

Man-vrouwverschillen in diagnostisch onderzoek



Selectie voor griepvaccinatie, dat moet toch makkelijker kunnen

Onverwachte oorzaak van
secundaire amenorroe

De huisarts en de ontwikkelende
ouder-babyrelatie



Genderverschillen in de spreekkamer

‘Meneer of mevrouw Hendriksen?’ Ik kijk vragend de wachtkamer in. Een persoon met een smal postuur en kort blond haar springt op en loopt met me mee naar de spreekkamer. ‘Ik ben non-binair dokter, dus ik voel me geen meneer of mevrouw,’ hoor ik dan. Sjips, dat had ik moeten weten. Ik verontschuldigd me en zeg dat ik meestal expres alleen een achternaam roep. Later die dag vraag ik me af of ik me wel voldoende bewust ben van genderdiversiteit en de mogelijke verschillen waarmee we rekening moeten houden in onze spreekkamer.

Inmiddels weten we dat mannen en vrouwen verschillen in de aandoeningen die ze krijgen en in de presentatie van die aandoeningen. Wacht eens, weten we dat echt? Helaas zijn vele onderzoeken alleen onder mannen verricht. Onlangs trokken cardiologen nog aan de bel omdat vrouwen langs de mannelijke meetlat worden gelegd, waardoor verkeerde conclusies worden getrokken en behandelingen worden gestart die niet op maat zijn. Vrouwen hebben nog steeds meer kans om te overlijden bij een myocardinfarct.

Toch krijgen in onze spreekkamer vrouwen minder vaak dan mannen lichamelijk onderzoek bij klachten die kunnen wijzen op een acuut coronair syndroom, bij hoesten of dyspnoe. Lees het eerstelijnsonderzoek van Aranka Ballering en collega's er maar op na. Wel gek. Cardiopulmonale klachten lijken me bij uitstek een reden voor lichamelijk onderzoek, ongeacht sekse.

Ook de vervolgstappen verschillen, zo blijkt uit het onderzoek van Ballering et al.

Bij vrouwen doen we vaker bloedonderzoek. Vrouwen hebben immers een hogere voorafkans op bijvoorbeeld ijzergebreksanemie of een schildklieraandoening dan mannen. Of is er meer aan de hand? Bij vrouwen vragen we minder vaak beeldvorming aan en we verwijzen vrouwen minder vaak door naar een specialist. Ook krijgen zij minder vaak een ziektediagnose dan mannen. Hoe kan dat? Komen vrouwen vaker met problemen die in essentie geen lichamelijke oorsprong hebben? Zijn vrouwen daadwerkelijk minder vaak ziek? Of doen we ze tekort en gebruiken we ook hier de verkeerde meetlat?

Behalve sekse speelt ook gender een rol bij het ontstaan van klachten, bij symptoomperceptie en bij klachtenpresentatie. Bovendien beïnvloedt ook uw eigen sekse/gender uw benadering van de patiënt en de klachten. En om het nog ingewikkelder te maken: met het benadrukken van verschillen kun je ook de mist ingaan, zoals ik ondervond toen ik patiënt Hendriksen riep. Bijna niets is zwart/wit, zeker niet in de geneeskunst. En ook niet blauw/roze. Het is goed om ons daarvan bewust te zijn en hiervoor meer aandacht te hebben in wetenschappelijk onderzoek en in onze spreekkamer. ■

Kim van Wijck, redactielid H&W



Foto: Vincent Boon



Wetenschap

- 10 Man-vrouwverschillen in diagnostisch onderzoek**
Vrouwen krijgen minder vaak lichamelijk of beeldvormend onderzoek, of een verwijzing naar de specialist dan mannen. Dit kan een negatieve invloed hebben op het diagnosticeren van een ziekte.
- 16 Snelle aanpassing praktijkorganisatie tijdens corona**
Huisartsenpraktijken reageerden snel op de coronapandemie met aangepaste praktijkvoering, veiligheidsvoorschriften en videobellen. De zorg ging door, maar waarschijnlijk waren er wel meer incidenten in de patiëntveiligheid.
- 23 Kwaliteitstoetsing huisartsenpraktijken en HAP's**
Steeds meer huisartsenposten laten de accreditering uitvoeren door de NHG-Praktijk Accreditering. Wat zijn de ervaringen?
- 26 Eenmalige gift ondansetron bij kinderen met acute gastro-enteritis**
Eenmalig ondansetron geven aan brakende kinderen met gastro-enteritis op de huisartsenpost heeft een aantal positieve effecten. Onder andere dat kinderen eerder stoppen met braken.
- 30 Pleidooi voor een gezonde werkomgeving**
Interview met hoogleraar maatschappelijke participatie en gezondheid Cécile Boot over kwetsbaarheid en het belang van een gezonde werkomgeving.

Praktijk

- 33 Selectie voor griepvaccinatie**
De selectie voor de griepvaccinatie is herzien. Uitgangspunt is de juiste mensen uitnodigen met zo min mogelijk handwerk voor de huisarts. Hoe is de herziening verlopen? Wat zijn de aanbevelingen voor de griepvaccinatiecampagne van 2022?
- 41 Een zeldzame oorzaak van littekenpijn na een sectio**
Een littekenendometrioom is een zeldzame complicatie van een gynaecologische chirurgische ingreep. Denk hieraan bij een al dan niet cyclusgerelateerde lokale pijn en zwelling van de buikwand bij een gynaecologisch litteken.
- 44 Een onverwachte oorzaak van secundaire amenorroe**
Denk bij secundaire amenorroe ook aan een voorafgaand hersentrauma. Meestal herstelt de menstruatie binnen een jaar spontaan. Wanneer de amenorroe langer duurt, is verwijzing naar een endocrinoloog aan te raden.
- 47 Kennistoets 'Menstruatieproblemen'**
- 48 De huisarts en de ontwikkelende ouder-babyrelatie**
De wijze waarop ouders erin slagen zich aan te passen aan de komst van een baby heeft invloed op de ouder-babyrelatie en de emotionele en psychische ontwikkeling van het kind.
- 53 Ecg-casus 'Ineens niet meer fit'**
- 57 Een normaal menstruatiepatroon bij adolescenten**
De criteria voor wat een normale en wat een afwijkende cyclus is, zijn bij adolescenten anders dan bij volwassenen. Het is belangrijk inzicht te hebben in hoe de cyclus eruitziet.



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Ziektes opsporen met een thuistest?
- Online aanpak combinatie depressiviteit en alcohol-misbruik
- Is een snelle maagverkleining beter?
- Obese kinderen met klachten niet op het spreekuur
- Taalgebruik patiënten met onverklaarde klachten
- De vertrouwensband tussen aios en patiënt

62 Hoe onze ketenzorg [nog] beter kan

Rapportage van InEen over programmatische ketenzorg 2020 op basis van medisch-inhoudelijke indicatoren van zorggroepen.

64 H&W 65 jaar

Henk van Weert: Artikelen, die de wereld (niet) veranderen

68 Podcasttip 'Hartenlust'

NHG

54 NHG-Behandelrichtlijn Griepvaccinatie

De nieuwe NHG-Behandelrichtlijn Influenza raadt antivirale middelen in de regel niet aan bij een vermoeden van influenza. Er is onvoldoende bewijs dat deze middelen effectief zijn.

69 Casuïstiekprijs H&W naar artikel over vroege opsporing van subacute endocarditis

70 NHG-Congres 2022: kennis en ontmoeting

Impressie van het hybride NHG-Congres op 8 april in Den Bosch, met het thema 'Poten in de klei, kop in de cloud'.

72 'Thuisarts.nl werd in 10 jaar steeds toegankelijker'

Interview met Ton Drenthen en Patrick Jansen, 2 pioniers uit het redactieteam van Thuisarts.nl. Zij vertellen over de totstandkoming van teksten en films op de website die inmiddels 10 jaar bestaat.

74 In memoriam prof. dr. Heert Dokter



www.henw.org

- Slaapproblemen en diabetes mellitus
- Telemonitoring van COVID-19-patiënten
- Fysieke activiteit helpt tegen vermoeidheid na kanker



huisartspodcast.nl/henw

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



Ziektes opsporen met een thuistest?

Donica Lodder en Lester du Perron namens Dokter Media

Verschillende media berichtten onlangs over een 'laagdrempelige thuistest' die vroegtijdig nierschade, diabetes en hart- en vaatziekten zou opsporen. Onderzoek naar de test wordt zelfs een opmaat naar een nieuw bevolkingsonderzoek genoemd. Of de test effectief en nuttig is moet echter nog blijken. Bovendien roept de test, zeker voor de huisarts, verschillende vragen op.

Een urinetest, een hartritmetest en een vragenlijst. Daaruit bestaat de thuistest van het zogeheten Check@Home-onderzoek, waarvoor de komende jaren 160.000 mensen tussen de 50 en 75 jaar worden uitgenodigd. Doel hiervan is het vroegtijdig opsporen en behandelen van nierschade, diabetes en hart- en vaatziekten. Het onderzoek is een vervolg op de kleinere Prevent- en NierCheck-onderzoeken van het Groningse UMCG. Daaruit bleek dat thuisonderzoek naar microalbuminurie mensen met nog onge-diagnosticeerde nierschade kan identificeren. Reden genoeg voor een opschaling naar een breder ingestoken thuistest, waaraan verschillende Nederlandse UMC's nu samen met de Nierstichting, Hartstichting en het Diabetesfonds gaan werken.

Verschillende belangrijke vragen blijven echter nog onbeantwoord. Leidt vroegtijdige opsporing van bijvoorbeeld nierschade in de thuissituatie ook daadwerkelijk tot betere uitkomsten bij de patiënt? Weegt de toegenomen medicalisering van dit preventieve (bevolkings)onderzoek op tegen de gezondheidswinst voor de algemene populatie? Zijn de adviezen uit de NHG-Standaarden om te screenen op orgaanschade bij patiënten met risicofactoren niet voldoende?

Daarnaast roept het Check@Home-onderzoek ook verschillende logistieke vragen op. Zo bleek in het Prevent-onderzoek maar 60% van de uitgenodigde deelnemers de test te gebruiken, en daarvan zocht slechts 50% daadwerkelijk hulp na een afwijkende uitslag. In

de verschillende nieuws- en persberichten wordt gesteld dat implementatie van de thuistest om 'een consultatiebureau-achtige setting' vraagt. Het aanvullende onderzoek dat na een afwijkende thuistest nodig is, moet plaatsvinden in 'regionale diagnostische centra'. Vervolgens krijgen patiënten dan 'leefstijladviezen en medicatie om de reguliere zorg zoveel mogelijk te ontlasten'. Betekent dat dat de huisarts hierbij geen rol speelt? Of is het waarschijnlijker dat de huisarts al vanaf het gebruik van de thuistest wordt ingeschakeld? Het Check@Home-onderzoek zal daar de komende jaren hopelijk de eerste antwoorden op gaan geven. Maar voorlopig roept het onderzoek vooral veel nieuwe vragen op, die de huisarts nauwlettend in de gaten moet houden. ■



Foto: UMCG

Grote NWO-subsidie voor onderzoek met thuistesten. Persbericht UMC Groningen, 22 februari 2022.

Thuistest in de maak voor vroegtijdig opsporen van nierfalen, hartkwalen en diabetes. NOS, 22 februari 2022.

Check@Home: is presymptomatische screening naar nierschade de moeite waard? Mednet, november 2021.

Dit bericht verscheen eerder als 'Er is nog geen thuistest beschikbaar die vroegtijdig ziektes opspoor' op doktermedia.nl.

Online aanpak van combinatie depressiviteit en alcoholmisbruik

Lisanne Stolwijk

Online interventies kunnen uitkomst bieden bij depressieve volwassenen met problematisch alcoholgebruik. Dat blijkt uit een systematisch literatuuroverzicht. De interventies verminderen depressieve symptomen na 3 maanden en alcoholconsumpties na 6 maanden. Bij lange wachtlijsten in de ggz is verwijzing naar een online programma dan ook een goed alternatief.

Er is gebrek aan evidencebased online behandelmogelijkheden voor mensen met depressieve klachten, die tegelijkertijd behandeld willen worden voor problematisch alcoholgebruik. Dat is opmerkelijk want we weten dat het ene probleem het andere versterkt.

Daarom voerden onderzoekers een systematisch literatuuronderzoek en meta-analyse uit naar de werkzaamheid van online behandelingen voor volwassenen met depressiviteit en alcoholmisbruik. De behandelingen varieerden van online minimaal begeleide cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering tot dagelijkse, motiverende tekstberichtjes.

De onderzoekers includeerden 6 RCT's (uit Australië, de Verenigde Staten en Ierland), gepubliceerd tussen 2009 en 2019. Er waren 3 onderzoeken uitgevoerd bij groepen deelnemers met een klinische depressie en 3 bij groepen deelnemers met een matige depressie en problematisch alcoholgebruik. In de

Is een snelle maagverkleining beter?

Denise Vink, Hanneke Borgdorff

Zweedse onderzoekers adviseren bariatrische chirurgie niet uit te stellen bij mensen met morbide obesitas en hypertensie. Zij onderzochten factoren die bloeddrukverlaging voorspellen na bariatrische chirurgie. Patiënten met recent ontstane hypertensie hadden een grotere kans op herstel van de bloeddruk na 2 jaar dan patiënten die al langer hypertensie hadden. Is sneller ingrijpen de oplossing?

Het is bekend dat bariatrische chirurgie leidt tot vermindering van hypertensie, maar het is minder duidelijk welke factoren hieraan bijdragen. Het is evenmin duidelijk hoe groot het risico is op ernstige cardiovasculaire ziekte en sterfte bij personen die geen hypertensie meer hebben na chirurgie. Daarom includeerden de onderzoekers alle Zweedse patiënten die tussen 2007 en 2016 bariatrische chirurgie ondergingen. Zij gebruikten daarvoor een landelijke databank en analyseerden

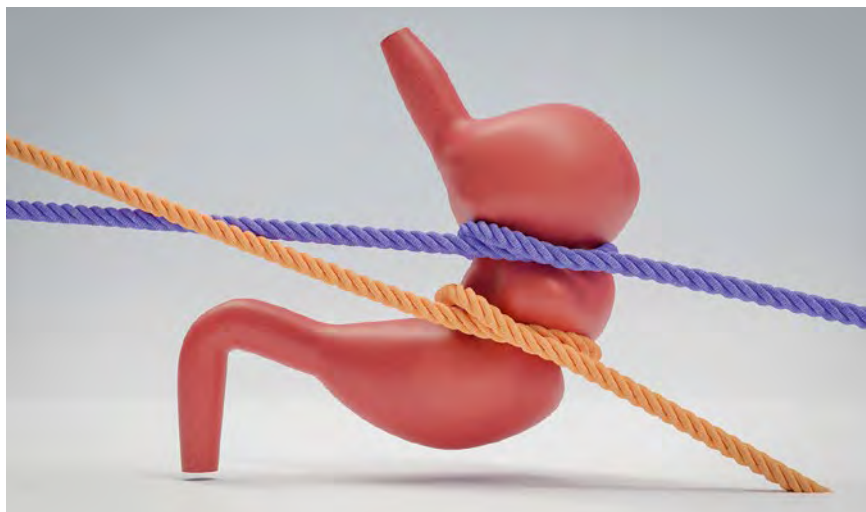


Foto: Shutterstock

patiëntkenmerken, het optreden van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Er waren 15.984 patiënten met morbide obesitas en hypertensie die bariatrische chirurgie ondergingen (92,7% gastric bypass en 7,3% gastric sleeve). Van deze patiënten was 66,4% vrouw, de gemiddelde BMI 42,2 en de gemiddelde leeftijd 48,7 jaar. Na 2 jaar hadden 6286 patiënten

(39,3%) geen hypertensie meer, zij hadden geen antihypertensiva meer nodig. Het gecorrigeerde risico op hypertensie na 2 jaar nam af bij mannen en bij patiënten met een grotere hoeveelheid gewichtsverlies. Dit risico nam toe bij > 1 jaar preoperatieve hypertensie, gebruik van meerdere antihypertensiva, hogere leeftijd, hoog BMI, dyslipidemie en meer cardiovasculaire comorbiditeit. Mensen die na 2 jaar normotensief waren, hadden gedurende 10 jaar minder kans op ernstige cardiovasculaire ziekten (2,8% versus 5,7%; OR 0,6; $p < 0,001$) of overlijden (4% versus 8%; OR 0,7; $p = 0,002$), na correctie voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en BMI. De onderzoekers concluderen dat patiënten met minder comorbiditeit en mildere hypertensie vaker herstel van de bloeddruk bereiken na bariatrische chirurgie, en dat vroeg in het ziekteproces interveniëren dus mogelijk het gunstigst is. Het betreft echter een observationeel onderzoek en data over niet-medamenteuze behandeling van hypertensie ontbraken. Bovendien is niet onderzocht welke (chirurgische of niet-chirurgische) interventie voor deze groep het best is. ■



Foto: Shutterstock

6 maanden niet meer significant. Voor problematisch alcoholgebruik bleek er een kleine en significante afname van alcoholconsumptie na 6 maanden follow-up, gemeten bij 375 volwassenen ($g = 0,14$; 95%-BI 0,07 tot 0,20; NNT = 13). Het aantal onderzoeken was beperkt, maar de kwaliteit was redelijk. Op dit moment wordt in Nederland een online programma onderzocht, Beating the Booze, om alcoholgebruik onder jongvolwassenen met depressie te verminderen. Met de lange wachttijden voor ggz-zorg is er hiermee een mogelijkheid om online behandel mogelijkheden, zoals een app, voor jongeren en adolescenten in te zetten. ■

Schouten MJE. Digital interventions for people with co-occurring depression and problematic alcohol use: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol Alcohol* 2022;57:113-24.

Stenberg E, et al. Remission, relapse, and risk of major cardiovascular events after metabolic surgery in persons with hypertension: a Swedish nationwide registry-based cohort study. *PLoS Med* 2021;18:e1003817.

onderzoeken vergeleek men de online interventies met de standaardbehandeling of geen behandeling. De gemiddelde leeftijd van de patiënten lag tussen de 20 en 49 jaar.

