels ben ik alweer 3 jaar onderdeel van een heel gemotiveerd en inspirerend H&W-team dat steeds weer voor mooie artikelen zorgt.'

MOOISTE ARTIKEL

'De uitdagendste artikelen geven mij vaak de meeste voldoening. Soms betekent dat met de auteur stap voor stap een artikel herschrijven. Een andere keer werk je nauw samen met ons grafisch ontwerp bureau en de auteur om een deel van het artikel in een infographic te kunnen weergeven. Voor mij springt er daarom niet een artikel uit dat ik het mooist vind. Elk artikel is anders. Op dit moment werk ik samen met een gastredactie aan een heel mooi themanummer Kopzorgen. Enorm veel werk, maar ook inspirerend om van alle kanten specialisten te vragen die hun steentje bijdragen om weer een meesterstuk neer te zetten.' ■



Foto: Vincent Boon

Leven met een bipolaire stoornis zonder medicatie

Alexandra Beunders, Annemiek Dols

Een grote groep mensen met een bipolaire stoornis stopt uit eigen beweging met medicatie of gebruikt de medicijnen nooit. Deze patiënten zijn vaak niet in zorg binnen de ggz, maar mogelijk wel bij de huisarts. Het BI-zonder-onderzoek moet meer inzicht geven in het welbevinden van deze groep mensen.

Mensen met een bipolaire stoornis worden conform de huidige richtlijnen vaak door de psychiater ingesteld op (onderhouds)medicatie.^{1,2} Veel patiënten met een bipolaire stoornis gebruiken deze medicatie levenslang. Toch blijkt uit het landelijk NEMESIS-2-onderzoek dat slechts 38% van de mensen met een bipolaire stoornis medicatie gebruikt.³

Het BI-zonder-onderzoek moet uitwijzen wat voor soort mensen met een bipolaire stoornis zonder medicatie leven en hoe zij met hun ziekte omgaan. Dit onderzoek moet meer inzicht bieden in de klinische en persoonlijke kenmerken van deze groep patiënten en hun strategieën voor zelfmanagement. We includeren mensen van 50 jaar en ouder die minimaal 5 jaar geleden de diagnose bipolaire stoornis hebben gekregen en die de daaraan voorafgaande 5 jaar geen (onderhouds)medicatie hebben gebruikt. Het onderzoek loopt van oktober 2020 tot eind 2022 en wordt gesubsidieerd door Stichting tot Steun VCVGZ.

Het onderzoek bestaat uit 2 delen. Het eerste deel betreft een kwantitatief onderzoek onder 60 deelnemers en bestaat uit vragenlijsten die ze zelf invullen, een interview over psychische en somatische klachten in heden en verleden, een neuropsychologisch onderzoek en enkele lichaamsmetingen. Het tweede deel is een kwalitatief onderzoek waarvoor we

ongeveer 20 van de 60 deelnemers opnieuw uitnodigen voor een diepte-interview.