Na 3 maanden follow-up was er een kleine maar significante afname van depressieve symptomen bij 647 volwassenen ($g = 0,34$ (between-group effect sizes, Hedges'g); 95%-BI 0,06 tot 0,62). Dit geeft een number needed to treat (NNT) van 5. Dit verschil was na

Obese kinderen komen niet naar het spreekuur maar hebben wel klachten

Jasper Mulder, Hanneke Borgdorff

Kinderen en adolescenten met overgewicht ervaren daarvan somatische, psychologische en sociale gevolgen. Recent Nederlands onderzoek laat zien dat zij meer lichamelijke klachten hebben dan hun leeftijdsgenoten met een gezond gewicht en dat die klachten bijdragen aan een lagere kwaliteit van leven. De klachten leiden echter niet tot frequenter spreekuurbezoek, wat signalering door de huisarts bemoeilijkt.

Het was al bekend dat overgewicht leidt tot een verminderde kwaliteit van leven. Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de mederende rol van lichamelijke klachten en bezoek aan de huisarts. De onderzoekers includeerden kinderen tussen de 2 en 18 jaar met en zonder overgewicht, tijdens niet-spoedeisende consulten in 73 Nederlandse huisartsenpraktijken tussen 2010 en 2013. De deelnemers werden gewogen en gemeten. Zij vulden ook vragenlijsten in over onder andere kwaliteit van leven en somatische klachten (met vragen over 11 algemene klachten zoals duizeligheid, vermoeidheid en buikpijn). Het cohort werd 2 jaar gevolgd.

In totaal werden 733 kinderen geïncludeerd van gemiddeld 8,2 jaar (SD 4,0), met een gemiddelde BMIz van 0,1 (SD 1,4). De BMIz is een voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde BMI, waarvan +1 correspondeert met overgewicht en +2 met obesitas. De kinderen met een normaal gewicht hadden een significant hogere kwaliteit van leven (84 op een schaal van 0-100) dan de kinderen met overgewicht (79; $p < 0,01$) of obesitas (77; $p < 0,02$). BMIz, leeftijd, lage SES en somatische klachten waren in een multivariabele analyse significant geassocieerd met een lagere kwaliteit van leven. Naast het directe verband tussen de BMIz en de kwaliteit van leven (regressiecoëfficiënt (b) -1,1; 95%-BI -1,6 tot -0,5) was er ook een indirect verband tussen de

BMIz en een lagere kwaliteit van leven met somatische klachten als mederende factor (b -0,5; 95%-BI -0,9 tot 0,1). Er was geen verband tussen het aantal huisartsconsulten in het afgelopen jaar of de ICPC-code van de consulten en de kwaliteit van leven.

We concluderen dat kinderen met overgewicht uiteenlopende somatische klachten ervaren en dat deze bijdragen aan een lagere kwaliteit van leven. Deze resultaten sluiten aan bij het advies uit de NHG-Standaard Obesitas om actief te vragen naar psychosociale en somatische gevolgen van overgewicht. Dat is een



uitdaging, ook omdat de klachten niet resulteren in meer spreekuurbezoek. ■

Hevy H, et al. Somatic complaints as a mediator in the association between body mass index and quality of life in children and adolescents. Fam Pract 2021;22:214.

Patiënten met onverklaarde klachten verwoorden hun problemen niet anders dan anderen

Peter Lucassen

Artsen denken dat patiënten met onverklaarde klachten erg verschillen van patiënten met verklaarde klachten. Een van de veronderstelde verschillen is dat zij hun klachten vager en ongestructureerder verwoorden en dat ze meer ontkenningen gebruiken. Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat deze veronderstelling niet klopt.

Nijmeegse onderzoekers bekeken de teksten van 41 huisartsconsulten van patiënten met onverklaarde klachten en 41 met verklaarde klachten. Ze selecteerden hiervoor 2752 relevante tekstfragmenten en onderzochten deze op het voorkomen van ontkenkende woorden, intensiverende woorden

(‘heel veel’), verzachtende woorden (‘een beetje’), gebruik van eerste of derde persoon (‘ik’ versus ‘mijn lichaam’), expliciete uitingen van het eigen standpunt (‘ik denk’) en abstracties (meer of minder beeldend zoals in ‘ik snak naar adem’ versus ‘ik ben kortademig’). Daarnaast vergeleken ze de aantallen positieve (‘dit is geweldig’) en negatieve (‘deze bloeddruk is te hoog’) waarden in de tekst, verwijzingen naar biomedische of psychosociale zaken en de fase van het consult waarin de uitingen voorkwamen. Alle vergelijkingen werden door 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar gedaan, de betrouwbaarheid was hoog (alle kappas > 0,60).

De vertrouwensband tussen aios en patiënt

Marian van den Brink

Voor acute en alledaagse klachten geven patiënten de voorkeur aan een dokter die het snelst beschikbaar is. Patiënten met complexere, chronische klachten consulteren het liefst een arts met wie ze al een langdurige band hebben opgebouwd. Door een empathische houding en herhaaldelijke consulten kan ook de aios deze vertrouwde dokter zijn. Dat blijkt uit een recent, Nederlands kwalitatief onderzoek.

De onderzoekers hielden een doelgerichte steekproef van 28 patiënten uit 5 opleidingspraktijken in de regio Amsterdam en Utrecht. In semi-gestructureerde interviews werd de bereidheid bevraagd om een huisarts in opleiding te consulteren en de factoren die daarbij een rol spelen. De aard van de klacht blijkt de voorkeur van de patiënt te bepalen. Voor acute klachten vonden patiënten het belangrijk om snel te worden gezien en voor



specifieke, geslachtsgerelateerde klachten gaven zij de voorkeur aan een arts van hetzelfde geslacht. Hierbij was het voor hen minder van belang of de huisarts nog in opleiding was. Het belang van een

langdurige vertrouwensband met de patiënt is al langer bekend, met name voor het bespreken van chronische complexere problematiek. Uit dit onderzoek blijkt dat de aios deze rol voor patiënten ook kan vervullen als er herhaaldelijke consulten hebben plaatsgevonden en er een empathische houding wordt ervaren door de patiënt.

Deze bevinding ondersteunt het voordeel van de huidige Nederlandse opleidingsstructuur waarin de aios minimaal 1 jaar in eenzelfde huisartsenpraktijk stage loopt. Hierdoor is het beter mogelijk om ervaring op te doen in chronische en complexe zorg.

Uit het onderzoek komt wel naar voren dat het vertrouwen van de patiënt samenhangt met het basisvertrouwen dat de patiënt heeft in het onderwijs en de competenties van de aios, en kennis over de begeleiding. Hier is een rol voor de opleider weggelegd, die diens patiënten hierover goed moet informeren. Het is ook belangrijk de aios te laten kennismaken met chronische patiënten, zodat er een vertrouwensband kan ontstaan. ■

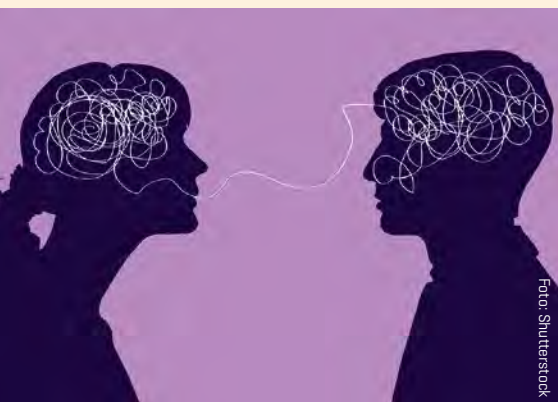
De Bever S, et al. Complaint-driven preferences & trust: patient's views on consulting GP trainees. Educ Prim Care 2022;23:1-7.

ten half zo vaak verzachtende woorden gebruikten in vergelijking met patiënten met verklaarde klachten. Dit verschil verdween wanneer men rekening hield met de fase van het consult.

De resultaten weerspreken dat patiënten met onverklaarde klachten hun problemen anders verwoordden. Er is dus sprake van een vooroordeel van artsen over deze patiënten. Huisartsen denken soms aan onverklaarde klachten als patiënten hun klachten vaag en ongestructureerd uiten. Zij nemen dat dus ten onrechte mee bij het stellen van een diagnose. Bovendien roept dit mogelijk communicatieproblemen op in consulten en het gevoel bij patiënten dat ze zich niet gehoord voelen. ■

Stortenbeker I, et al. Unexplained versus explained symptoms: the difference is not in patients' language use. A quantitative analysis of linguistic markers. J Psychosom Res 2022;152:110667.

De onderzoekers vonden geen statistisch significante verschillen voor positieve of negatieve waarderings in een consult en geen verschil in verwijzingen naar biomedische of psychosociale zaken. Ze vonden ook geen verschillen in ontkennende en intensiverende woorden, in gebruik van eerste/derde persoon, uitingen van het eigen standpunt of abstracties. Het enige verschil was dat patiënten met onverklaarde klach-



Man-vrouwverschillen in diagnostisch onderzoek

Aranka Ballering, Daan Muijres, Annemarie Uijen, Judith Rosmalen, Tim olde Hartman

Het was al bekend dat het diagnostische traject voor mannen en vrouwen bij diverse aandoeningen verschilt. Nu is uitgezocht of er ook man-vrouwverschillen zijn in de diagnostische onderzoeken die de huisarts uitvoert bij veelvoorkomende lichamelijke klachten, en of die verschillen invloed hebben op de diagnose. Dat blijkt inderdaad het geval: vrouwen krijgen minder vaak lichamelijk of beeldvormend onderzoek, of een verwijzing naar de specialist. Ze krijgen wel vaker laboratoriumonderzoek, maar uiteindelijk minder vaak een ziektediagnose. Het is belangrijk dat huisartsen zich ervan bewust zijn dat zulke verschillen kunnen leiden tot verschillende zorguitkomsten.

Bij diverse aandoeningen verschillen de diagnostische trajecten voor mannen en vrouwen. Zo krijgen vrouwen die bij de huisarts komen met hoest of kortademigheid minder vaak lichamelijk onderzoek, beeldvormend onderzoek of een verwijzing naar de specialist dan mannen.¹ Ook bij klachten die kunnen wijzen op coronaire hartziekten krijgen vrouwen minder vaak lichamelijk onderzoek.² Deze verschillen kunnen resulteren in een verschillend aantal gestelde diagnoses voor mannen en vrouwen, en wellicht ook in ongelijke gezondheidsuitkomsten.³

Er is wel onderzoek gedaan naar man-vrouwverschillen in het voorkomen en beloop van veelvoorkomende lichamelijke klachten, maar over de diagnostische trajecten in de huisartsgeneeskunde bij zulke klachten is nauwelijks iets bekend.⁴⁻⁶ Het spaarzame onderzoek naar diagnostische trajecten includeert patiënten op basis van gediagnosticeerde ziekte en niet op basis van de klacht van de patiënt.^{7,8} Voor het onderzoek is het het zuiverst als men patiënten includeert op basis van hun eigen klacht, want daarop hebben huisartsen geen invloed gehad.⁹ Ook zijn onderzoeken vaak gebaseerd op zelfgerapporteerde maten voor diagnostische onderzoeken en diagnoses, waardoor *recall bias* een rol kan spelen. Tot op heden is

echter niet bekend of potentiële geslachtsverschillen in het diagnostische traject bij lichamelijke klachten ook resulteren in een man-vrouwverschil voor wat betreft het aantal gestelde ziektediagnoses (waarbij klachten verklaard worden door een organische ziekte) en symptoomdiagnoses (waarbij klachten niet verklaard kunnen worden door een ziekte en een symptoom blijven).^{10,11} Het doel van ons onderzoek was daarom geslachtsverschillen in de diagnostische trajecten bij veelvoorkomende lichamelijke klachten in de huisartsenpraktijk te kwantificeren, en te onderzoeken of geslachtsverschillen in deze diagnostische trajecten samenhangen met man-vrouwverschillen in de gestelde ziektediagnoses.

METHODE

Wij hebben gebruikgemaakt van gegevens van FaMe-Net over de jaren 2014-2017. FaMe-Net is een eerstelijns registratiedatabase die ruim 32.000 patiënten omvat, verdeeld over 26 huisartsen en 7 huisartsenpraktijken door heel Nederland. De data zijn gestructureerd aan de hand van zorgepisoden, gedefinieerd als een gezondheidsprobleem van een patiënt dat begint bij het eerste en eindigt met het laatste contact voor hetzelfde gezondheidsprobleem.⁹ Binnen een zorgepisode legt de huisarts de reden van komst vast in een codering volgens de International Classification of Primary Care-2 (ICPC), en daarnaast alle handelingen: lichamelijk onderzoek (ICPC 30/31), diagnostische beeldvorming (ICPC 41), laboratoriumonderzoek (ICPC 33/34), verwijzing naar een specialist (ICPC 67) en deel- en eindiagnoses. De

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Ballering AV, Muijres D, Uijen AA, Rosmalen JGM, olde Hartman TC. *Sex differences in the trajectories to diagnosis of patients presenting with common somatic symptoms in primary care: an observational cohort study.* J Psychosom Res 2021;149:110589. Publicatie gebeurt met toestemming.



Vrouwen krijgen minder vaak een ziektediagnose voor lichamelijke klachten dan mannen. Foto: Shutterstock

einddiagnoses worden onderscheiden naar ziektediagnoses (ICPC \geq 70) en symptoomdiagnoses (ICPC $<$ 30). In ons onderzoek includeerden we alle klachten uit de subschaal Somatisatie van de Symptom CheckList-90. Deze klachten zijn veelvoorkomend en blijven vaak onverklaard.^{10,12}

Statistische analyses

We analyseerden geslachtsverschillen in het diagnostische traject bij 12 veelvoorkomende lichamelijke klachten (met ICPC-code): hoofdpijn (N01); duizeligheid (N17); pijn toegeschreven aan het hart (K01); (lage-)rugpijn (L02/L03); misselijkheid (D09); spierpijn (L18); kortademigheid (R02); koude rillingen (A02); tintelen van extremiteiten (N05); slik- en keelklachten (D21/R21); algemene moeheid (A04); armen/of beenklachten (L09/L14).

Op basis van geslacht en leeftijd van de patiënt, aantal en type contacten tussen patiënt en huisarts (telefonisch, digitaal of fysiek consult), het type klacht en de aanwezigheid van comorbiditeit (astma/COPD, hart- en vaatziekten en maligniteiten) analyseerde ons model of er diagnostische onderzoeken zouden plaatsvinden. Hierbij hielden we er rekening mee dat een patiënt meerdere zorgepisodes kan hebben gehad. Daarna herhaalden we de analyse, maar nu met als uitkomst een gestelde ziektediagnose. Vervolgens onderzochten we of man-vrouwverschillen in het diagnostische traject de associatie tussen het geslacht van de patiënt en de ziekte- of symptoomdiagnose voor een deel konden verklaren.

RESULTATEN

In totaal hebben we 34.268 zorgepisodes bij veelvoorkomende klachten geanalyseerd [infographic]. Vrouwen presenteerden vaker veelvoorkomende lichamelijke klachten, maar kregen minder vaak een lichamenlijk onderzoek dan mannen

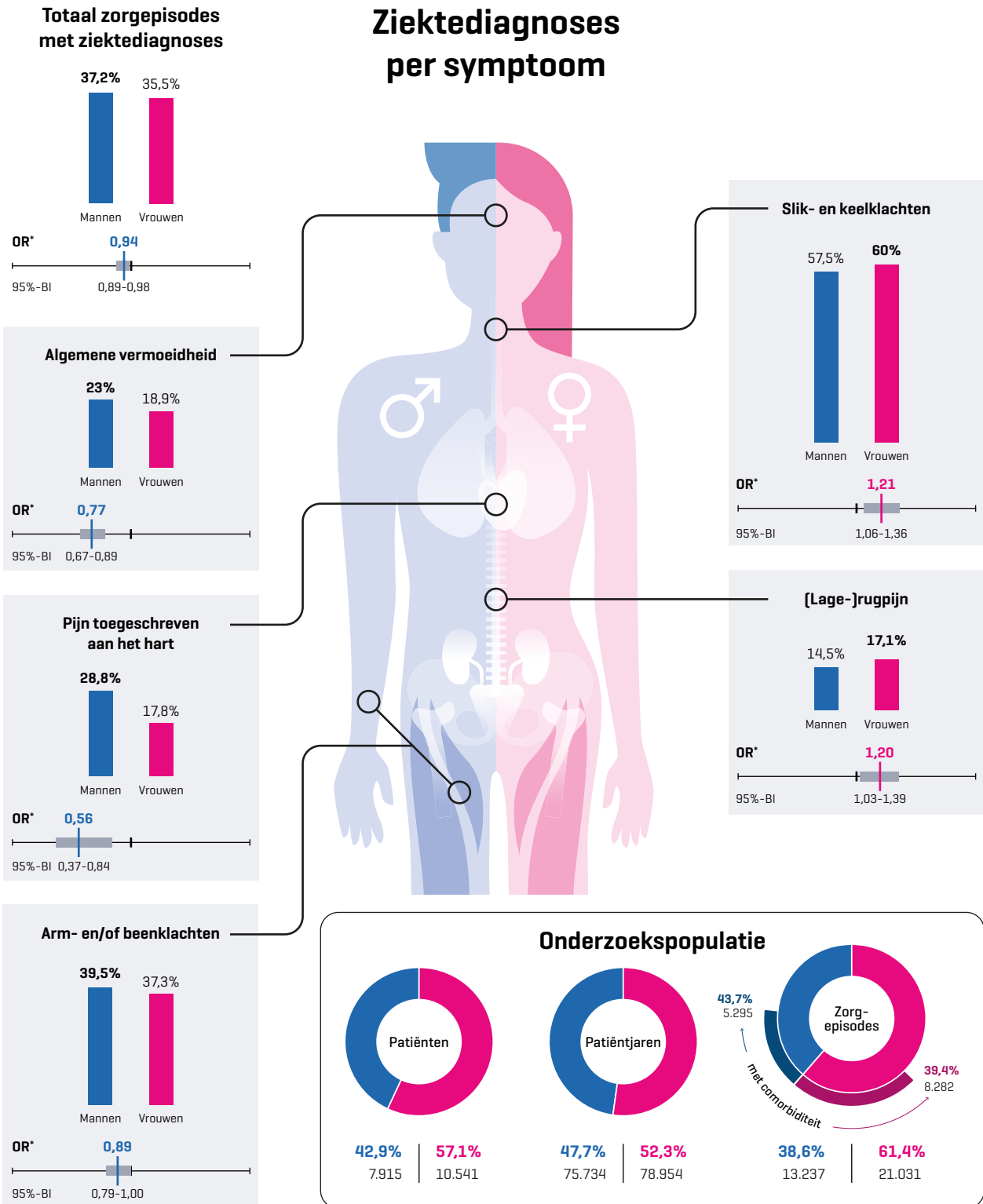
(OR 0,84; 95%-BI 0,79 tot 0,89). Ze kregen ook minder vaak diagnostische beeldvorming (OR 0,92; 95%-BI 0,84 tot 0,99) of een verwijzing naar de specialist (OR 0,95; 95%-BI 0,79 tot 0,91). Vrouwen kregen wel vaker laboratoriumonderzoek dan mannen (OR 1,27; 95%-BI 1,19 tot 1,35). Vrouwen kregen minder vaak een ziektediagnose dan mannen (OR 0,94; 95%-BI 0,89 tot 0,98). Als we in het model rekening hielden met het diagnostische traject, hield deze associatie niet langer stand (OR 1,02; 95%-BI 0,99 tot 1,06). Met andere woorden: het man-vrouwverschil in het diagnostische traject droeg bij aan het man-vrouwverschil in de uiteindelijke ziektediagnoses.

BESCHOUWING

In ons onderzoek kregen vrouwen met veelvoorkomende lichamelijke klachten minder ziektediagnoses dan mannen. Daarmee is, voor het eerst, aangetoond dat het man-vrouwverschil in verrichte diagnostische onderzoeken bijdraagt aan een verschil in gestelde ziektediagnoses. Een beperking van ons onderzoek is dat de correctie voor comorbiditeit niet uitputtend was. Een andere beperking is dat sociaaleconomische status, etniciteit, leefstijlfactoren (rookstatus, alcoholgebruik) en het geslacht van de huisarts niet in de analyse konden worden meegenomen. De kracht van dit onderzoek ligt in de rijke, valide en zeer betrouwbare gegevens van FaMe-Net.

Vergelijking met eerder onderzoek

Ook in eerder onderzoek is gevonden dat vrouwen vaker met veelvoorkomende lichamelijke klachten bij de huisarts komen dan mannen, maar minder vaak een ziektediagnose kregen.^{10,11,13} De door ons gevonden man-vrouwverschillen in het diagnostische traject zijn in lijn met eerder onderzoek, dat specifiek was gericht op luchtwegklachten en eveneens



* De OR's zijn gecorrigeerd voor de leeftijd van de patiënt, het aantal contacten binnen de zorgepisode, de aanwezigheid van comorbiditeit en het type consult.

aantoonde dat vrouwen minder vaak lichamelijk onderzoek, beeldvormend onderzoek en een verwijzing naar de specialist kregen.¹ Andere onderzoeken toonden eenzelfde patroon, waarin vrouwen met klachten die wezen op een coronaire hartziekte minder vaak lichamelijk onderzoek kregen.^{2,14,15}

Klinische implicaties

Ons onderzoek laat zien dat man-vrouwverschillen optreden in diagnostische trajecten bij veelvoorkomende klachten. Deze verschillen betekenen echter niet per se dat vrouwen suboptimale zorg krijgen. Diagnostisch onderzoek doen staat na-

WAT IS BEKEND?

- Bij diverse aandoeningen verschillen de diagnostische trajecten voor mannen en vrouwen.
- De resultaten van onderzoek naar man-vrouwverschillen in het diagnostische traject worden vaak vertekend door zelfrapportage of doordat de focus ligt op een reeds aangetoonde ziekte.

WAT IS NIEUW?

- Dit is het eerste onderzoek dat man-vrouwverschillen in kaart brengt in het diagnostische traject bij veelvoorkomende lichamelijke klachten, vanaf de reden voor komst tot en met de einddiagnose.
- Vrouwen krijgen minder vaak lichamenlijk onderzoek, beeldvormend onderzoek of een verwijzing naar een specialist, maar vaker laboratoriumonderzoek.
- Vrouwen krijgen minder vaak een ziektediagnose voor hun lichamelijke klachten dan mannen.
- Het man-vrouwverschil in diagnostisch onderzoek draagt bij aan het verschil in aantal gediagnosticeerde ziekten.

melijk niet noodzakelijkerwijs gelijk aan het verlenen van optimale zorg. Misschien worden mannen, die in dit onderzoek zijn gebruikt als referentiecategorie, wel overgediagnosticeerd. Daarnaast kan enerzijds de kans op detectie van een ziekte toenemen doordat mannen vaker een diagnostisch onderzoek krijgen, zodat er een vicieuze cirkel ontstaat: het grotere aantal ziektediagnoses bij mannen leidt tot meer diagnostische onderzoeken. Anderzijds zou het ook kunnen dat huisartsen op basis van hun klinische ervaring inschatten dat mannen, wanneer zij zich met veelvoorkomende lichamelijke klachten presenteren, een hogere a-priorikans op ziekte hebben dan vrouwen, bijvoorbeeld doordat ze zich later in het ziekteproces melden dan vrouwen. Dat kan een reden zijn om diagnostisch onderzoek bij mannen als zinvoller te beschouwen dan bij vrouwen.

CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat het relatief lage aantal verrichte diagnostische onderzoeken bij vrouwen kan resulteren in minder ziektediagnoses. Vervolgonderzoek moet echter uitwijzen of mannen en vrouwen na het diagnostisch onderzoek dezelfde kans op een ziektediagnose hebben. In ieder geval moeten huisartsen zich ervan bewust zijn dat het relatief lagere aantal diagnostische onderzoeken bij vrouwen een negatieve invloed kan hebben op het diagnosticeren van een ziekte bij vrouwen. ■

LITERATUUR

1. Groeneveld JM, Ballering AV, Van Boven K, Akkermans RP, olde Hartman TC, Uijen AA. Sex differences in incidence of respiratory symptoms and management by general practitioners. *Fam Pract* 2020;37:631-6.

2. McKinlay JB, Link CL, Freund KM, Marceau LD, O'Donnell AB, Lutfey KL. Sources of variation in physician adherence with clinical guidelines: results from a factorial experiment. *J Gen Intern Med* 2007;22:289-96.
3. Arber S, McKinlay J, Adams A, Marceau L, Link C, O'Donnell A. Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Soc Sci Med* 2006;62:103-115.
4. Ballering AV, Wardenaar KJ, olde Hartman TC, Rosmalen JG. Female sex and femininity independently associate with common somatic symptom trajectories. *Psychol Med* 2020;10.1017/S0033291720004043.
5. Ballering AV, Bonvanie IJ, Olde Hartman TC, Monden R, Rosmalen JG. Gender and sex independently associate with common somatic symptoms and lifetime prevalence of chronic disease. *Soc Sci Med* 2020;253:112968.
6. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JE. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med* 2001;16:266-75.
7. De Jong M, Vos RC, De Ritter R, Van der Kallen CJ, Sep SJ, Woodward M, et al. Sex differences in cardiovascular risk management for people with diabetes in primary care: a cross-sectional study. *BJGP Open* 2019;3:bjgpopen19X101645.
8. Crea F, Battipaglia I, Andreotti F. Sex differences in mechanisms, presentation and management of ischaemic heart disease. *Atherosclerosis* 2015;241:157-68.
9. Luijckx H, Van Boven K, olde Hartman T, Uijen A, Van Weel C, Schers H. Purposeful incorporation of patient narratives in the medical record in the Netherlands. *J Am Board Fam Med* 2021;34:709-23.
10. Verhaak PE, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.
11. Evangelidou S, NeMoyer A, Cruz-Gonzalez M, O'Malley I, Alegria M. Racial/ethnic differences in general physical symptoms and medically unexplained physical symptoms: Investigating the role of education. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2020;26:557-69.
12. Acevedo-Mesa A, Tendeiro JN, Roest A, Rosmalen JG, Monden R. Improving the measurement of functional somatic symptoms with item response theory. *Assessment* 2021;28:1960-70.
13. Wang Y, Hunt K, Nazareth I, Freemantle N, Petersen I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. *BMJ Open* 2013;3:e003320.
14. Arber S, McKinlay J, Adams A, Marceau L, Link C, O'Donnell A. Influence of patient characteristics on doctors' questioning and lifestyle advice for coronary heart disease: a UK/US video experiment. *Br J Gen Pract* 2004;54:673-8.
15. Clerc Liaudat C, Vaucher P, De Francesco T, Jaunin-Stalder N, Herzig L, Verdon F, et al. Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. *Womens Health (Lond)* 2018;14:1745506518805641.

Ballering AV, Muijres D, Uijen AA, Rosmalen JGM, olde Hartman TC. Man-vrouwverschillen in diagnostisch onderzoek. *Huisarts Wet* 2022;65(5):10-5. DOI:10.1007/s12445-022-1437-7. UMC Groningen, afdeling Psychiatrie, Interdisciplinair Centrum Psychopathologie en Emotieregulatie, Groningen: A.V. Ballering, promovenda, a.v.ballering@umcg.nl; prof. dr. J.G.M. Rosmalen, hoogleraar psychosomatiek. Radboudumc, Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, Nijmegen: D. Muijres, student; dr. A.A. Uijen, huisarts en senior onderzoeker; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek werd gefinancierd door het ZonMw Gender en Gezondheid programma [project nummer 849200013].

Snelle aanpassing praktijkorganisatie tijdens de coronapandemie

Peter Groenewegen, Maria van den Muijsenbergh, Ronald Batenburg, Esther Van Poel, Stijn van den Broek, Pierre Vanden Bussche, Sara Willems

Huisartsenpraktijken pasten tijdens de coronapandemie hun organisatie aan, mede op basis van informatie en adviezen van hun beroepsorganisaties. De aanpassingen waren noodzakelijk om de zorg voor patiënten zo veel en zo veilig mogelijk doorgang te laten vinden, vaak op afstand. De pandemie zelf, de zorg op afstand en de strakkere geleiding van de patiëntenstroom zetten de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid onder druk. De toegankelijkheid van de praktijken was soms beperkt, in de beleving van patiënten was dat sterker dan in werkelijkheid.

De coronapandemie heeft grote gevolgen (gehad) voor huisartsen. Vanwege de beperkte zorgcapaciteit in ziekenhuizen vingen zij het merendeel van de patiënten met mogelijke COVID-19-klachten op.¹⁻⁵ De enorm toegenomen zorgvraag van patiënten met COVID-19 – voor diagnostiek, begeleiding, behandeling, verwijzing of palliatieve zorg – maakte het vanaf het begin van de pandemie noodzakelijk de praktijkvoering zo te reorganiseren dat de veiligheid van medewerkers en patiënten gewaarborgd

bleef en dat ook andere patiënten de nodige zorg konden blijven krijgen.

Omdat de rol van de eerstelijnszorg in de verschillende Europese landen anders is, biedt de coronapandemie mogelijkheden voor *cross-country learning*.⁶ Dit was de aanleiding om PriCov-19 op te zetten, een pan-Europees vragenlijstonderzoek onder huisartsen naar de gevolgen van de pandemie voor hun functioneren en voor de organisatie van hun praktijk. In dit artikel presenteren we de



Foto: Margot Scherder

De pandemie zette de patiëntveiligheid onder druk omdat patiënten terughoudender waren om de praktijk te bezoeken.

Nederlandse resultaten van dit onderzoek: de aanpassingen op het gebied van patiëntenstromen, de maatregelen om patiëntveiligheidsincidenten te voorkomen en de ervaren ondersteuning door overheid en beroepsorganisaties [figuur 1]. Zo kunt u zien hoe het eraan toeging in de onderzochte praktijken en dit vergelijken met uw eigen handelen.

METHODE

PriCov-19 is een internationaal vragenlijstonderzoek in huisartsenpraktijken. Het is opgezet in 2020 door het expertisecentrum Quality and Safety Ghent van de Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent. Dat gebeurde in samenwerking met 2 netwerken van de World Organization of Family Doctors (WONCA), te weten de European Society for Quality and Patient Safety in General Practice/Family Medicine (EQuiP) en het European General Practice Research Network (EGPRN), en het European Forum for Primary Care (EFPC).⁷ Het Nederlandse deel werd uitgevoerd door het Nivel en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc.

In Nederland zijn 2 steekproeven getrokken uit de praktijken binnen de Nivel Huisartsenregistratie. De eerste steekproef bestond uit praktijken die eerder hadden aangegeven aan onderzoek te willen meedoen (n = 282); de tweede was willekeurig getrokken uit alle overige praktijken (n = 611). Omdat de vragenlijst over praktijken gaat en niet over individuele huisartsen, kreeg per praktijk 1 praktijkhouder een uitnodiging met een link naar de elektronische vragenlijst. Er is 1 reminder gestuurd.

De vragenlijst is in een aantal stappen ontwikkeld door de

WAT IS BEKEND?

- Tijdens de coronapandemie vingen huisartsen het merendeel van de patiënten met [mogelijke] COVID-19-klachten op.
- Infectiepreventie maakte aanpassingen in de praktijkorganisatie nodig, vooral wat betreft toegankelijkheid en bereikbaarheid, ruimtelijke inrichting, medische hulpmiddelen en ICT.
- Daarnaast had de pandemie grote gevolgen voor de personeels- en de financiële planning.

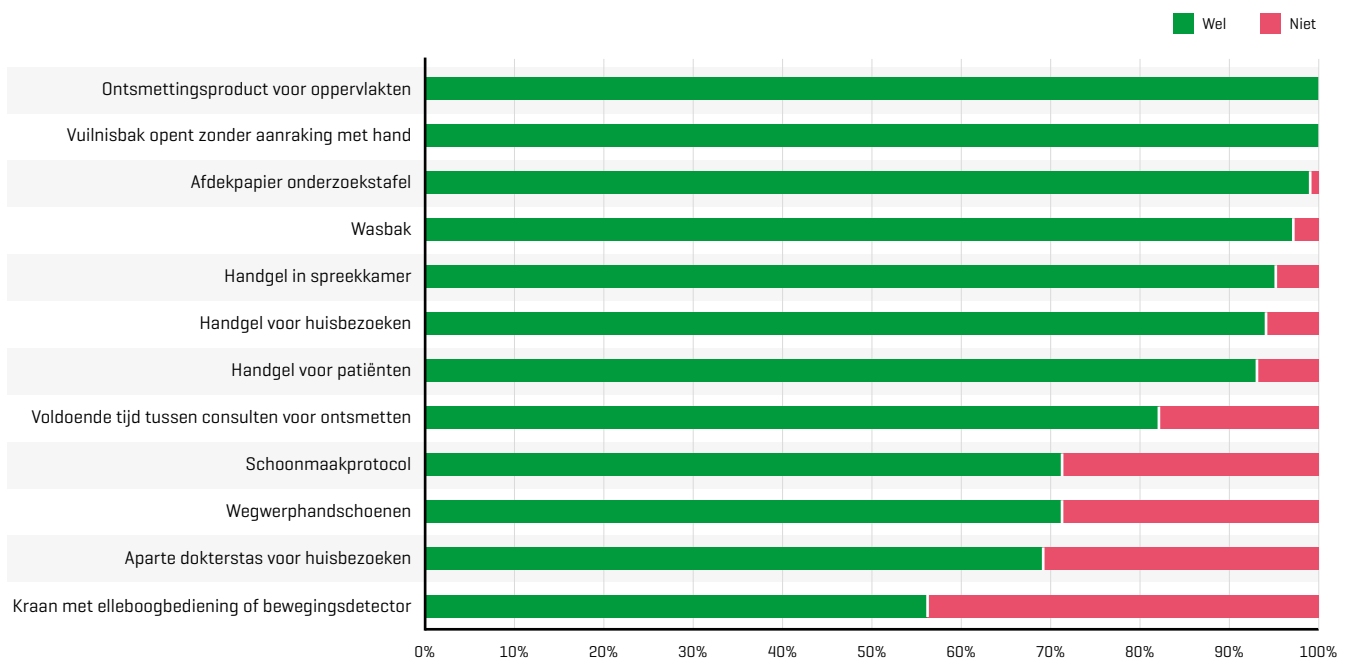
WAT IS NIEUW?