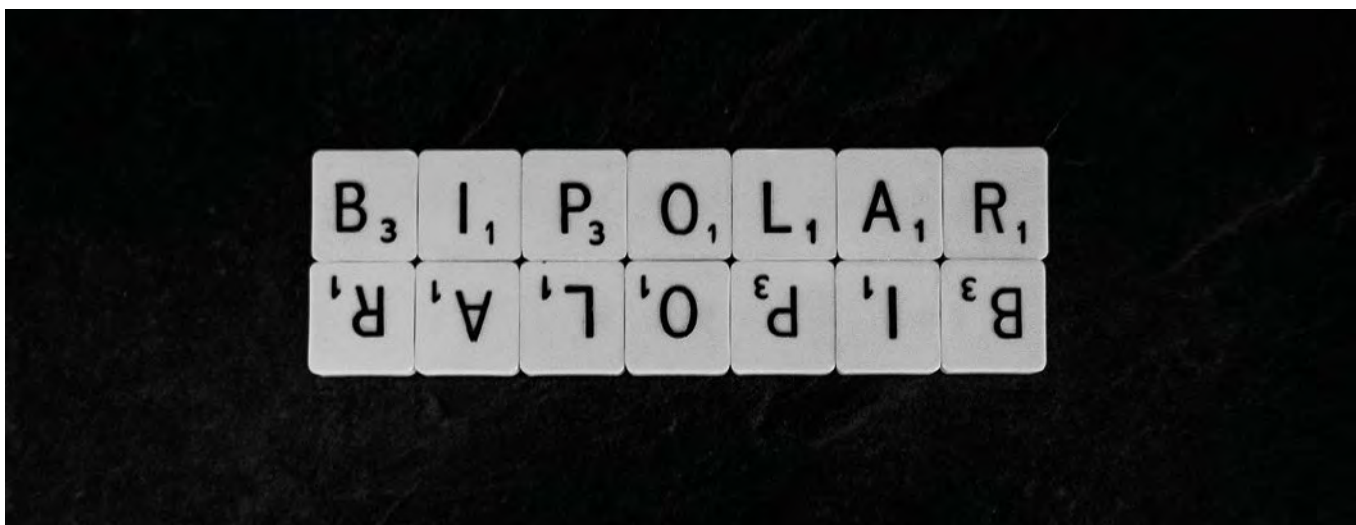
De eerste resultaten van het onderzoek verwachten we in het najaar van 2022. De resultaten kunnen mogelijk bijdragen aan gedeelde besluitvorming over onderhoudsmedicatie en psycho-educatiecursussen kunnen verbeteren. ■

LITERATUUR

1. Trimbos Instituut. Multidisciplinaire richtlijn voor bipolaire stoornissen (derde herziene versie). Utrecht: De Tijdstroom, 2015.
2. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2018;20:97-170.
3. De Graaf R, Ten Have M, Van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. 2010. Geraadpleegd 9 november 2021.
4. Stichting tot steun VCVGZ. <https://stichtingtotsteunvcvz.nl/>. Geraadpleegd 9 november 2021.

Beunders AJM, Dols A. Leven met een bipolaire stoornis zonder medicatie. *Huisarts Wet* 2022;65(4):56. DOI:10.1007/s12445-022-1420-3. GGZ inGeest, Academische Werkplaatsen Ouderenpsychiatrie & Bipolaire Stoornissen, Amsterdam: A.J.M. Beunders, aios psychiatrie, alexandra.beunders@ggzingeest.nl. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Psychiatrie, Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam: A. Dols, psychiater, senior onderzoeker. Zie voor meer informatie ook de website kenniscyclus.nl; correspondentie via bizonder@ggzingeest.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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



Een groot deel van mensen met een bipolaire stoornis gebruikt geen medicatie. Het is de vraag hoe zij met hun ziekte omgaan.

Foto: Unsplash

GESCHIEDENIS VAN DE WESTERSE GENEESKUNDE

Per Schuitemaker | Geschiedenis van de Westerse Geneeskunde van de Oudheid tot de twintigste eeuw | Hoorn: uitgave in eigen beheer [schuitemaker.p@telfort.nl], 2021 | 411 pagina's | € 20,- | ISBN 978 90 81 76 96 55

In het jaar dat zowel het NHG als *Huisarts en Wetenschap* het 65e levensjaar vieren is het wel toepasselijk om een boek over de historie van de geneeskunde te bespreken. In zijn nieuwste boek geeft Per Schuitemaker een overzicht van de opkomst van de geneeskunde in het Westen vanaf de klassieke Oudheid tot aan de drempel naar de 20e eeuw. Daardoor komt hij niet toe aan de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde.

Schuitemaker behandelt zowel de sociale als de wetenschappelijke geschiedenis van de geneeskunde en schetst de chronologie van de belangrijkste ontwikkelingen en gebeurtenissen. Ook gaat hij in op de vragen, ontdekkingen en controverses die de medische vooruitgang hebben gekenmerkt. Zijn verhaal legt een verband tussen ziekte, dokters, eerstelijnszorg, chirurgie, de opkomst van ziekenhuizen, behandeling met medicijnen en farmacologie. Voor de moderne huisarts in een goed geoutilleerde praktijk staat dit verhaal wel wat ver af van de dagelijkse gang van zaken.