- De maatregelen ten behoeve van infectiepreventie beperkten de fysieke patiëntenstroom, maar videobellen steeg in korte tijd van 6% naar 65% van de praktijken.
- De pandemie zette de patiëntveiligheid onder druk omdat patiënten terughoudender waren om de praktijk te bezoeken.
- De pandemie heeft de samenwerking met andere huisartsenpraktijken verbeterd.
- De praktijken voelden zich door de beroepsorganisaties goed ondersteund wat betreft snelheid en kwaliteit van de informatie.

initiatiefnemers, besproken met alle partners in het onderzoek, getest in Vlaanderen en vervolgens aangepast aan de Nederlandse situatie.⁷ De vragenlijst bestaat uit de volgende

Figuur 1

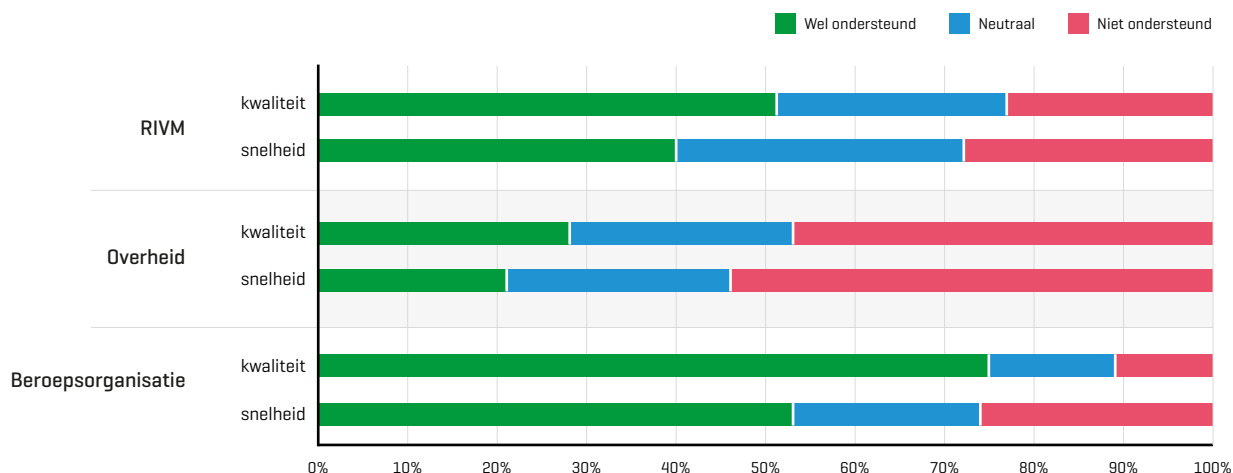
Percentage huisartsenpraktijken dat maatregelen ter preventie van infecties instelt [n = 155]



Figuur: Studio Wiegers

Figuur 2

Percentage huisartsenpraktijken dat zich ondersteund voelde door de beroepsorganisaties, de overheid en het RIVM



Figuur: Studio Wiegers

onderdelen: algemene gegevens over de praktijk, patiëntenstromen, infectiepreventie, informatieverwerking, samenwerking, collegialiteit en zorg voor het eigen welzijn, en het beleid van overheid en beroepsorganisaties.

Beschrijvende analyses zijn uitgevoerd met Stata 16.1.

RESULTATEN

Respons en respondentkenmerken

De dataverzameling vond plaats in februari en maart 2021. De vragenlijst werd teruggestuurd door 208 praktijken; 155 vragenlijsten waren volledig ingevuld (respons op basis van volledig ingevulde lijsten 17%). De responderende praktijken waren gemiddeld wat groter, zowel qua aantal patiënten (gemiddeld 4300 in onze steekproef tegen 3940 in de Huisartsenregistratie) als qua aantal huisartsen (11% solisten in onze steekproef tegen 19% landelijk).

Organisatorische maatregelen om infecties te voorkomen

Huisartsenpraktijken konden tijdens de coronapandemie verschillende maatregelen nemen om de besmettingskans te verkleinen: het risico op persoonlijk contact verkleinen, het afsprakensysteem en de triage aanpassen en zoveel mogelijk consulten op afstand doen.

In Nederland gebruikte 81% van de praktijken een aangepast protocol voor telefoongesprekken en 75% gebruikte dat protocol regelmatig of altijd. Bij ruim 70% was in elke spreekkamer de meest recente informatie onmiddellijk beschikbaar over hoe een patiënt kan worden doorverwezen naar een COVID-19-triagepost (vaak 1 plek per regio, bij een huisartsenpost). Een belangrijke verandering was videobellen: 6% gaf aan dat ze dit vóór de pandemie weleens deden (hooguit 1 keer per week), in onze onderzoeksperiode deed 65% aan videobellen. Ook telefonische triage lijkt een belangrijker rol te zijn gaan spelen, zoals blijkt uit de antwoorden op een vraag naar verschuiving van taken van praktijkmedewerkers [online tabel 1].

Naast deze organisatorische maatregelen zijn er veel praktische maatregelen genomen om infecties te voorkomen, zoals handgel in de spreekkamers en schoonmaakprotocollen.

Gevolgen voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

Vóór de coronapandemie reserveerde 19% van de responderende praktijken vaste momenten in de agenda voor het bekijken van nieuwe richtlijnen of het doornemen van literatuur; ten tijde van de enquête was dit 32%. Een soortgelijk verschil tussen voor en tijdens de pandemie was er ook voor overleg om bestaande, nieuwe of gewijzigde richtlijnen te bespreken; voor de pandemie 27% en tijdens 68%.

Hoewel aandacht voor nieuwe richtlijnen en samenwerking dus toenam, hadden de deelnemers wel de indruk dat de nieuwe organisatorische maatregelen de patiëntveiligheid onder druk zetten. Bijna 2 op de 5 huisartsen hadden de indruk dat zorg soms werd vertraagd, vooral doordat patiënten pas laat naar de praktijk kwamen: 79% had meegemaakt dat een patiënt met een ernstige aandoening daardoor laat werd gezien [tabel 2].

Uitval van medewerkers

In 9 op de 10 praktijken zijn medewerkers gedurende de pandemie tijdelijk afwezig geweest vanwege COVID-19 (door ziekte of quarantaine). In ongeveer de helft van de gevallen ging het om ≥ 5 medewerkers. Het verzuim werd in 2 op de 3 praktijken intern of met hulp van buurpraktijken opgevangen. Volgens 40% van de praktijkhouders was een mooie bijkomstigheid dat dit de samenwerking met andere praktijken heeft bevorderd [online tabel 3].

Steun door overheid, RIVM en beroepsorganisaties

De meeste praktijken ervoeren de informatievoorziening vanuit de overheid niet als ondersteunend. De specifieke informatievoorziening vanuit het RIVM en vooral vanuit de beroepsorganisaties werd beter gewaardeerd [figuur 2].

Tabel 2**Patiëntveiligheidsincidenten**

Een patiënt met een ernstige aandoening kwam niet eerder naar de praktijk en werd daardoor laat gezien	79%
Een patiënt met koorts door een andere infectie dan corona werd laat gezien vanwege het COVID-protocol, wat de zorg vertraagde	42%
Een patiënt met een ernstige aandoening wist niet hoe een beroep te doen op een huisarts en werd daardoor laat gezien	38%
Een patiënt met een urgente aandoening anders dan COVID-19 werd bij de triage niet correct ingeschat	33%
Een patiënt met een urgente aandoening werd bij de telefonische triage als niet-urgent ingeschat en werd daardoor laat gezien	30%

Tabel: Studio Wisgares

BESCHOUWING**Belangrijkste resultaten**

Tijdens de pandemie is digitale zorg-op-afstand snel toegenomen, vooral in de vorm van videobellen. Ook het afsprakenstelsel, de triage en de patiëntenstroom naar de praktijk zijn aangepast. Uitval van praktijkpersoneel kon vaak intern of met hulp van een buurpraktijk worden opgevangen; 2 op de 5 praktijken vonden dat de samenwerking met andere praktijken was verbeterd.

De pandemie heeft de patiëntveiligheid onder druk gezet, deels omdat patiënten terughoudend waren om de praktijk te bezoeken. Redenen daarvoor kunnen zijn geweest dat ze dat niet veilig vonden of dat ze de huisarts niet onnodig wilden belasten.⁸ Vanwege de vereiste infectiepreventie werden patiënten minder vaak lichamelijk onderzocht. De patiëntveiligheidsincidenten die werden aangegeven zullen tot op zekere hoogte de percepties van de respondenten weerspiegelen, en wellicht ook de veiligheidscultuur en de mate waarin de praktijk reflecteert en incidenten herkent. Het gebrek aan rechtstreeks contact met patiënten in bepaalde fasen van de pandemie doet vermoeden dat veel incidenten (nog) niet getraceerd zijn.

Het NHG definieert patiëntveiligheidsincidenten als volgt: 'Elke onbedoelde gebeurtenis (vergissing, fout, ongeval/ongeluk, afwijking) die de patiënt bereikt heeft en die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.'^{9,10} De laatste toevoegingen zijn belangrijk omdat we niet weten wat feitelijk de gezondheidsgevolgen voor patiënten zijn geweest. Van een nadere analyse en stratificatie naar risico van incidenten die tot gezondheidsgevolgen (hadden) kunnen leiden, kunnen praktijken veel leren over de veiligheid van hun zorg. Voor patiënten die hun klacht moeilijk onder woorden kunnen brengen, is telefonische triage soms ontoreikend en is face-to-facecontact belangrijk om de klacht goed te kunnen inschatten.^{11,12}

Beperkingen

De respons van 17% is voor Nederlandse begrippen redelijk, maar in de responsgroep zijn grote praktijken enigszins oververtegenwoordigd. Verder is het een beperking van vragenlijstonderzoek dat het om subjectieve inschattingen van de respondenten gaat, bijvoorbeeld rond patiëntveiligheidsincidenten. De subjectieve inschattingen rond uitstel van zorg worden overigens wel bevestigd, bijvoorbeeld door cijfers over het aantal verwijzingen. Een volgende beperking is dat in de vragenlijst, op enkele uitzonderingen na, gevraagd is naar de situatie op het

moment van invullen (voorjaar 2021). De uitgangssituatie kan van invloed zijn op de aanpassingen die nodig waren.

Implicaties voor de praktijk

De coronapandemie heeft internationaal het belang van huisartsenzorg aangetoond, maar heeft ook laten zien waar verbetering mogelijk is.^{13,14} De discussie over de noodzakelijke transformatie van zorgstelsels is versneld, bijvoorbeeld door meer samenwerking van de eerste lijn met de openbare gezondheidszorg en met het sociale domein.¹⁵ Zorgprocessen zijn veranderd door de introductie van digitale zorgtoepassingen, vooral elektronische consulten. Er zijn zeer snel nieuwe richtlijnen gemaakt en bestaande zijn aangepast, mede dankzij goede ondersteuning door de beroepsorganisaties. Nu is het zaak de positieve aspecten van deze aanpassingen vast te houden en de negatieve gevolgen te vermijden.

Om redenen van veiligheid en infectiepreventie is op grotere schaal triage ingevoerd. Er zijn geen vergelijkbare cijfers van voor de pandemie beschikbaar, maar we hebben de indruk dat triage tijdens de pandemie grondiger werd ingezet. Er kwam geen patiënt meer naar de praktijk zonder dat met de praktijkassistent, de praktijkondersteuner of de huisarts was gesproken over de reden en de urgentie van het bezoek. Patiënten stelden dat niet altijd op prijs. Triage kan een barrière opwerpen voor mensen die moeite hebben om zich uit te drukken – door taalproblemen of geringe gezondheidsvaardigheden. Dit kan er bij sommige categorieën patiënten aan hebben bijgedragen dat ze het zoeken van zorg uitstelden. Ook het (toegenomen) videobellen zal niet voor alle patiënten goed werken of door hen op prijs worden gesteld. Als patiënten zich niet kunnen terugtrekken tijdens het videoconsult, kan videobellen leiden tot privacyproblemen. En voor videobellen geldt, net als bij triage, dat niet alle patiënten even vaardig zijn met de techniek en met het onder woorden brengen van hun zorgvraag.

Veel respondenten gaven aan dat zij patiënten soms laat zagen omdat deze niet eerder naar de praktijk kwamen of contact opnamen. Dat zal zeker als probleem zijn ervaren. De vraag is of praktijken dit uitstelgedrag kunnen beïnvloeden, en hoe dan. De helft van de praktijken heeft de kennis die zij hadden van hun eigen patiëntenpopulatie gebruikt om bepaalde patiënten actief te benaderen [**online tabel 1**]. Ook de coronadossiers van het NHG hebben hierop ingespeeld met regelmatig geactualiseerde informatie en aanbevelingen op basis van voortschrijdend inzicht en ervaringen in het veld. Samen met de onderling afgestemde informatie vanuit de andere koepel-

organisaties LHV en InEen zal dit hebben bijgedragen aan de ervaren steun vanuit beroepsorganisaties.

De samenwerking binnen de praktijk en met buurtpraktijken om problemen met uitval van praktijkmedewerkers op te vangen weerspiegelt een van de onlangs herijkte kernwaarden van het vak.¹⁶ De tijd die vrijkwam doordat de drukte wegviel, kon in sommige praktijken worden besteed aan toezicht op de triage en wellicht ook aan ondersteuning van praktijkmedewerkers in het algemeen.

De resultaten van dit beschrijvende onderzoek leiden tot een aantal suggesties voor soortgelijke situaties in de toekomst.

- Huisartsenorganisaties hebben een belangrijke rol in de informatievoorziening; zij zouden er goed aan doen de ervaringen van huisartsen te monitoren zodat richtlijnen, aanbevelingen en leidraden snel kunnen worden aangepast als de omstandigheden daarom vragen.
- Het is belangrijk huisartsen en praktijkmedewerkers het gevoel te geven dat zij worden ondersteund bij het leveren van goede en veilige zorg, en patiënten het gevoel te geven dat ze de praktijk veilig en op tijd kunnen bezoeken. Dit vraagt om risico-inschattingen op basis van kennis over de praktijkpopulatie en de specifieke context van de patiënt (persoonsgericht te werken).¹⁷
- Patiënten moeten actief en in begrijpelijke taal worden ingelicht over de toegankelijkheid van de zorg.¹⁸ Het is belangrijk om onderzoek te doen naar de langetermijnevolgen voor bijvoorbeeld patiënten die om wat voor reden ook niet of pas laat zijn gezien, en zo bedreigingen voor de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg in beeld te brengen.

CONCLUSIE

De Nederlandse huisartsenpraktijken hebben snel gereageerd op de coronapandemie met aangepaste praktijkvoering, veiligheidsvoorschriften en meer gebruik van videobellen. Ondanks de grote uitval van personeel kon de zorg doorgaan. Triage, zorg op afstand en onduidelijkheid over de toegankelijkheid van de zorg kunnen volgens de ondervraagde huisartsen hebben geleid tot incidenten in de patiëntveiligheid. Hoe de organisatorische aanpassingen in Nederlandse huisartsenpraktijken zich verhouden tot de situatie bij collega's in andere landen zal in het kader van het PriCov-19-onderzoek op een later moment in beeld worden gebracht. ■

LITERATUUR

1. Schers H, Olde Hartman T, Van Boven K. Trends in COVID-19-problematiek (update 17 juni). Huisarts Wet, 17 juni 2020.
2. Jansen T, Bolt E, Hooiveld M, Hendriksen J, Korevaar J. 20-24 jarigen in tweede lockdown vaker naar de huisarts met depressieve gevoelens en angst. Utrecht: Nivel, 2021.
3. Batenburg R, Keuper J, Vis E, Flinterman L, Bosmans M, Leemrijse C. Geleerde lessen in coronatijd van grote waarde voor huisartsenpraktijken bij eventuele tweede golf: Gevolgen corona in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 2020.
4. Batenburg R, Vis E, Keuper J, Bosmans M, Leemrijse C. Drukke en uitgestelde zorgvraag door de coronapandemie: regionale verschillen: Gevolgen corona in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 2020.

5. Van Tuyl L, Batenburg R, Keuper J, Meurs M, Friele R. Toename gebruik e-health in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie: Organisatie van zorg op afstand in coronatijd. Utrecht: Nivel, 2020.
6. The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic. Brussels: Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2020.
7. Van Poel E, Vanden Bussche P, Klemenc-Ketis Z, Willems S. How did general practices organize care during the COVID-19 pandemic: the protocol of the cross-sectional PriCov-19 study in 38 countries. BMC Fam Pract 2022;23:11.
8. Khan N, Jones D, Grice A, Alderson S, Bradley S, Carder P, et al. A brave new world: the new normal for general practice after the COVID-19 pandemic. BJGP Open 2020;4:bjgp-open20X101103.
9. Van den Broek S. NHG-Handleiding voor het opzetten van een Procedure Veilig Incident Melden (VIM). Utrecht: NHG, 2021.
10. Verstappen W, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. Huisarts Wet 2016;59:350-3.
11. Greenhalgh T, Koh GC, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ 2020;368:m1182.
12. Julia C, Saynac Y, Le Joubioux C, Cailhol J, Lombraill P, Bouchaud O. Organising community primary care in the age of COVID-19: challenges in disadvantaged areas. Lancet Public Health 2020;5: e313.
13. Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. Ann Fam Med 2020;18:349-54.
14. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, Van Weel C; Global Forum on Universal Health Coverage and Primary Health Care. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. Eur J Gen Pract 2020;26:129-33.
15. Kinder K, Bazemore A, Taylor M, Mannie C, Strydom S, George J, et al. Integrating primary care and public health to enhance response to a pandemic. Prim Health Care Res Dev 2021;22:e27.
16. Van der Horst H, Dijkstra R. Woudschoten 2019: huisartsge-neeskundige kernwaarden en kerntaken herijkt. Huisarts Wet 2019;62:19-22.
17. Van den Muijsenbergh ME, Oosterberg E, Houwen J. Complexe zorg: wat werkt in de praktijk? Ned Tijdschr Geneesk 2019;163:D4508.
18. Van den Muijsenbergh ME, Gingnagel D, Duijnhoven T, Dees MK. Huisarts Wet 2020;63:46-8. 'Ik weet niet wat lock-down betekent': Moeite met lezen en schrijven in tijden van corona.

Groenewegen PP, Van den Muijsenbergh ME, Batenburg RS, Van Poel E, Van den Broek S, Vanden Bussche P, Willems S. Snelle aanpassing praktijkorganisatie tijdens de coronapandemie. Huisarts Wet 2022;65(5):16-20. DOI:10.1007/s12445-022-1439-5. Nivel, Utrecht: dr. P.P. Groenewegen, senior onderzoeker zorgstelsel en sturing, p.groenewegen@nivel.nl; prof. dr. R.S. Batenburg, programmeur arbeids- en organisatievraagstukken in de gezondheidszorg [tevens Radboudumc]. Radboudumc, European Forum for Primary Care, Nijmegen: prof. dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts, hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte geïntegreerde eerstelijnszorg. Universiteit Gent, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Quality and Safety Ghent: E. Van Poel, promovenda; dr. P. Vanden Bussche, huisarts en expert implementatiestrategieën, naadloze zorg, veilige zorg; prof.dr. S. Willems, voorzitter Quality and Safety Ghent. NHG, Utrecht: S. van den Broek, kaderhuisarts, senior stafmedewerker beleid & organisatie huisartsenzorg [tevens EquiP]. Mogelijke belangenverstrengeling: EGPRN heeft een financiële bijdrage aan het project verleend.