In deze tijd is het interessant om te lezen over de door dieren overgebrachte infectieziekten. De 'onzichtbare deeltjes' die ziekten kunnen veroorzaken, hadden in de klassieke oudheid (Varro) en in de middeleeuwen (Avicenna) ook al een groot deel van de wereld in hun greep. Het advies om afstand te houden werd al tijdens de pestepidemie (1347-1351) gegeven.

En natuurlijk kwamen met het werk van Jenner en Pasteur de vaccins beschikbaar die een immuunrespons in het lichaam opwekten.

De lezer maakt kennis met de cruciale ontwikkelingen van de laatste 150 jaar, maar verneemt ook meer over de klassieke, middeleeuwse, islamitische en Oost-Aziatische geneeskunde, bijvoorbeeld via historische figuren als Asklepios, Hippocrates en Avicenna.

Het boek is toegankelijk geschreven en bevat veel aardige details over de context waarin de geneeskunde werd beoefend. Het is uitermate geschikt voor iedereen die behoefte heeft aan een levendige en informatieve inleiding tot de medische geschiedenis. De auteur komt niet toe aan het bespreken van de huisartsgeneeskunde – het boek eindigt met een beschrijving van het werk van Conrad Wilhelm Röntgen. Overigens kunnen we de geneeskunde van Hippocrates en zijn adagium *primum non nocere* wel als typisch huisartsgeneeskundig zien. De focus van het boek ligt vooral op de relatie tussen (basale) wetenschap en geneeskunde. In feite bespreekt Schuitemaker de toenmalige visie: geneeskunde als natuurwetenschap. Na het lezen van dit boek kijk ik uit naar een werk waarin de meer moderne uitwerkingen van de gedachten van Hippocrates aan bod komen, zoals geneeskunde als levenswetenschap en zeker als menswetenschap. Daarin zal de huisarts van vandaag de dag de huidige kernwaarden van het vak nog beter herkennen. ■

Jean Muris

WAARDERING: ●●●●●

COLOFON

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

Redactie

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

Redactie bureau

Nielke Debets, Mariëtte de Rie [secretariaat], Judith Mulder [bladmanager], Ellen Olbers [webredactie], dr. Annet 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

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Stijn van den Broek, Ingrid Hendriksen, Fijtje Koets, Suzanne Weijts-Schavemaker, Shutterstock en Margot Scheerder [beeldredactie]. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org, 088 506 55 46.

Uitgever

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

Advertentieverkoop

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

Abonnementen

HGW verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementprijs: (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

Digitale huisartsenzorg en het NHG

Ingrid Hendriksen, Stijn van den Broek, Suzanne Weijs-Schavemaker

Digitalisering transformeert onze maatschappij en ook de huisartsenzorg in een razendsnel tempo. Dat leidt tot veranderingen in onze praktijkvoering, nu en in de toekomst. Het NHG ziet digitalisering als kans om de zorg persoonsgerichter te maken. Maar is zich ook bewust van de risico's: voor de patiënt kan het onveilig zijn, of het kan de huisarts meer tijd en geld kosten. Huisartsen moeten digitale zorg verantwoord kunnen inzetten om de gezondheid van hun patiënten te ondersteunen en/of verbeteren. Als integraal onderdeel van de professionele zorg, met tenminste dezelfde kwaliteit en in goed overleg met de patiënt.

Het NHG-programma E-health & Innovatie richt zich op digitale toepassingen in het contact tussen huisarts en patiënt. Ook richt het programma zich op toepassingen die de patiënt ondersteunen in het zorgproces en op meer zelfzorg, eigen regie en consultvoorbereiding, in samenspraak met de huisarts.

Wat doen we voor u?

Een deel van onze patiënten wil het contact en de zorg het liefst houden



zoals ze dat nu gewend zijn, maar een steeds groter deel ziet dat graag gecombineerd met digitale mogelijkheden. Deze tweedeling geldt ook voor onze eigen beroepsgroep. De een ziet het gebruik van digitale toepassingen als een ontregeling van de normale werkdag en ervaart daardoor minder werkplezier. De ander haalt hier juist motivatie uit en heeft het gevoel dat de zorg er beter, efficiënter en plezieriger van wordt. Onze ambitie is om deze groepen tot elkaar te brengen door op maat ondersteuning te geven en zo alle huisartsen bij het digitaliseringsproces te betrekken.

Dat doen we door:

- opdracht en sturing te geven aan wetenschappelijk onderzoek
- kennis uit de literatuur en de praktijk over de inzet van digitale huisartsenzorg te vertalen naar een handreiking (denk aan digitaal contact, telemonitoring en digitale triage)
- te onderzoeken hoe digitale zorg op afstand onderdeel kan worden van wetenschappelijke richtlijnen.

Wat is nou precies 'e-health'?

E-health is een inspiratiebron en middel voor innovatie. De gangbare definitie van e-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. Die term is breed. Ook digitale toepassingen voor ziektepreventie en gezondheidsapps vallen onder e-health. Wordt e-health ingezet in het zorgproces van de huisarts, dan hebben we het over digitale huisartsenzorg.



NHG-Congres 'Poten in de klei, kop in de cloud'

Daarnaast willen we u goed informeren en inspireren. Dat doen we onder andere door inhoudelijk bij te dragen aan het NHG-Congres 'Poten in de klei, kop in de cloud' op 8 april 2022, maar ook door te helpen bij het vergaren en opbouwen van actuele kennis over en goede voorbeelden van digitale huisartsenzorg. Indirect ondersteunen we u door goed samen te werken met onze collega's, zowel binnen als buiten het NHG. We bundelen onze krachten met zusterorganisaties LHV en InEen door complementair samen te werken. Samen gaan we over digitale huisartsenzorg in gesprek met organisaties die belangrijk zijn voor de randvoorwaarden en ondersteuning van de digitale huisartsenzorg in Nederland.

Vragen of tips

Heeft u vragen of tips over het NHG-programma E-health & Innovatie? Of wilt u goede voorbeelden delen? Mail dan naar info@nhg.org.

NHG-Adviesraad Standaarden verbetert richtlijnen en kijkt naar toepasbaarheid

NAS ZOEKT NIEUWE LEDEN

Huisartsen Annemieke Verwoerd en Patrick van Puffelen zijn enthousiast lid van de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS). Deze commissie denkt mee over het verbeteren van NHG-richtlijnen en let vooral op de praktische toepasbaarheid. De combinatie van vakinhoudelijk bezig zijn, een nuttige bijdrage leveren aan de richtlijnen en het sociale aspect noemen zij beiden als pluspunten.

Wat zijn de werkzaamheden van de NAS?

Patrick van Puffelen: 'We formuleren knelpunten voor richtlijnen die herzien gaan worden. Per vergadering staan er meestal 1 à 2 richtlijnen geagendeerd. Daar bespreken we de inbreng van iedereen om uiteindelijk gezamenlijke knelpunten te formuleren. Deze worden vervolgens meegenomen bij de herziening van de betreffende richtlijn. Daarnaast becommentariëren we herziene richtlijnen in tweetallen. Daarbij kijken we onder andere in hoeverre de eerder geformuleerde knelpunten zijn meegenomen. Soms overleggen we over een specifiek onderwerp in focusgroepen, waarin ook medewerkers van het NHG-cluster Richtlijnen zitten. Het klinkt vrij intensief, maar qua tijdsbelasting is het goed te overzien. Er zijn gemiddeld 8

vergaderingen per jaar van elk 2,5 uur. De data zijn ruim van tevoren bekend. Daarnaast ben je nog enkele uren kwijt aan voorbereiding en het doen van commentaarrondes.'

Waarom zou je NAS-lid worden?

Annemieke Verwoerd: 'Iedereen vraagt zich bij het lezen van een NHG-richtlijn wel eens af waarom iets op een bepaalde manier is opgeschreven en of het wel uitvoerbaar is in onze drukke praktijk. Als NAS-lid ga je met deze vragen aan de slag. We krijgen een vacatievergoeding en 2 accreditatiepunten per vergadering.'