Kwaliteitstoetsing van huisartsenpraktijken en HAP's kan beter gezamenlijk en regionaal

Paul Giesen, Kees in 't Veld, Roeland Drijver

Een groeiend aantal huisartsenposten (HAP's) laat de accreditering uitvoeren door de NHG-Praktijk Accreditering (NPA). Dat is een begrijpelijke ontwikkeling, gezien de sterke inhoudelijke overeenkomst tussen huisartsenpraktijken en HAP's. Door de kwaliteitstoetsing van de 7 x 24-uurs huisartsenzorg volledig bij de NPA onder te brengen, kan het regionale kwaliteitsbeleid eenduidiger worden en de efficiëntie toenemen. Bovendien kunnen huisartsenpraktijken zo meer ondersteuning krijgen door HAP's. In dit opiniërende artikel delen wij als NPA-auditoren onze ervaringen met huisartsenpraktijken en HAP's, en opperen we ideeën voor innovatie en kwaliteitsverbetering.

Het doel van de NHG-Praktijkaccreditering (NPA) is tweeledig: het toetsen van de kwaliteit in huisartsenpraktijken en huisartsenposten (HAP's), en het geven van verbetersuggesties. De normen, waarden en richtlijnen van de beroepsgroep vormen daarbij het uitgangspunt.¹⁻³ De normen van de NPA en andere accrediteringsinstellingen zijn als het ware een leidraad om het kwaliteitsbeleid te borgen, maar zijn geen doel op zich.

De behoefte aan accreditering van HAP's vloeit voort uit de maatschappelijke vraag naar externe verantwoording.⁴ Huisartsenpraktijken wensen accreditering omdat ze de intrinsieke behoefte hebben om de kwaliteit en veiligheid te toetsen en te verbeteren.¹⁻³ Daarnaast dient elke opleidingspraktijk geaccrediteerd te zijn conform de eisen van de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS).⁵ Onze ervaringen met de audit van zowel HAP's als

huisartsenpraktijken vormen de basis voor ons pleidooi voor een meer gezamenlijke, regionale aanpak van de kwaliteitstoetsing van de 7 x 24-uurs huisartsenzorg. We denken ook dat het daarbij kan helpen om de kwaliteitstoetsing volledig onder te brengen bij eenzelfde accrediteringsinstelling, zoals de NPA.

ERVARINGEN VAN DE AUDITOREN MET DE HAP'S

In 2018 is de NPA voor de huisartsenpraktijk aangepast voor gebruik op de HAP's en sindsdien kiest ook een groeiend aantal HAP's hiervoor.⁵ Bij de accreditering van de HAP's worden er natuurlijk wel andere accenten gelegd dan bij die van huisartsenpraktijken. De organisatie is immers grootschaliger, goede triage is wezenlijk en de voorafkansen op spoedeisende zorgvragen en ernstige pathologie is groter dan in huisartsenpraktijken.⁶



Versterking van de regionale aanpak van het kwaliteitstoetsing kan leiden tot kwaliteitsverbetering en meer efficiëntie.

Foto: Shutterstock

In het algemeen valt ons op dat de HAP's onderling sterk overeenkomen doordat de organisatievorm, randvoorwaarden en kwaliteitssystemen vergelijkbaar zijn. Door hun schaal-grootte weten ze zich ondersteund door directie, management, kwaliteitsmedewerkers, personeelsfunctionarissen, ICT'ers en roosteraars. Mede hierdoor zijn de personele ondersteuning, ICT, protocollen en afspraken meestal goed op orde. Ook het instrumentarium en de medische middelen zijn in alle wer-krumtes steeds ruim aanwezig en uniform opgeborgen, waar-door de kans kleiner is dat de dienstdoende huisartsen 'mis-grijpen'.⁶ Alle door ons bezochte HAP's gebruiken de landelijke (InEen) branchenormen en de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Daarnaast volgen de triagisten een landelijke opleiding en worden ze jaarlijks getoetst, met gebruik van de KERNset als observatie-instrument.⁷ De HAP's verschillen dus onder-ling weinig en voldoen in ruime mate aan de voorwaarden voor goede patiëntenzorg.⁶

Tussen huisartsenpraktijken ervaren we wel grote verschillen. We hebben de indruk dat praktijken met managementonder-steuning het beter voor elkaar hebben. Ook opleidingsprak-tijken hebben de kwaliteit meestal goed op orde, wat overeen-komt met eerdere onderzoeksbevindingen.⁸ Een deel van de praktijken kan het echter beter doen en het zou goed zijn wan-neer deze voor de eigen kwaliteitsontwikkeling steun krijgen van de regionale HAP.

GROTERE SLAGVAARDIGHEID DOOR REGIONALISERING

Bij de HAP's zien we een trend in de richting van kleinere, sterk regionaal georiënteerde huisartsenorganisaties, die praktijken ondersteunen bij de patiëntenzorg en de complexe uitdagingen, zoals de coronapandemie. Hierbij willen we ook verwijzen naar hechtehuisartsenzorg.nl, een project van LHV, InEen en NHG, dat een duidelijk visie op huisartsenzorg heeft, en bouwstenen en allerlei zeer bruikbare voorbeelden geeft voor het versterken van de regionale samenwerking.⁹

HAP's die voorheen onder de bovenregionaal georganiseerde huisartsendienstenstructuur (HDS) vielen, richten zich steeds meer op de eigen regio en zoeken intensievere samenwerking met de regionale huisartsenpraktijken, spoedketenpartners, scholingsgroepen, chronische zorggroepen en thuiszorg-organisaties. Hierdoor ontstaan meer bij de regio passende, herkenbare en slagvaardige organisaties. Dankzij synchronisatie en dwarsverbanden tussen de HAP en de deelnemende huisartsenpraktijken zal het regionaal 7 x 24-uurs kwaliteits-beleid efficiënter worden. Het valt ons op dat de huisartsen-praktijken, HAP's en de regionale zorggroep in sommige regio's gebruikmaken van maatwerkondersteuning, zoals eerder beschreven:^{9,10}

1. personele inzet met werving, scholing en detacheren van triagisten, POH's, praktijkmanagers, administratieve mede-werkers en junior triagisten;
2. het ondersteunen van huisartsenpraktijken door HAP-kwa-liteitsfunctionarissen bij management, ICT, klachten-afhandeling, onderzoek naar patiëntervaringen en het voorbereiden van de praktijkaccreditering;

3. in afstemming tussen praktijken en de HAP kiezen voor eenzelfde regionaal huisartsinformatiesysteem, wat de berichtenuitwisseling eenvoudiger maakt en daardoor de continuïteit in de dossiervoering vergroot;
4. het ontwikkelen, periodiek aanpassen en delen van medisch-inhoudelijke en organisatorische protocollen met huisartsenpraktijken, om te voorkomen dat elke praktijk bij de accreditering steeds weer het wiel moet uitvinden;
5. het regionaal gezamenlijk scholen en trainen van HAP- en huisartsenpraktijkmedewerkers in protocollen en het toet-sen van gedelegeerde handelingen;
6. het initiëren en ontwikkelen van regionale ketenafspraken met de thuiszorg, SEH en ambulancedienst;
7. het ontwikkelen van en ondersteunen bij vernieuwende vormen van communicatie en samenwerking (bijvoor-beeld beeldbellen, ICT-platforms, zoals OZO-verbindzorg, gedeelde consultvoering, chatten).

COMMUNITY OF PRACTICE

Hoewel huisartsen in het algemeen tevreden zijn over de geleverde kwaliteit en over de HAP als organisatie-model, is er bij een deel van de huisartsen ook onvrede te bespeuren. Dit betreft dan de hoge werkdruk, matige ketensamenwerking, beperkte betrokkenheid, anonimiteit en het verlies van profes-sionele autonomie.⁶

Bij een versterking van de regionale samenwerking kan de 7 x 24-uurs betrokkenheid groter worden, waardoor de lijnen korter worden en er meer informeel contact is ('clubhuis-gevoel'). De betrokkenheid en het werkplezier zullen ook toenemen dankzij meekijkconsulten, debriefing na ingrij-pende gebeurtenissen, het gebruik van spiegelinformatie en casuïstiekbesprekingen.^{11,12} Huisartsen, assistentes en triagis-ten kunnen zo hun expertise vergroten en een continu lerend team vormen: een *community of practice*.¹¹

Zowel in de huisartsenpraktijk als op de HAP zien we een groeiend tekort aan assistentes en triagisten. Door flexibilise-ring en het over-en-weer inzetten van triagisten en assistentes in de praktijk en op de HAP, kan het werk interessanter wor-den gemaakt. Bovendien kan hen zo een groter carrièreper-spectief worden geboden.¹⁰

Het personeelstekort kan ook worden weggewerkt door andere medewerkers in te zetten, zoals nurse-practitioners en basisartsen. We hoorden ook positieve verhalen over medisch studenten die in de masterfase als junior triagist worden inge-zet. Deze ontwikkelingen moeten wel goed worden geëvalu-eerd.

DE TOEKOMST

Volgens ons kan versterking van de regionale aanpak van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenpraktijk tot een grote-re synchronisatie, kwaliteitsverbetering en meer efficiëntie leiden. Een nevendoeel is dat huisartsen zo maximaal worden 'ontzorgd', zodat ze zich nog meer kunnen richten op hun medisch-inhoudelijke kerntaken.

Op termijn kan een vorm van regioaccreditering ontstaan,

waarbij naast een aantal gemeenschappelijke kwaliteitsnormen, specifieke normen worden geformuleerd voor de huisartsen(dag)praktijk, de HAP en de zorggroepen. Het NHG, de NPA, de LHV en InEen kunnen hierbij samen een voortrekkersrol spelen. Ten slotte is evaluatie nodig: wat zijn de effecten van praktijkaccreditering en van de door ons beschreven regionalisering? ■

LITERATUUR

1. Van Doorn-Klomborg A, Kirschner K, Bouma M, In 't Veld CJ, Wensing M, Braspenning JCC. Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2011;54:360-5.
2. Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effecten van NHG-praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59:388-93.
3. Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:78.
4. NPA. NPA-Certificering Huisartsenpost. De juiste zorg op het juiste moment. Beschikbaar via <https://npacertificering.nl/zorgaanbieder/huisartsenpost/>. Geraadpleegd op 22 maart 2022.
5. Huisartsopleiding Nederland. Huisartsopleider worden. Beschikbaar via <https://www.huisartsopleiding.nl/opleiders-docenten/huisartsopleider-worden/>. Geraadpleegd op 22 maart 2022.
6. Giesen P, Smits M, Verstappen W, Kant J, Sluiter A, Rutten M. De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2021;64:23-6.
7. Smits M, Keizer E, Ram P, Giesen P. Development and testing of the KERNset: an instrument to assess the quality of telephone triage in out-of-hours primary care services. *BMC Health Serv Res* 2017;17:798.
8. Van den Hombergh P, Schalk-Soekar S, Kramer A, Bottema B, Campbell S, Braspenning J. Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders. *Huisarts Wet* 2013;56:438-43.
9. Hechte huisartsenzorg. Meer informatie en tools. Beschikbaar via <https://www.hechtehuisartsenzorg.nl/#toolbox>. Geraadpleegd op 22 maart 2022.
10. Giesen P, Kant J, Sluiter A, Verstappen W. Innovaties noodzakelijk voor toekomstbestendige huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2021;64:27-8.
11. Van Groningen JT, Van der Winden D, Slottje P, Van Dijk N, Bont J. Effectief spiegelen in de praktijk, wat werkt? *Huisarts Wet* 2021;64:10-5.
12. Scherpbier-de Haan ND. Community of practice: leren dicht bij huis. *Huisarts Wet* 2017;60:584-5.

Giesen P, In 't Veld K, Drijver R. Kwaliteitstoetsing van huisartsenpraktijken en HAP's kan beter gezamenlijk en regionaal. *Huisarts Wet* 2022;65(5):23-5. DOI:10.1007/s12445-022-1442-x. Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts, auditor NPA, senior onderzoeker, paul.giesen@radboudumc.nl; K. in 't Veld, huisarts, auditor NPA; R. Drijver, huisarts, auditor NPA. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

H&W-podcast

Luister en blijf op de hoogte

- ✓ Elke maand een nieuwe H&W-podcast met H&W-artikelen en nieuwsberichten
- ✓ 4 enthousiaste huisartsen
- ✓ Luister waar en wanneer het jou uitkomt

LUISTER OOK MEE!

- via www.huisartspodcast.nl/henw
- via jouw favoriete **podcastapp** of **Spotify** (klik dan op 'volg' of 'abonneer')



DE H&W-PODCAST BEVAT DE VOLGENDE ONDERWERPEN

- ▶ **Uitgelichte artikelen** – zoals *Klachten op de huisartsenpost, Contextueel werken en Urologische complicaties door ketamine*
- ▶ **Herziene NHG-Standaarden** – zoals *Diabetes type 2, Hoofdpijn en Enkelbandletsel*
- ▶ **Nieuwsberichten** – zoals *Helpt sildenafil tegen dementie?, Ochtend- of avondinname van statines en Lengteverlies voorspelt sterfterisico*



Volg Huisartspodcast in je favoriete podcastapp/op Spotify. Je krijgt dan automatisch een melding van de nieuwe H&W-podcasts.





Eenmalige gift ondansetron is (kosten)effectief bij kinderen met acute gastro-enteritis

Anouk Weghorst, Irma Bonvanie, Karin Vermeulen, Gea Holtman, Marjolein Berger

Bijna elk kind onder de 5 jaar krijgt een keer acute gastro-enteritis. Omdat deze kinderen vaak braken wordt de standaardbehandeling, orale rehydratietherapie, inefficiënt. In de tweede lijn blijkt ondansetron effectief in het verminderen van braken. Uit ons onderzoek blijkt nu dat dit middel ook (kosten)effectief is in de eerste lijn. Kinderen die door acute gastro-enteritis veelvuldig braken, kunnen op de huisartsenpost eenmalig ondansetron krijgen. Daardoor stoppen ze eerder met braken, hoeven hun ouders minder van hun werk te verzuimen en is een nieuw bezoek aan de eigen huisarts minder vaak nodig. Daardoor dalen ook de kosten voor de zorg en de samenleving.

Acute gastro-enteritis is een veelvoorkomende infectieziekte bij jonge kinderen die de huisarts goed kan behandelen, maar in enkele gevallen ook kan resulteren in dehydratie.¹ Uitdroging kan bij jonge kinderen leiden tot groot ongemak en in ernstige gevallen tot metabole ontregeling en circulatoire insufficiëntie.² Daarom kan acute gastro-enteritis aanleiding geven tot verwijzingen en ziekenhuisopnamen. Braken is een risicofactor voor dehydratie, heeft grote impact op het welbevinden van kinderen en leidt tot werkverzuim bij ouders.³ De jaarlijkse kosten van acute gastro-enteritis bij kinderen onder de 5 jaar worden in Nederland geschat op meer dan € 77 miljoen.⁴ (Inter)nationale richtlijnen bevelen ORS met vangnetadvies aan bij kinderen die uitgedroogd dreigen te raken door acute gastro-enteritis.^{1,5,6} Braken is een voorspeller voor het falen van ORS; maar liefst 70% van de kinderen heeft last van braken.^{2,6} Symptomatische behandeling van braken zou daarom het falen van ORS en dehydratie kunnen voorkomen, en het aantal verwij-

zingen en ziekenhuisopnamen mogelijk verminderen.⁷⁻⁹ In de tweede lijn liet onderzoek naar ondansetron, een 5-HT₃-antagonist met anti-emetisch effect, zien dat het braken kan stoppen.¹⁰ Ondansetron bleek daarbij geen ernstige bijwerkingen te hebben. Inmiddels wordt het al veelvuldig door kinderartsen ingezet.^{10,11} In de eerste lijn was er echter nog geen onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van ondansetron. Daarom wilden we op huisartsenposten nagaan wat de (kosten)effectiviteit van ondansetron is bij kinderen die gastro-enteritis hebben en braken.

METHODE

Onderzoeksontwerp en -setting

We hebben een pragmatisch gerandomiseerd onderzoek gedaan. De inclusie liep van december 2015 tot januari 2018 op huisartsenposten in Groningen, Assen en Zwolle. We includeerden kinderen van 6 maanden tot 6 jaar met de diagnose acute gastro-enteritis wanneer ze een verhoogd risico op uitdroging hadden omdat ze 1) ten minste 4 braakepisodes hadden gedurende 24 uur voor ze op de huisartsenpost kwamen; en 2) ten minste 1 braakepisode hadden gedurende 4 uur voor ze de huisartsenpost bezochten.¹²

Exclusiecriteria waren: 1) anti-emeticumgebruik in de afgelopen 6 uur; 2) nierfalen of hypoalbuminemie in de voorgeschiedenis; 3) diabetes mellitus of een inflammatoire darmziekte in de voorgeschiedenis; 4) een voorge-

Dit is een praktijkgerichte bewerking van 2 artikelen: Bonvanie IJ, Weghorst AAH, Holtman GA, Russchen HA, Fickweiler F, Verkade HJ, et al. Oral ondansetron for paediatric gastroenteritis in primary care: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2021;71:e728-35 en Weghorst AAH, Holtman GA, Bonvanie IJ, Wolters PI, Kollen BJ, Vermeulen KM, et al. Cost-effectiveness of oral ondansetron for children with acute gastroenteritis in primary care: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2021;71:e736-43. Publicatie gebeurt met toestemming.

WAT IS BEKEND?

- In de tweede lijn is ondansetron een veilig en effectief middel om het braken bij kinderen met gastro-enteritis te verminderen en daarmee het risico op dehydratie te verlagen.

WAT IS NIEUW?

- Toevoeging van een eenmalige gift ondansetron aan de standaardbehandeling bij kinderen met acute gastro-enteritis én een verhoogd risico op dehydratie door veelvuldig braken is ook in de huisartsenpraktijk effectief tegen braken.
- Door deze behandeling dalen eveneens de kosten voor de zorg en de samenleving.

schiedenis van buikchirurgie die de symptomen kan verklaren; 5) overgevoeligheid voor 5-HT₃-receptorantagonist; 6) een verlengd QT-interval of gebruik van QT-verlengende medicatie; en 7) eerdere deelname aan dit onderzoek.

Interventie- en controlegroep

We randomiseerden de kinderen op basis van leeftijd (6-24 maanden en > 24 maanden) en dehydratiestatus ('at risk' en 'gedehydrerd'), en de aanwezigheid of afwezigheid van alarmsymptomen.¹³ Ouders van kinderen in de controlegroep kregen instructies over het kopen en gebruiken van ORS, en voorlichting over alarmsymptomen, en kregen te horen wanneer ze weer contact moesten opnemen.¹² Ouders van kinderen in de interventiegroep kregen dezelfde instructies en daarnaast kregen de kinderen in deze groep 1 dosis orale ondansetron-siroop (0,1 mg/kg lichaamsgewicht).¹⁴ We vroegen alle ouders gedurende 7 dagen een dagboekje bij te houden. De eerste 4 uur na het huisartsenpostbezoek vulden ze het dagboekje ieder uur in, gevolgd door een dagelijks verslag tot en met dag 7.

Uitkomsten

De primaire uitkomstmaat in het effectiviteitsonderzoek was de proportie kinderen die de eerste 4 uur na toediening nog braakte. We kozen voor het vierde uur omdat 1) nationale richtlijnen huisartsen aanraden om kinderen met een risico op dehydratie na 4 uur te herevalueren en huisartsen meestal op dat moment besluiten om al dan niet door te verwijzen; 2) de halfwaardetijd van ondansetron 3 uur is en er dus na 4 uur geen direct effect meer te verwachten is.^{2,9,12} Secundaire uitkomstmaten waren het aantal keer braken in de eerste 4 uur, ORS-inname, doorverwijzingen en/of ziekenhuisopnamen, het aantal bijwerkingen en de tevredenheid van ouders (gescoord op een 5-puntslikertschaal). Voor het kosteneffectiviteitsonderzoek gebruikten we dezelfde primaire effectiviteitsmaat en maakten we onderscheid tussen zorgkosten en indirecte kosten.

Statistiek

Op basis van een systematisch literatuuronderzoek berekenden we dat we voor het effectiviteitsonderzoek een steekproefgrootte van 220 kinderen nodig hadden (alfa 0,05; power 90%; loss to follow-up 10%). We voerden een intention-to-treat (ITT)- en per protocol (PP)-analyse uit, zowel op geïmputeerde gegevens als op de complete gegevens. De ITT-analyse van de geïmputeerde gegevens beschouwden we als de meest betrouwbare analyse. Daarom presenteren we die hier – de overige resultaten zijn in de originele publicaties te vinden. De primaire uitkomstmaat analyseerden we met een logistische regressie. Voor de secundaire uitkomstmaat 'aantal keer braken in de eerste 4 uur' pasten we het log-lineaire negatieve binomiale model toe. Verschillen in 'ORS-inname' en 'Tevredenheid van ouders' toetsten we met een mann-whitney-U-test, en voor de effecten op 'Doorverwijzing', 'Ziekenhuisopname' en 'Bijwerkingen' voerden we een logistische regressie uit. In het kosteneffectiviteitsonderzoek berekenden we de incrementele kosteneffectiviteitsratio. Kosten en effecten werden gebootstrapt (5000 herhalingen) om de betrouwbaarheidsintervallen te berekenen. We geven deze weer in een kosteneffectiviteitsvlak [kader]. Voor de analyses gebruikten we IBM SPSS, versie 25.

RESULTATEN

In totaal includeerden we 194 kinderen. Er waren gegevens van 175 kinderen beschikbaar voor de ITT-analyse en van 109 kinderen voor de kostenanalyse. De mediane leeftijd was 1,5 jaar en de helft was een meisje. De mediane duur van braken voordat het kind op de huisartsenpost kwam was 2 dagen (spreiding 0,8 tot 9,0 dagen) en 71% van de kinderen had diarree.

UITLEG KOSTENEFFECTIVITEITSTERMEN

Incrementele kosteneffectiviteitsratio: de verhouding van het verschil in kosten en het verschil in effecten tussen de groepen. Deze verhouding berekenen we door de kosten van de interventiegroep minus de kosten van de controlegroep te nemen en die te delen door de effecten van de interventiegroep minus de effecten van de controlegroep.

Kosteneffectiviteitsvlak: in een sensitiviteitsanalyse testen we hoeveel invloed onzekerheid heeft op de incrementele kosteneffectiviteitsratio. Uit de oorspronkelijke gegevens trekken we nieuwe steekproeven om een nieuwe incrementele kosteneffectiviteitsratio te berekenen en [bootstrappen]. Hierna kijken we tussen welke 2 waarden 95% van deze incrementele kosteneffectiviteitsratio's liggen. Dit geven we weer in een kosteneffectiviteitsvlak. Hiermee is meteen duidelijk hoe het zit met de kosteneffectiviteit van de interventie.



Door brakende kinderen met gastro-enteritis op de HAP eenmalig ondansetron te geven, stoppen ze eerder met braken.

Foto: Shutterstock

Effectiviteit

Een gift ondansetron verminderde het aandeel kinderen dat braakte in de eerste 4 uur van 42,9% naar 19,5% (oddsratio (OR) 0,37; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,20 tot 0,72; numbers needed to treat (NNT) 4). In lijn hiermee was het aantal keer braken binnen 4 uur in de interventiegroep lager dan in de controlegroep (incidence rate ratio (IRR) 0,51; 95%-BI 0,29 tot 0,88). Na 7 dagen waren ouders tevredener wanneer hun kind ondansetron had gekregen ($p = 0,027$). Er was tussen beide groepen geen verschil in bijwerkingen, ORS-inname (10 ml in 4 uur), verwijzingen (19%) en ziekenhuisopnamen (14%). De PP-analyse gaf vergelijkbare resultaten.

Kosten

Analyse van de kosten liet zien dat de totale gemiddelde kosten in de interventiegroep (€ 488) 31,2% lager waren (gemiddeld verschil € 221) dan in de controlegroep (€ 709). De daling in kosten kwam voornamelijk doordat ouders minder verzuimden van hun werk, ze de eigen huisarts minder vaak opnieuw bezochten en de kosten voor doorverwijzingen en ziekenhuisopnamen lager waren. Andere indicatoren wezen erop dat ondansetron kosteneffectief is – de totale incrementale kosten per extra kind zonder braken binnen 4 uur was –€ 9 (95%-BI –€ 41 tot € 3). Het kosteneffectiviteitsvlak liet

zien dat 94% van de gebootstrapte herhalingen in het zuidoostelijke kwadrant liggen, wat wijst op lagere kosten en grotere effectiviteit bij gebruik van ondansetron.

BESCHOUWING

Het geven van 1 dosis ondansetron in de eerste lijn bij de standaardbehandeling van brakende kinderen met acute gastro-enteritis stopt het braken (NNT 4) en verlaagt de maatschappelijke kosten. We vonden geen effect op het aantal verwijzingen en ziekenhuisopnamen.

Sterke punten van dit onderzoek zijn dat circa 600 huisartsen deelnamen en dat bijna alle kinderen van 6 maanden tot 6 jaar die de huisartsenposten vanwege braken bezochten, over een periode van meer dan 2 jaar werden gescreend. Daarnaast hielden ouders gedurende een week een dagboekje bij. Dit verhoogt de representativiteit van de resultaten.

In dit onderzoek hebben we niet geblindeerd voor de interventie. Ouders, kinderen en huisartsen wisten dus dat er ondansetron werd gegeven. Dat betekent dat de gevonden verschillen in uitkomsten ook een placebo-effect kunnen betreffen. Eerder tweedelijns onderzoek heeft echter al overtuigend aangetoond dat ondansetron braken stopt onder gecontroleerde omstandigheden. Daarom deden we een pragmatisch onderzoek. De belangrijkste vraag in ons onderzoek was of deze effectiviteit standhield in de dagelijkse praktijk van de

eerste lijn. Daarmee accepteren we deze specifieke vorm van bias. Om het effect te minimaliseren kenden ouders en huisartsen de primaire uitkomstmaat niet en was de statisticus die de analyses uitvoerde geblindeerd.

Een ander punt van aandacht is dat we de steekproefgrootte van 220 kinderen niet haalden. Met deze steekproefgrootte zouden we een power hebben van 90% om een aanwezig effect aan te tonen. Nu lag de power op > 80% (n = 166), wat een gangbare mate van zekerheid is. Bij een kosteneffectiviteitsanalyse binnen een klinische trial is het gebruikelijk om uit te gaan van de power zoals berekend op basis van de belangrijkste klinische effectmaat. Meer deelnemers includeren voor de kosteneffectiviteit wordt dan als niet ethisch beschouwd. (Inter)nationale richtlijnen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg bevelen daarom aan om gebruik te maken van onder andere bootstrapping. We hebben ons onderzoek volgens die richtlijnen uitgevoerd – het laat zien dat de conclusie in 94% van de gerepliceerde uitkomsten in dezelfde richting wijst, namelijk meer effect en minder kosten.

Vergelijking met de bestaande literatuur

Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt dat een dosis van 0,1 mg/kg gegeven in de eerste lijn het braken even effectief vermindert als de hogere dosis die de patiënt in de tweede lijn krijgt (0,15-0,20 mg/kg).¹⁰ Ondansetron had geen effect op het hoge percentage verwijzingen (19%), wat erop wijst dat aanhoudend braken in de eerste uren nadat de ouders met het kind op de huisartsenpost zijn geweest niet de belangrijkste reden is om een kind te verwijzen. Andere redenen voor verwijzing moeten nog verder worden onderzocht. Het aantal ziekenhuisopnamen is in beide groepen nagenoeg gelijk, maar in de interventiegroep waren de kosten lager. Dit verschil is te verklaren door de kortere duur van de opnamen, wat in overeenstemming is met resultaten uit de tweede lijn.^{10,11} Wat betreft de kosteneffectiviteit bleek uit de resultaten van ons onderzoek dat er per extra kind dat met braken stopt € 9 kan worden bespaard. Met een incidentie van 1,96 episodes/persoonsjaar en gemiddelde jaarlijkse kosten van € 88,57 per kind onder 5 jaar kan ondansetron tot een significante kostenreductie leiden.⁴

CONCLUSIE

De huisarts kan eenmalig ondansetron geven aan brakende kinderen met gastro-enteritis op de huisartsenpost. Kinderen stoppen eerder met braken, ouders verzuimen minder van hun werk en de eigen huisarts wordt minder vaak opnieuw benaderd. Daardoor vermindert de zorgdruk bij brakende kinderen met acute gastro-enteritis. ■

LITERATUUR

1. De Wit M, Koopmans M, Kortbeek L, Wannet WJB, Vinjé J, Van Leusden F, et al. Sensor, a population-based cohort study on gastroenteritis in the Netherlands, incidence and etiology. *Am J Epidemiol* 2001;154:666-74.
2. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. NVK Richtlijn Dehydratie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2013.
3. Friesema IHM, Lugnér AK, Van Duynhoven YTHP. Costs of gastroenteritis in the Netherlands, with special attention for severe cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2012;31:1895-900.
4. Mangen J, Van den Bunt G, Franz E. Incidence and economic burden of community-acquired gastroenteritis in the Netherlands: does having children in the household make a difference? *PLoS One* 2019;14:e0217347.
5. Van den Berg J, Berger M. Guidelines on acute gastroenteritis in children: a critical appraisal of their quality and applicability in primary care. *BMC Fam Pract* 2011;12:134.
6. Chow CM, Leung AKC, Hon KL. Acute gastroenteritis: from guidelines to real life. *Clin Exp Gastroenterol* 2010;3:97-112.
7. Dalby-Payne JR, Elliott EJ. Gastroenteritis in children. *BMJ Clin Evid* 2011;2011:0314.
8. Freedman SB, Pasichnyk D, Black KJL, Fitzpatrick E, Gouin S, Milne A, et al. Gastroenteritis therapies in developed countries: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10:e0128754.
9. Zolotor AJ, Randolph GD, Johnson JK, Wegner S, Edwards L, Powell C, et al. Effectiveness of a practice-based, multimodal quality improvement intervention for gastroenteritis within a Medicaid managed care network. *Pediatrics* 2007;120:e644-50.
10. Carter B, Fedorowicz Z. Antiemetic treatment for acute gastroenteritis in children: an updated Cochrane systematic review with meta-analysis and mixed treatment comparison in a Bayesian framework. *BMJ Open* 2012;2:e000622.
11. Freedman SB, Adler M, Seshadri R, Powell EC. Oral ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department. *N Engl J Med* 2006;354:1698-705.
12. NHG-werkgroep Acute diarree. NHG-Standaard Acute diarree (derde herziening). Utrecht: NHG, 2014. <https://richtlijnen.nhg.org/>.
13. Weghorst A, Holtman G, Wolters PI, Russchen H, Fickweiler F, Verkade H, et al. Recommendations for clinical research in children presenting to primary care out-of-hours services: a randomised controlled trial with parallel cohort study. *BJGP Open* 2020;5:bjgpopen20X101154.
14. Kinderformularium. Ondansetron. Beschikbaar via: <https://www.kinderformularium.nl/geneesmiddel/30/ondansetron>. Geraadpleegd op 30 juni 2021.

Weghorst AAH, Bonvanie IJ, Vermeulen KM, Holtman GA, Berger MY. Eenmalige gift ondansetron is [kosten]effectief bij kinderen met acute gastro-enteritis. *Huisarts Wet* 2022;65(5):26-9. DOI:10.1007/s12445-022-1438-6.

UMCG Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, Groningen: A.A.H. Weghorst, MD/PhD-student, a.a.h.weghorst@umcg.nl; I.J. Bonvanie, MD/PhD-student; dr. G.A. Holtman, universitair docent; prof. dr. M.Y. Berger, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Afdeling Epidemiologie: dr. K.M. Vermeulen, senior onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Wie is Cécile Boot?

Prof. dr. Cécile Boot sprak haar oratie *Gezond werken: kwetsbaarheid als kracht* op 19 november 2021 uit in het kader van haar leerstoel 'Maatschappelijke participatie en gezondheid' bij de Vrije Universiteit/Amsterdam UMC. In haar onderzoek in het kader van dit hoogleraarschap richt ze zich op kwetsbare groepen in de werksetting, zoals oudere werknemers en chronisch zieken, of werknemers met een lage sociaaleconomische positie. Verder houdt ze zich bezig met effecten van maatschappelijke participatie in bredere zin op gezondheid, zoals het combineren van werk en mantelzorg.

Boot is ook bijzonder hoogleraar bij arbeids- en organisatiepsychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen, namens ouderenzorgorganisatie Kalorama. Hier is haar leeropdracht 'Organisatie en kwaliteit van werk in de ouderenzorg'.

Pleidooi voor een gezonde werkomgeving

Frank van Wijck, Kees de Kock

‘De wereld zou er echt beter van worden als we ons allemaal wat kwetsbaarder zouden opstellen’ is de stelling van hoogleraar maatschappelijke participatie en gezondheid Cécile Boot. In haar oratie nam het begrip kwetsbaarheid een belangrijke plaats in. Het is zaak voor werkgevers om er beleid op te ontwikkelen, vindt ze, want een gezonde werkomgeving kan het verschil maken tussen uitvallen of met plezier en energie doorwerken tot het pensioen. Rekening houden met kwetsbaarheid speelt in het creëren van die gezonde werkomgeving een grote rol.

‘De huisarts komt vaak sneller in beeld bij mensen die kwetsbaarheid ervaren in relatie tot het werk dan de bedrijfsarts’

‘Gezond werken, kwetsbaarheid als kracht’ is de titel waaronder Boot eind vorig jaar haar oratie uitsprak bij het accepteren van haar hoogleraarschap. De definitie van kwetsbaarheid die zij in dit kader hanteert is breed. ‘Ik betrek het begrip kwetsbaarheid op alle uitdagingen waarmee een werkende te maken kan krijgen in het streven om te blijven werken’, vertelt ze. ‘Stijgende leeftijd natuurlijk, maar ook iemands inzet als mantelzorger, of een chronische aandoening. Onder de laatste groep is de arbeidsparticipatie lager dan onder mensen die geen chronische aandoening hebben. Het is een flinke groep die wel potentie heeft, maar te vaak toch geen passend werk vindt.’

Maatschappelijke veranderingen

Het past bij die brede definitie van het begrip kwetsbaarheid om te kijken naar 2 belangrijke maatschappelijke veranderingen die van invloed zijn op de ruimte die mensen hebben om gezond te blijven werken. De eerste is het pensioenbeleid op langer doorwerken. Boot: ‘Het aantal ouderen neemt toe, ons socialezekerheidsstelsel drijft op

mensen die werken. De overheid wil het arbeidspotentieel dus zo groot mogelijk krijgen en dat doet ze met het afschaffen van financieel aantrekkelijke vroegpensioenregelingen en met het oprekken van de pensioenleeftijd op basis van de levensverwachting. Een deel van die mensen wil voor het bereiken van die pensioenleeftijd wel stoppen met werken, maar ziet geen financiële mogelijkheid hiertoe. Het is dus zaak dat werkgevers voor hen passend werk mogelijk maken en actie ondernemen om uitval te voorkomen.’