Van Puffelen: 'Ben je kritisch? Sta je open voor andere meningen? Vind je het leuk om met een enthousiaste groep collega's mee te denken over het verder verbeteren van richtlijnen? Dan is de NAS zeker iets voor jou. Twijfel je over de tijdsbelasting? In de verdeling van werkzaamheden houden we rekening met ieders specifieke omstandigheden. Ook ben je altijd welkom voor een gesprek of om een keer een vergadering bij te wonen.'

Waarom ben je enthousiast over de NAS?

Verwoerd: 'Het is een leuke club huisartsen met elk een eigen achtergrond en interesse. De sfeer is prettig en open. We vullen elkaar goed aan en kunnen ook echt een nuttige bijdrage leveren aan richtlijnen. We kijken vooral naar de praktische bruikbaarheid van richtlijnen; werkt dit wel in de praktijk? Naast het medisch-inhoudelijke aspect is er ook aandacht voor samenwerking met andere disciplines en het patiëntenperspectief.'

Wat was je motivatie om bij de NAS te gaan?

Verwoerd: 'Toen ik stopte met mijn werk als post-doc onderzoeker wilde ik graag bij wetenschap of richtlijnontwikkeling betrokken blijven. Maar dan wel met een relatief geringe tijdsbelasting. De NAS bleek te passen bij de uitdaging die ik zocht.'

Van Puffelen: 'Naast het directe patiëntencontact in



Huisarts en NAS-lid Patrick van Puffelen: 'Ben je kritisch en denk je graag mee over het verder verbeteren van richtlijnen? Dan is de NAS zeker iets voor jou!'

de praktijk heb ik altijd behoefte gehad om inhoudelijk met huisartsgeneeskundige onderwerpen bezig te zijn, zonder structureel teveel "praktijktijd" in te leveren. In de NAS kan ik bijdragen aan nog betere bruikbare richtlijnen en blijf ik tegelijk op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen. Dit neem ik weer mee in mijn eigen praktijk.'

Wat kenmerkt de mensen die in de NAS zitten?

Verwoerd: 'De NAS is zoveel mogelijk een afspiegeling van de Nederlandse huisarts met startende en ervaren huisartsen, werkzaam in stads- of plattelandspraktijk, waarnemers, praktijkhouders, mannen en vrouwen. We missen alleen nog culturele diversiteit.'

Van Puffelen: 'Ieder lid brengt zijn eigen interesse of specialisatie mee. Het is een enthousiaste groep met positief-kritische inbreng, die ook goed naar elkaar kan luisteren en zo gezamenlijke knelpunten kan formuleren. We hebben allemaal interesse in de wetenschappelijke onderbouwing van richtlijnen, maar kijken vanuit eigen kaders naar de toepasbaarheid in de praktijk.'

Geïnteresseerd? Neem contact op met Corlien de Vries, secretaris NAS, via c.devries@nhg.org.



Huisarts en NAS-lid Annemieke Verwoerd: 'De NAS vormt zoveel mogelijk een afspiegeling van de Nederlandse huisarts. We missen alleen nog culturele diversiteit.'

'NHG-INSTRUCTIEFILMS COMPACT EN MAKKELIJK VINDBAAR'

Hoe maken ze bij het NHG de korte instructiefilms over verrichtingen, zoals over injecties en IUD's inbrengen? Dit jaar maken we veel van onze producten beter zichtbaar en zichtbaar beter. En laten we zien wat we doen met de feedback van onze leden.

Waarom maakt het NHG instructiefilms?

Florijn Jacobi, huisarts en NHG-medewerker Nascholing: 'Het NHG startte in 2012 met de NHG-Praktijkwijzer op basis van het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*, om de leden een digitale naslag te bieden. De eerste instructiefilms gingen over injecties. Nu hebben we behalve over verrichtingen ook films over diagnostiek en lichamelijk onderzoek, zoals het knie-onderzoek, en over gesprekstechnieken, zoals bij seksuele klachten.

De instructiefilms zijn bedoeld voor als je de vaardigheid ooit aangeleerd en uitgevoerd hebt, niet als je het nog niet kunt. Het zijn geen volledige nascholingen, maar naslagwerk, voor je dagelijkse praktijk. Ik gebruik de instructiefilms zelf ook tijdens mijn spreekuur, bijvoorbeeld als ik lang geen injectie voor een triggervinger heb gezet. Welke hoek moet je precies hanteren voor de injectie, welk corticosteroïd heb je nodig? Samen met de tekst van de werkbeschrijving kan je snel je kennis oprispen.'

Jorden Moorlag, huisarts en NHG-medewerker Nascholing: 'Tijdens mijn huisartsopleiding gebruikte ik de instructiefilms al, zoals voor injecties. En pas geleden die voor IUD's. Die had ik een tijd niet gedaan omdat patiënten daarvoor vaak naar mijn vrouwelijke collega gaan.'

Jacobi: 'Je kunt de instructiefilms ook tijdens opleidings-situaties in je praktijk gebruiken'

Hoe maken jullie de instructiefilms?

Jacobi: 'De aanleiding om een film te maken kan zijn dat NHG-collega's een instructiefilm nodig



hebben voor een nascholing; de vraag kan uit een focusgroep komen of soms uit een ledenraadpleging. Meestal maak ik eerst de werkbeschrijving. Bronnen kunnen zijn de NHG-Standaard, het *Handboek verrichtingen*, of andere bronnen. De films moeten natuurlijk voldoen aan de hygiëne-richtlijnen volgens de Richtlijn Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk. Voorafgaand aan het filmen schrijf ik de voice-overtekst, want dan weet ik precies wat er gefilmd moet worden. We maken een planning voor het filmen met de beeldredacteur van het NHG en soms samen met een exter filmbedrijf. De gefilmde huisartsen zijn meestal collega's met een speciale bekwaamheid: een kaderhuisarts, een lid van een werkgroep die de betreffende NHG-Standaard heeft gemaakt, of een huisarts die op een specifiek onderwerp gepromoveerd is, zoals Otto Maarsingh bij de epleymanoeuvre voor benigne paroxismale positieduizeligheid. Als alle

Huisarts en NHG-medewerker Florijn Jacobi neemt met huisarts Pieter Buis de instructiefilm stansbiopsie op: 'De films zijn nu compacter; de materiaallijsten staan in de werkbeschrijving.'

opnames klaar zijn en de voice-overs ingesproken zijn, gaat onze beeldredacteur monteren: de beelden onder de voice-over zetten. Voor de e-learnings maken we ook films, en we maken de "NHG-Standaard in Beeld"-films. Alle nascholing van het NHG is inmiddels digitaal. Het doel van de instructiefilms is dat elke huisarts een verrichting "af kan kijken" bij een ervaren collega. **Moorlag:** 'De werkbeschrijvingen bij de instructiefilms zijn geen protocollen, want je kunt de handeling ook op een andere manier uitvoeren. Wel zijn alle films en werkbeschrijvingen zoveel mogelijk evidencebased, volgens de laatste richtlijnen en practicebased; ze sluiten altijd aan



op je dagelijkse praktijk. Wij helpen met de instructiefilms onszelf en onze collega-huisartsen met bijblijven.'

Jacobi: 'Ik heb het geluk dat ik bij het NHG tijd heb om te grasduinen in de literatuur en van alles uit te pluizen. Vervolgens kan ik van die informatie hapklare brokken maken in onze nascholing. Mijn collega-huisartsen krijgen daardoor in zo kort mogelijke tijd zoveel mogelijk informatie, zodat zij minder tijd hoeven te besteden aan bijblijven.'

Moorlag: 'Alle films en werkbeschrijvingen zijn zoveel mogelijk evidencebased en practicebased'

Wat vinden de leden van de instructiefilms?

Moorlag: 'Er zijn nu ongeveer 50 instructiefilms. De populairste zijn die over injecties, maar de populariteit verschilt per kwartaal. Soms staat een film over een IUD in de top 5, soms de enkel-arm-index. Uit de Ledenraadpleging bleek dat huisartsen de instructiefilms zeer waarderen, maar ze konden de films soms moeilijk vinden. Vorig jaar kon je ze alleen vinden als je was ingelogd op de leeromgeving. Dit jaar hebben we de instructiefilms op de NHG-website gezet. Ze zijn nu gemakkelijker te vinden als je op internet zoekt op "instructiefilms NHG". Om ze te bekijken moet je wel inloggen, want de films zijn alleen te bekijken voor NHG-leden.'