De tweede maatschappelijke verandering loopt hier dwars doorheen: het participatiebeleid gericht op de wijzigingen in de organisatie van zorg. ‘Het zorgaanbod kan de vraag naar zorg niet meer bijbenen’, zegt Boot. ‘Patiënten worden na een operatie snel ontslagen om thuis verder te herstellen. Bejaardenhuizen bestaan niet meer en voor opname in het verpleeghuis gelden steeds strengere indicatie-eisen. Dit betekent dat steeds meer zorg door mantelzorgers wordt gegeven. Omdat juist oudere werknemers vaak mantelzorg verlenen aan hun (schoon)ouders, legt dit extra druk op deze groep. Dit probleem wordt alleen maar groter.’

Ruimte creëren

Hoe moet in het licht van deze 2 maatschappelijke veranderingen worden omgegaan met dat begrip kwetsbaarheid? ‘Je kunt voorkomen dat iemand met een chronische ziekte kwetsbaar wordt’, zegt Boot. ‘Neem iemand met reuma. Een baan die vereist dat zo iemand veel moet lopen, kan op een gegeven moment een probleem worden. Regelt de werkgever het werk zo dat dezelfde persoon meer zittend of op afstand kan werken, dan heeft die in het werk minder last van de beperking in het lopen en kan hij gezond blijven werken.’

Maar het gaat niet alleen om mensen met een chronische ziekte, het gaat ook om mantelzorgers. ‘De combinatie van werken en mantelzorg verlenen kan heel zwaar zijn en leiden tot mentale gezondheidsproblemen’, zegt Boot. ‘Mantelzorg is grillig en onvoorspelbaar. Dus is het belangrijk om – al dan niet tijdelijk – ruimte te creëren in het werk. Dan is stoppen met werken of minder uren werken – wat nu vaak gebeurt – niet nodig en blijft het arbeidspotentieel behouden.’

Goed werkgeverschap

Zeker in sectoren als de zorg en het onderwijs – die een grote maatschappelijke relevantie hebben en waar de personeels-tekorten erg groot zijn – kunnen werkgevers zich echt onderscheiden met inclusief beleid, stelt Boot. ‘Het zijn vooral vrouwen die mantelzorg verlenen’, zegt ze. ‘Die werken vaker dan mannen parttime en dan wordt snel gezegd: je kunt het er mooi bij doen. Terwijl veel vrouwen in de uren dat ze niet werken al andere maatschappelijke rollen vervullen, zoals de zorg voor kinderen of vrijwilligerswerk.’

Er is veel winst te behalen als de leidinggevende en de werknemer vroegtijdig met elkaar in gesprek gaan om knelpunten in werk te bespreken, stelt Boot. ‘Samen nadenken over oplossingen leidt vaak al snel tot eenvoudige, informele oplossingen die de werkende extra lucht kunnen bieden’, zegt ze. ‘Hierbij kun je denken aan flexibiliteit in werktijden of in werkplek, of de beschikking over een collega die kan inspringen als er acuut mantelzorg nodig is.’

Duwtje in de rug

Ziet Boot een rol voor de huisarts in het licht van de 2 benoemde maatschappelijke ontwikkelingen? ‘Zeker’, zegt ze. ‘De huisarts komt vaak sneller in beeld bij mensen die kwetsbaarheid ervaren in relatie tot het werk dan de bedrijfsarts. Hij kan dan vragen stellen als “Hoe gaat het op je werk?”, “Praat je op je werk wel eens over je problemen?” of “Kun je het hier eens met je leidinggevende over hebben?”. Dit kan iemand helpen om over die drempel heen te stappen. En dat is nodig want het is zo belangrijk om te bespreken waar iemand tegenaan loopt en wat de werkgever kan doen om te helpen. Het is dus zeker belangrijk dat de huisarts iemand ondersteunt om zaken op het werk bespreekbaar te maken. En behalve met de leidinggevende kan dit ook met collega’s. Zowel de persoon in kwestie als diens collega’s kunnen dit eng vinden, maar het is goed te regisseren. De persoon zelf kan aangeven graag over zijn kwetsbaarheid te praten, of juist ook “nu even niet” op momenten waarop het werk een welkome afwisseling biedt. En als het gaat om mantelzorg en er zijn meer collega’s die deze zorg bieden, dan kan het onderwerp ook gewoon regulier onderdeel van de werkbespreking worden.’

Een werknemer kan ook een afspraak plannen bij de bedrijfsarts. ‘Maar die drempel is nog hoger’, zegt Boot, ‘ik denk niet dat het bij de meeste werknemers opkomt om dit te doen, omdat de bedrijfsarts minder goed zichtbaar is in organisaties en te vaak pas in beeld komt bij verzuim. In mijn ideale wereld

adviseren bedrijfsartsen de hr-afdeling over de manieren om problemen omtrent kwetsbaarheid te bespreken in een veilige omgeving. Maar in de praktijk zijn ze nog te vaak bezig met verzuimbegeleiding en re-integratie.’

Samenwerking huisarts en bedrijfsarts

Goed werkgeverschap kan voorkomen dat een werknemer problemen met het werk ontwikkelt die hem richting huisarts of bedrijfsarts doen gaan. ‘Van de werkgever mag net als van de huisarts een holistische blik worden verwacht’, zegt Boot. ‘Ze mogen niet naar iemands gezondheid vragen, maar ze kunnen wel meer doen dan nu vaak gebeurt, vragen wat iemand nodig heeft om zijn werk goed te kunnen doen bijvoorbeeld. De bedrijfsarts kan hier een rol in spelen, veel arbodiensten zijn al stappen aan het zetten om in hun dienstverlening aan werkgevers structureel ook een preventief aanbod op te nemen. Dat is goed nieuws, want bij verzuim geldt ook dat voorkomen beter is dan genezen.’

‘Het zou waardevol zijn om in te zetten op betere samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts’

Het zou waardevol zijn om in te zetten op betere samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. De bedrijfsarts heeft ook een medisch beroepsgeheim en kan op basis daarvan informatie over een persoon opvragen bij de huisarts. Dat weten beide partijen ook, maar enkele mooie projecten ten spijt komt samenwerking tussen de 2 partijen toch niet structureel van de grond. ‘Hoge werkdruk speelt hierin mogelijk een rol’, zegt Boot, ‘maar ook het simpelweg ontbreken van een routine hierin. Het geldt trouwens ook voor het contact tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten. Structureel contact kan voorkomen dat verschillende adviezen gegeven worden, wat voor de werkende alleen maar verwarrend is.’

Misschien zou een gezamenlijke nascholing van huisartsen en bedrijfsartsen een goed idee zijn, denkt Boot hardop. ‘Het zou een begin kunnen zijn om elkaar wat beter te leren kennen, zodat elke beroepsgroep een beter beeld heeft van wat de andere beroepsgroep voor de patiënt kan betekenen.’ ■

Selectie voor griepvaccinatie, dat moet toch makkelijker kunnen

Lisette van de Laar, Heleen van Boetzelaer, Jan Jansen, Imke Schreuder

In 2021 heeft de Gezondheidsraad de indicatiestelling voor de griepvaccinatie herzien. Een expertpanel van NHG en RIVM heeft daarop de selectie voor griepvaccinatie herzien, met als uitgangspunt de juiste mensen uitnodigen met zo min mogelijk handwerk voor de huisarts. Ook het proces van het beoordelen is vereenvoudigd. In deze nascholing laten we zien hoe de herziening verlopen is en geven we aanbevelingen voor de griepvaccinatiecampagne van 2022.

Het is weer tijd om de uitnodigingen voor de griepvaccinatie te versturen. In de preventiemodule van uw huisartsinformatiesysteem (HIS) geeft u aan dat u de geadresseerden van vorig jaar wilt overnemen, maar alsnog komen er tientallen nieuwe 'te beoordelen' patiënten op de lijst. Op de lijst staat alleen een ICPC-code, dus u moet elk dossier openen om de patiënt te beoordelen. Dat moet toch makkelijker kunnen? Jazeker! Een expertpanel van het NHG en het RIVM heeft kritisch gekeken naar de huidige selectie voor griepvaccinatie en naar methoden om de opbrengst en efficiëntie daarvan te optimaliseren. Het panel heeft de indicatiestelling herzien, de beoordeling vereenvoudigd en het aantal ICPC-codes met 'mogelijke indicatie' teruggebracht van 62 naar 23.

Sinds de invoering van het Nationale Programma Grieppreventie in 1996 selecteren huisartsen in hun HIS jaarlijks de patiënten die in aanmerking komen voor de griepvaccinatie. Dit gebeurt op basis van leeftijd, bepaalde ziekten en aandoeningen (ICPC-codes of geregistreerde behandelingen) en gebruik van immunosuppressiva. Het grootste deel van de doelgroep komt in aanmerking op basis van leeftijd (≥ 60 jaar), ongeveer 20-25% bestaat uit patiënten van 0-59 jaar met een medische indicatie.¹ De Gezondheidsraad adviseert welke doelgroepen in aanmerking komen voor griepvaccinatie [online tabel 1].² Het NHG vertaalt dit advies naar selectiecriteria voor de griepvaccinatie. Het advies is soms specifiek en soms algemener dan de selectiemogelijkheden in het HIS. In het verleden koos het NHG ervoor om breed te selecteren (weinig foutnegatieven). Huisartsen werd gevraagd patiënten met een mogelijke indicatie handmatig te beoordelen. Dit was een onrealistische verwachting, want het ging om 62 van de 104 ICPC-codes.³ Deze selectieprocedure is herzien naar aanleiding van het nieuwe advies van de Gezondheidsraad, dat uitkwam in 2021. Het panel heeft de meeste nieuwe doelgroepen aan de procedure toe-



Door het toevoegen van doelgroepen en aanpassen van de selectiecriteria wijkt de populatie die in aanmerking komt voor de griepvaccinatie dit jaar af.

Foto: Margot Scheerder

gevoegd (voor gezonde zwangere vrouwen wordt nog gezocht naar een geschikt werkproces) en gekeken hoe de bestaande procedure geoptimaliseerd kan worden, met als uitgangspunt de juiste groepen uitnodigen met zo min mogelijk handwerk voor de huisarts. Ook het proces van beoordelen is vereenvoudigd. In deze nascholing laten we zien hoe de herziening verlopen is en geven we aanbevelingen voor de griepvaccinatiecampagne van 2022. Dit begint met een goede voorselectie, zodat u weet hoeveel vaccins u in juni wilt bestellen [infographic].

WAAROP MOET WORDEN BEOORDEELD?

Er zijn 2 categorieën van 'mogelijke indicaties' [tabel 2]:

- een 'ICPC-verzamelcode' waaronder een scala aan aandoeningen valt die gedeeltelijk wel en gedeeltelijk geen indicatie zijn;
- een aanvullend criterium dat bepaalt of er een indicatie is.

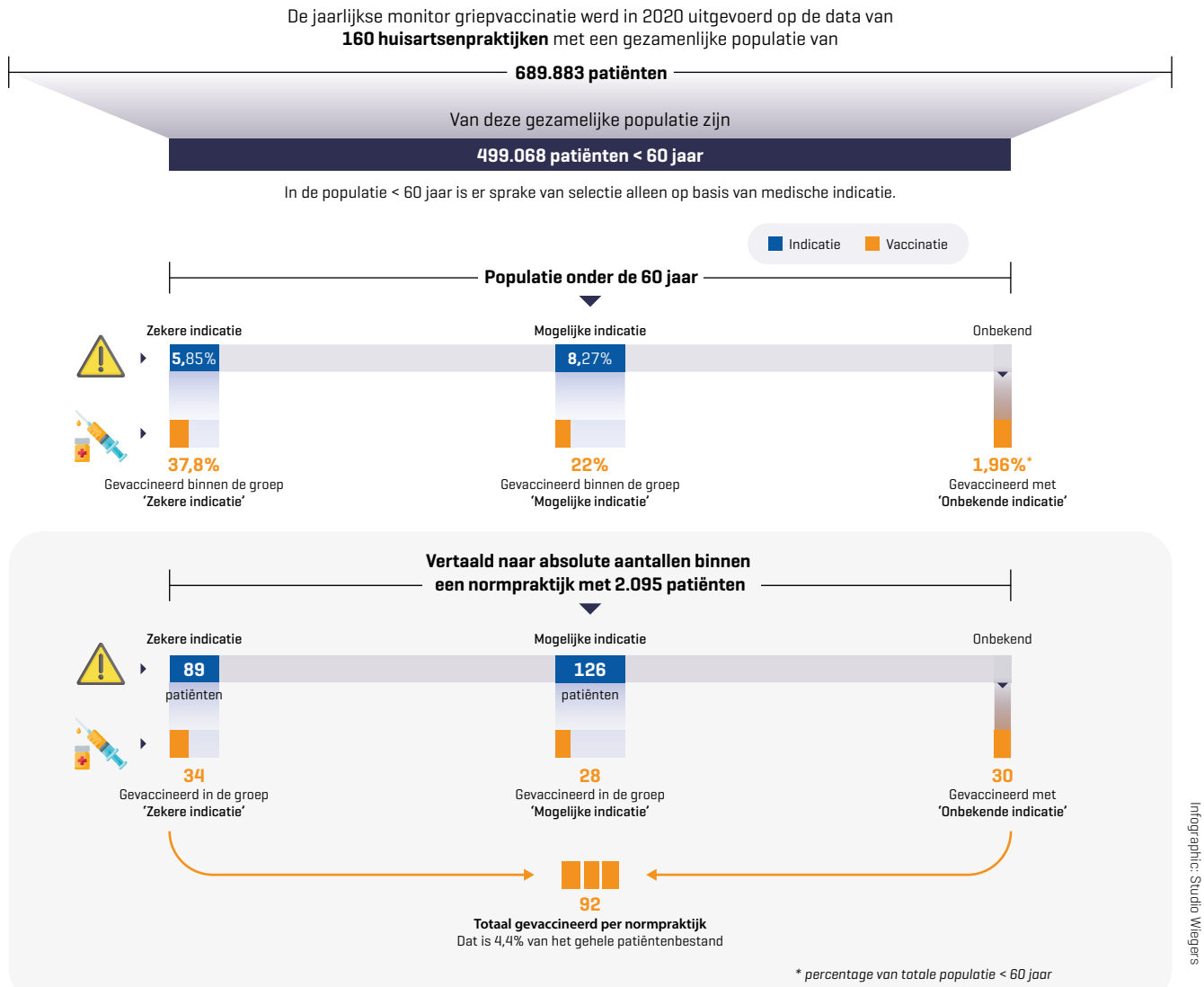
BETERE SELECTIE EN MINDER HANDWERK

Op basis van ICPC-code: volume versus opbrengst

Om te beoordelen of handmatige selectie noodzakelijk is, keek het expertpanel naar het volume (de prevalentie) van bepaalde ICPC-codes en naar de opbrengst per code: het percentage

Infographic

Indicaties en vaccinatiestatus van patiënten van 0-59 jaar in de Monitor griepvaccinatie¹



Infographic: Studio Wiegers

patiënten dat een indicatie had voor de griepvaccinatie. Bij een zeer hoge opbrengst (grofweg > 90%) beschouwden we de betreffende code als een 'zekere indicatie', waarbinnen eventuele foutpositieven acceptabel zijn. Als vrijwel iedereen met een bepaalde ICPC-code een indicatie heeft voor griepvaccinatie, mag iedereen met deze code uitgenodigd worden. Bij codes met een zeer lage opbrengst (< 0,1-0,01%) keken we naar het volume. Als ook het volume laag is, is de aandoening zeer zeldzaam en wordt er niet actief op geselecteerd. Als het volume hoog is, is het aantal patiënten wel aanzienlijk, maar is de ICPC-code niet de juiste manier om deze groep in beeld te krijgen [tabel 3].

Tip! Vermeld bij patiënten met chronische nierschade het stadium of een recente eGFR-waarde in de episode-titel en werk deze bij wanneer bij de jaarlijkse controle progressie wordt waargenomen.

Op basis van het medicatieoverzicht

Patiënten die immunosuppressiva gebruiken, hebben een 'zekere indicatie' voor griepvaccinatie en worden automatisch geselecteerd op basis van het Actueel Medicatie Overzicht (AMO).²⁶ Desondanks moeten patiënten met bepaalde aandoeningen (ICPC-codes) worden beoordeeld op relevant medicatiegebruik. De belangrijkste oorzaak van deze tegenstrijdigheid ligt in de problemen rondom het AMO. Selectie op basis van medicatie is alleen mogelijk als het betreffende middel voorkomt op de medicatielijst van de patiënt in het HIS. Medicatie die in het ziekenhuis wordt toegediend komt niet in het AMO. Het gaat dan voornamelijk om intraveneuze middelen (chemotherapie, immunotherapie, biologicals) die in dagbehandeling gegeven worden.

Immunosuppressiva

Het expertpanel adviseert patiëntengroepen die vaak immunosuppressiva gebruiken een 'zekere indicatie' te geven

op basis van hun ICPC-code. Deze patiënten hoeven niet handmatig beoordeeld te worden.

Het panel heeft gekeken of beoordeling op medicatiegebruik noodzakelijk is bij verschillende auto-immuunziekten.

Dat hangt af van 2 factoren: welk percentage gebruikt immunosuppressiva en is het AMO (naar verwachting) compleet? [Online tabel 4] geeft voorbeelden.

Tip! Zet bij uw apotheker het ontvangen van retourberichten aan. Het AMO van de patiënt is dan completer en de verstrekking van (door de specialist voorgeschreven) immunosuppressiva wordt geregistreerd in uw HIS.

Corticosteroiden

Een ander probleem is het selecteren van patiënten die langdurig predniso(lo)n gebruiken. Corticosteroiden zijn niet opgenomen in de lijst met weerstandsverlagende medicatie, omdat klinisch relevante immuunsuppressie alleen optreedt in de volgende situaties:

- gebruik \geq 20 mg per dag
- gebruik \geq 14 dagen
- cumulatief gebruik $>$ 700 mg²⁴

Het is alleen mogelijk te selecteren op gebruik van predniso(lo)n, niet op dosis of duur, en dat zou te veel foutpositieven geven (bijvoorbeeld ook alle stootkuren voor jicht). Het NHG zoekt samen met de KNMP naar een oplossing voor dit probleem; vooralsnog blijft handmatige beoordeling nodig bij ICPC-codes waarbij geregeld langdurig corticosteroiden worden voorgeschreven.