De instructiefilms zijn onlangs grondig herzien. Wat is er veranderd?

Jacobi: 'Veel films vonden we te langdradig, door de lange gesproken opsommingen en de uitgebreide afsluitingen. Dat is onhandig als je snel iets wilt opzoeken voor je spreekuur. Dus we

hebben de films gesnoeid. De lijsten zijn na te kijken in de werkbeschrijvingen. Dat is overzichtelijker. De films zijn nu veel korter en compacter.'

Moorlag: 'Om feedback geven gemakkelijker te maken, hebben we bij elke instructiefilm een link gezet naar een korte enquête. Als de leden bij hun reactie ook hun e-mailadres zetten, kunnen wij contact opnemen voor nadere toelichting, maar ook anoniem is feedback zeer welkom. Dan kunnen we de films nog beter en gebruiksvriendelijker maken.'

We zijn gestructureerd alle instructiefilms langsgesgaan. Alles is geactualiseerd. Een verrichting als hechten zal niet zo snel veranderen, maar soms is de interpretatie veranderd. Zoals diagnostiek bij schouderklachten: was vroeger de conclusie tendinitis, nu is dat subacromiaal pijnsyndroom: veel breder en meer overlap met andere diagnoses. Verder zit nu in elke film een tijdbalk: je hoeft de films niet meer helemaal af te spelen, maar kunt delen overslaan of teruggaan.'

Komen er nieuwe instructiefilms?

Jacobi: 'Dit jaar staan in de planning de *head impulse test* oftewel HIT, mycosemateriaal afnemen voor kweek of PCR, intraveneuze canule prikken, en subcutaan vleugelnaaldje inbrengen. Binnenkort voegen we op verzoek van een collega aan de instructiefilm *Wratten: stikstofbehandeling* naast de methode met de wattenstok de behandeling met de cryo spuitbus toe.'

Hebben jullie tips voor de leden?

Jacobi: 'Neem de werkbeschrijving en film door met je aios op de praktijk of op de opleiding; daar fris je ook je eigen kennis mee op. Gebruik de films als kant-en-klare input voor verbetering in je praktijk. Neem de instructiefilm enkel-armindex door met je praktijkondersteuner of assistente: doet iedereen het nog goed? Anders klopt de uitslag niet en heb je als huisarts een verkeerd uitgangspunt voor je beleid.'

Moorlag: 'Sommige handelingen voer je weinig zelf uit. Bekijk de instructiefilm voetonderzoek,

dan weet je wat je praktijkondersteuner precies zou kunnen doen en wat de laatste inzichten zijn. En bekijk de film over vernevelen bij een longaanval COPD. Die hebben we vorig jaar gemaakt met een huisartsenpostchauffeur, want vaak voer je zo'n verrichting uit vanuit de huisartsenpost. Als je dit weinig doet heb je een handig naslagwerk, als hulp bij de uitvoering, zodat je iemand met een longaanval soms thuis kunt houden.'

Jacobi: 'Geef ons feedback. We maken de instructiefilms en de werkbeschrijvingen graag zo duidelijk mogelijk, dus geef door wat beter kan en welke onderwerpen je zou willen terugzien.'

Fijtje Koets

Huisarts en NHG-medewerker Jorden Moorlag: 'Met de instructiefilms kun je een verrichting die je een tijd niet hebt gedaan, snel nakijken.'



U vindt de instructiefilms op <https://www.nhg.org/instructiefilms>. Bij elke film kunt u feedback geven. Mist u een onderwerp? Mail dan naar: info@nhg.org



Denk met ons mee!

Uw stem telt!

Wat verwacht u van ons? Welke materialen, producten en diensten gebruikt u? Wat kunnen we doen om deze te verbeteren? Uw feedback is belangrijk. Daarom doen wij doorlopend onderzoek onder onze leden. Daarbij vragen we u naar uw algemene tevredenheid over het NHG en stellen we verdiepende vragen over specifieke onderwerpen/producten.

Terugblik eind 2021

In november 2021 zijn 2.475 leden uitgenodigd voor een tussentijdse evaluatie. 464 mensen vulden de vragenlijst in, een respons van 19%. Dit is vergelijkbaar met eerdere ledenraadplegingen.

Gemiddelde waardering producten en diensten

7,9

Best beoordeelde diensten

Thuisarts.nl

NHG E-learnings

H&W-podcast

9,0

8,2

8,0

→ Wat vinden leden van het NHG?

"Stimulerend, helder op de inhoud en geeft houvast bij het selecteren van informatie, die van alle kanten op ons afkomt."

"Onafhankelijk goede, up-to-date en duidelijke wetenschappelijk onderbouwde informatie met spin-off naar andere beroepsgroepen."

"Professioneel, prettige website, H&W geeft zinnige en goede informatie en Thuisarts.nl vind ik heel fijn."

"Ik vind de website onoverzichtelijk. Het zou een veel rustiger beeld kunnen zijn; bijvoorbeeld vlot naar het NHG-Formularium en richtlijnen; actuele ontwikkelingen in één oogopslag helder. Ook staat er veel informatie en veel tekst en zijn sommige onderwerpen lastig vindbaar."

Wat doen we met uw feedback?

Dit jaar vernieuwen we onze website nhg.org. Dit doen we samen met een klankbord-/gebruikersgroep. Zo sluiten we zo goed mogelijk aan bij de wensen en behoeften van de eindgebruiker. Ons doel is om een centraal platform te creëren waar alles samenkomt. Zodat u snel en gemakkelijk de juiste informatie vindt.

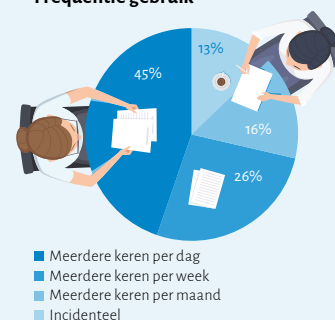
→ Het NHG-Formularium

61%
van de ondervraagden gebruikt het NHG-Formularium

5 redenen waarom ik geen formularium gebruik

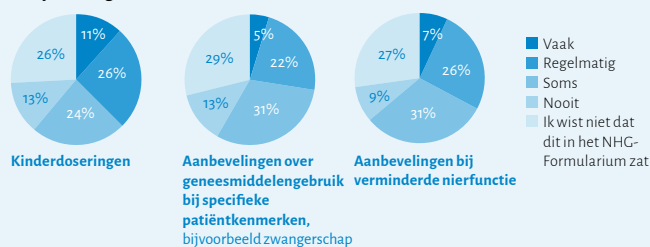
- Ik ben er niet mee bekend
- Ik gebruik het bewust niet
- Ik vind het niet prettig werken
- Ik heb het niet in mijn HIS
- Ik weet niet of het in mijn HIS zit

Frequentie gebruik



"Ik vind het NHG-Formularium mooi aansluiten bij de NHG-Standaarden; goed onderbouwde en actuele adviezen. Het geeft mij duidelijke tips en voorkeuren over het te voeren beleid."

Frequentie gebruik onderdelen



Uw verbetersuggesties voor NHG-Formularium

Inhoudelijk

- Aanbod alternatieven
- Gebruik voorschriften
- Rol zorgverzekeraar

Praktisch

- Betere bekendheid formularium en functionaliteiten
- Koppeling met apotheek/leveringsvoorwaarden

Technisch

- Gebruiksgemak
- Betere integratie HIS
- Eenvoudiger zoeken

Aan de slag met uw feedback

"In 2022 willen we de bekendheid van het NHG-Formularium vergroten. Voor ieder HIS met het NHG-Formularium ontwikkelen we instructies hoe het formularium eenvoudig te gebruiken is.

Voor de lange termijn streven we naar een NHG-Formularium dat vanuit ieder HIS gemakkelijk te gebruiken is, inclusief Medicom. Ook gaan we in 2022 terug naar de kern. We zijn bezig met het schrijven van een position paper waarin we vaststellen waar we in de toekomst met het NHG-Formularium naartoe willen. De gekregen feedback nemen we hierbij mee."

– Monique Verduijn, programmaleider Farmacotherapie bij het NHG