BESCHOUWING

Situatie nu

Met de genoemde aanpassingen van de beslisregels heeft het expertpanel het aantal ICPC-codes met 'mogelijke indicatie' voor een griepvaccinatie weten terug te brengen van 62 naar 23, inclusief de meeste nieuwe doelgroepen die de Gezondheidsraad heeft gedefinieerd. Daardoor zullen er op de lijst

DE KERN

- De indicatiestelling voor de jaarlijkse griepvaccinatie is herzien; de populatie die in aanmerking komt zal in 2022 afwijken van voorgaande jaren.
- Ongeveer 20-25% van de doelgroep zijn patiënten van 0-59 jaar met een medische indicatie.
- Een expertpanel van NHG en RIVM heeft de indicatiestelling herzien, de beoordeling vereenvoudigd en het aantal ICPC-codes met 'mogelijke indicatie' teruggebracht van 62 naar 23.
- Geadviseerd wordt in mei een voorselectie te doen zodat u weet hoeveel vaccins u in juni wilt bestellen.

Tabel 2

Categorieën van 'mogelijke indicaties' voor griepvaccinatie

Categorie	Criterium	Voorbeeld
ICPC-verzamelcode		ICPC-code R99 [andere ziekte(n) luchtwegen] omvat longfibrose, wat een indicatie is voor griepvaccinatie, maar ook andere aandoeningen die mogelijk geen indicatie zijn
Aanvullend criterium	ernst	bij chronische nierschade is er alleen een indicatie voor griepvaccinatie in geval van matig of ernstig verhoogd risico op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit ^{2,13}
	gevolg	bij chronische hepatitis is gevorderde leverfibrose een indicatie voor griepvaccinatie
	medicatie	inflammatoire darmaandoeningen veroorzaken zelf waarschijnlijk geen klinisch relevante vermindering van de immuniteit, maar biologicals of andere immunosuppressiva doen dat wel ²⁴

'te beoordelen' aanzienlijk minder patiënten verschijnen. Een nog te publiceren overzicht van de beoordelingscriteria per aandoening zal het beoordelen vergemakkelijken. De nieuwe ICT-specificaties bevatten adviezen aan HIS-leveranciers hoe zij de beoordeling gebruiksvriendelijker kunnen inrichten, bijvoorbeeld door niet alleen de ICPC-code, maar ook de episodenaam weer te geven. Een uitgebreide episodenaam zoals 'Nierinsufficiëntie eGFR 42 mei 2021' kan voorkomen dat het dossier geopend moet worden om het te kunnen beoordelen.

Toekomst

Op termijn wil het panel toe naar nog minder handwerk. Er zijn verschillende ideeën, waarvan de haalbaarheid moet worden bekeken met de HIS-leveranciers.

- Tweestapsselectie: bij enkele ICPC-codes is het al dan niet gebruiken van medicatie een graadmeter voor de ernst van de aandoening (bijvoorbeeld astma). Het zou helpen als het HIS bij deze codes (R96 astma) automatisch ook het medicatiegebruik zou controleren (ICS of LABA) en alleen patiënten met relevant medicatiegebruik zou includeren.
- Een label 'chronisch' of 'tijdelijk': voor sommige ICPC-codes (bijvoorbeeld aangeboren hartafwijking) geldt een eenmaal gemaakte beoordeling levenslang en hoeft die niet jaarlijks terug te komen. Voor andere ICPC-codes (bijvoorbeeld predniso(lo)ngebruik bij L99,¹² polymyalgia rheumatica) is de beoordeling tijdelijk geldig en is het wel handig als de patiënt jaarlijks op de controlelijst verschijnt.
- Diagnostische bepalingen als alternatieve selectiemethode. Het panel heeft HIS-leveranciers al geadviseerd om voor patiënten met een BMI $>$ 40 selectie in te bouwen op basis van deze diagnostische bepaling. Op termijn kan zo iets wellicht ook bij patiënten met chronische nierschade, al is dit lastiger aangezien voor de nierfunctie veel verschillende diagnostische bepalingen gebruikt worden (voor de eGFR bijvoorbeeld CKD-EPI, MDRD en Cockcroft).

Tabel 3

Volume en opbrengst van ICPC-codes als indicatie voor griepvaccinatie

Aandoening	Volume	Opbrengst	Actie
Longschade na COVID-19 valt onder ICPC-code R83.03 [SARS-CoV-2]	zeer hoog [begin februari 2022 ruim 4,89 miljoen bevestigde besmettingen met SARS-CoV-2] ²⁶	zeer laag, < 0,01% [begin februari 2022 ruim 93.000 patiënten opgenomen, 2-3% houdt blijvende longschade] ^{26,27}	ICPC-code R83.03 niet opgenomen in de selectie voor griepvaccinatie. Patiënten met blijvende longschade na COVID worden door de longarts geïdentificeerd en door de huisarts handmatig geïncludeerd, dat levert veel minder handwerk op dan handmatig beoordelen van de hele groep.
Morbide obesitas valt onder ICPC-code T83 [adipositas]	hoog [13,9% van de bevolking heeft obesitas, geregistreerd T83 = 6,7 per 1000 patiëntjaren] ^{28,29}	laag [6-7% van de mensen met obesitas heeft morbide obesitas] ²⁹	ICPC-code T83 niet opgenomen in de selectie voor griepvaccinatie. Diagnostische bepaling BMI opgenomen in de selectiemodule.
Scoliose valt onder ICPC-code L85.01 [scoliose]	matig [2-4% van de bevolking, geregistreerd L85 = 10,3 per 1000 patiëntjaren] ^{29,30}	laag [< 0,01% heeft een indicatie voor griepvaccinatie wegens ademhalingsstoornis bij extreme vergroeiing van de thorax]	ICPC-code L85 niet opgenomen in de selectie voor griepvaccinatie. Geen actieve inclusie.
Aangeboren afwijking[en] luchtwegen ICPC-code R89	laag [geregistreerd R89 = 0,4 per 1000 patiëntjaren] ³⁰	hoog [> 90%; vrijwel alle aandoeningen in deze verzamelklasse hebben een indicatie voor griepvaccinatie]	ICPC-code L85 is een 'zekere indicatie' voor griepvaccinatie, foutpositieven worden geaccepteerd
Chronische nierschade ICPC-code U99.01 [nierfunctiestoornis/nierinsufficiëntie]	hoog [12% van de bevolking, geregistreerd U99 = 20,8 per 1000 patiëntjaren] ^{13,29}	matig [23% heeft 'matig tot ernstig verhoogd risico' en daarmee een indicatie voor griepvaccinatie] ¹³	ICPC-code U99 is een 'mogelijke indicatie' voor griepvaccinatie. Handmatig beoordelen.

AANBEVELINGEN

De populatie in uw praktijk die in aanmerking komt voor de griepvaccinatie zal dit jaar afwijken van voorgaande jaren. De Gezondheidsraad heeft doelgroepen toegevoegd en de selectiecriteria zijn aangepast. Daarom is het aan te bevelen dat u de selectie van vorig jaar niet overneemt en in mei al een voorselectie doet. Zo weet u hoeveel vaccins u wilt bestellen op 1 juni, wanneer de bestelapplicatie van de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG) opengaat. Ook is het aan te bevelen iets ruimer te bestellen. Informatie hierover volgt via SNPG. U zult in uw HIS bijvoorbeeld niet elke patiënt met een BMI > 40 zonder comorbiditeit geregistreerd hebben, of elke patiënt met een cochleair implantaat. Deze mensen kunnen zich bij de praktijk melden met een verzoek voor griepvaccinatie wanneer ze merken dat ze geen uitnodiging gekregen hebben. Er wordt nog gezocht naar een haalbare procedure voor gezonde zwangeren. Als dit proces in najaar 2022 nog niet is ingeregeld, kunnen ook zij zich bij de huisarts melden met een verzoek voor griepvaccinatie. ■

LITERATUUR

1. Heins M, Hooiveld M, Korevaar J. Monitor vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2020. Utrecht: Nivel, 2021.
2. Griepvaccinatie: herziening van de indicatiestelling 2021. Advies nr. 2021/39. Den Haag: Gezondheidsraad, 2021.
3. NHG-Tabel 58: ICPC voor griepselectie. Utrecht: NHG, 2021. <https://referentiemodel.nhg.org>, geraadpleegd 7 februari 2022.

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

Van de Laar L, Van Boetzelaer H, Jansen J, Schreuder I. Selectie voor griepvaccinatie, dat moet toch makkelijker kunnen. *Huisarts Wet* 2022;65(5):33-6. DOI:10.1007/s12445-022-1449-3. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. L. van de Laar, programmamanager Preventie: l.vandelaar@nhg.org; dr. H. van Boetzelaer, huisarts, wetenschappelijk medewerker programma Informatisering Huisartsenzorg. J. Jansen, programmamanager Kwaliteit. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven: dr. I. Schreuder, senior programmamedewerker COVID-19-en volwassenenvaccinatie. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

Een zeldzame oorzaak van littekenpijn na een sectio

Fiona van Zyl-Bonk, Toine Lagro-Janssen

Littekenpijn na een operatie kan hinderlijk zijn. Wanneer deze pijn hevig is of er een zwelling ontstaat, kan dit leiden tot hinder en ongerustheid bij de patiënt. Er zijn verschillende oorzaken voor littekenpijn, zoals een litteken-endometrioom. Dit is een zeldzame complicatie van gynaecologische operaties. We bespreken deze ongewone vorm van endometriose.

Bij endometriose bevindt zich endometriumachtig weefsel op plaatsen buiten de uterus, waar het een chronische ontstekingsreactie veroorzaakt. Deze aandoening treft uitsluitend vrouwen in de reproductieve fase en is met 2 tot 10% de meest voorkomende chronische en benigne gynaecologische aandoening.¹ Endometriose kan zich manifesteren als dysmenorroe, chronische pijn in het kleine bekken, dyspareunie en/of fertiliteitsproblemen. Van het begin van de klachten tot het stellen van de diagnose kent endometriose in Nederland een lange delay van maar liefst 89 maanden. Hiervan zijn 35 maanden toe te schrijven aan doctor's delay van huisartsen. Redenen van de vertraging zijn kennistekort en beperkte ervaring door weinig exposure, en de grote variatie in de symptomen. Wanneer de patiënte eenmaal is verwezen, gelden dezelfde redenen en volgt vaak uitstel van de invasieve diagnostisering met laparoscopie.² Locaties kunnen intrapelvien zijn, zoals op de ovaria en het peritoneum van het kleine bekken, maar ook extrapelvien, zoals op darmen en longen. In deze laatste categorie valt een van de meest zeldzame varianten: endometriose van de buikwand.

ENDOMETRIOSE VAN DE BUIKWAND

Bij endometriose van de buikwand is het ectopische endometriumweefsel ingebed in de subcutane laag en de spieren van de buikwand, of in het littekenweefsel van de huid. Dit kan spontaan ontstaan, maar ontwikkelt zich in de meeste gevallen (85%) na obstetrische en gynaecologische operaties, zoals een sectio (57%), hysterectomie of laparoscopie voor pelviene endometriose.³ De incidentie ligt volgens schattingen op 0,03 tot 0,45% na een sectio, en neemt mogelijk toe door de stijgende frequentie van sectio's.⁴ De pathofysiologie berust volgens de 'implantatietheorie' op het peroperatief verslepen van endometriumcellen naar de incisiewond. Daar groeien deze onder invloed van hormonen en andere gunstige condities uit tot littekenendometriomen.⁵

CASUS: EEN VROUW MET PIJN BIJ HAAR SECTIOLITTEKEN

Een 35-jarige vrouw komt bij haar huisarts omdat ze sinds 3 maanden pijn heeft bij haar sectiolitteken. Vijf maanden postoperatief krijgt ze steeds meer last van een continu aanwezige brandende en stekende pijn bij het sectiolitteken. Pijnstilling helpt niet. De pijn houdt geen verband met haar menstruaties. Bij lichamelijk onderzoek ziet haar huisarts een rustig sectiolitteken, zonder zwelling of roodheid. Links craniolateraal van het litteken is een subcutane zwelling van 2 x 1,5 cm te voelen, die pijnlijk is bij palpatie. De zwelling is niet te reponeren en de valsalm manoeuvre geeft geen verandering. Haar huisarts denkt dat er een beklemde littekenbreuk is en verwijst mevrouw voor een spoedecho. Op de echo is bij de pijnlocatie in het diepe subcutane vet een echoarme, heterogene en niet-comprimeerbare laesie van 15 x 10 x 9 mm te zien, met 1 cm caudaal hiervan, oppervlakkig in de buikspier, een echoarme ovale heterogene laesie van 6 x 13 mm [figuur]. Het lijkt om 2 endometriomen te gaan. Haar voorgeschiedenis bevatte geen klachten die bij endometriose passen. Na chirurgische behandeling is ze klachtenvrij.

Figuur

Op de echo van de patiënte zijn 2 endometriomen te zien in de subcutis en in de buikspier.



Klinisch beeld

Bij endometriose van de buikwand zien we in 96% van de gevallen een palpabele zwelling in of nabij een litteken, die tijdens menstruaties in volume kan toenemen. Van de vrouwen ervaart 87% pijn en bij 57% is deze pijn gerelateerd aan de menstruatie.⁵ Soms is de huid aangedaan, variërend van hyper-

DE KERN

- Littekenendometriomen ontstaan door versleping van endometriumcellen tijdens gynaecologische operaties.
- Vrouwen hebben een pijnlijke zwelling in of nabij het litteken. Slechts bij een deel van hen hangen de klachten samen met de menstruatie.
- Een littekenendometrioom komt zelden voor en wordt vaak gemist.
- Voor het stellen van de diagnose is echoscopie nodig.
- De behandeling bestaat uit ruime excisie.

pigmentatie in het litteken tot cyclische bruine afscheiding uit het litteken.⁶ De tijd tussen de operatie en het ontstaan van een endometrioom is gemiddeld 2,6 jaar, en ligt tussen een maand en 20 jaar.⁷ Een voorgeschiedenis van pelviene endometriose is geen marker voor het krijgen van een littekenendometrioom. Het hebben van een littekenendometrioom maakt de kans op het krijgen van pelviene endometriose niet groter.⁵

Diagnose en behandeling

(Huis)artsen herkennen littekenendometriomen vaak niet. Tussen de start van de symptomen en de behandeling liggen gemiddeld 28 maanden.⁷ Het is niet duidelijk waarom artsen deze aandoening missen, maar het zal ongetwijfeld te maken hebben met de onbekendheid ervan. Er is een uitgebreide differentiële diagnose op te stellen van pijn in of bij een buikwandlitteken met een palpabele zwelling [tabel]. Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek is het onderscheid met een beklemd littekenbreuk (zie de casus) moeilijk te maken. Echografisch zullen de intacte buikwandfascie en het ontbreken van interne flow echter duidelijk wijzen op een littekenendometrioom. Goede differentiatie is van belang omdat alternatieve diagnoses een andere behandeling vereisen. Echoscopie is voldoende voor het stellen van de diagnose. Het endometrioom heeft een echografisch beeld van een rond of ovaal heterogeen echoarm gebied zonder flow, waarbij we intern typische echorijke delen en fibrotische veranderingen kunnen zien [figuur]. Vier procent van de patiëntes heeft dus geen zwelling, maar wel pijn. Na overleg met de patiënte kan al dan niet een echo worden gemaakt. MRI heeft slechts toegevoegde waarde wanneer echoscopie

Tabel

Differentiële diagnose van pijn en zwelling in of bij een litteken*

Diagnose	Pathologie	Klinisch beeld	Echobeeld
Keloid	Overmatige proliferatie van littekenweefsel	<ul style="list-style-type: none">■ Huid■ In operatielitteken■ Meer jeuk dan pijn■ Geen relatie met menstruatie	<ul style="list-style-type: none">■ Langgerekt■ Homogeen■ Echoarm■ Geen interne flow■ Geen onderscheid met andere weke delen
Granuloom	Afgebakende opeenhoping van macrofagen die ontstaat als opruimreactie op deeltjes die het lichaam niet goed kan verwerken	<ul style="list-style-type: none">■ Subcutis■ Mogelijk multipole plekken op de plaats van injecties of hechtmateriaal■ Asymptomatisch of milde pijn■ Geen relatie met menstruatie	<ul style="list-style-type: none">■ Ovaal/rond■ Heterogeen■ Echoarm met echorijke gebieden■ Geen interne flow■ In een later stadium calcificaties
Hernia cicatricialis	Defect van buikwand met uitstulping van intra-abdominaal vet of darm	<ul style="list-style-type: none">■ Fascie■ Nabij operatielitteken■ Mogelijk reponibel■ Neemt toe met de valsalm manoeuvre■ Pijn afhankelijk van inklemming■ Geen relatie met menstruatie	<ul style="list-style-type: none">■ Ovaal/rond■ Heterogeen■ Echoarme darm of echorijk vetweefsel in herniazak■ Interne flow■ Onderbreking buikwandfascie
Desmoidtumor	Goedaardige lokaal-invasieve wekedelentumor vanuit schuine of rechte buikspieren, met grote kans op recidief en kleine kans op metastasering	<ul style="list-style-type: none">■ Buikspieren■ Nabij operatielitteken■ Geleidelijk groeiend■ Gelobuleerd bij palpatie■ Milde tot hevige pijn, afhankelijk van lokale doorgroei■ Geen relatie met menstruatie	<ul style="list-style-type: none">■ Gelobuleerd■ Heterogeen■ Echoarm■ Interne flow
Littekenendometrioom	Iatrogene endometriose van de buikwand na gynaecologische operatie	<ul style="list-style-type: none">■ Huid, subcutis, fascie of buikspieren■ In of nabij [gynaecologisch] operatielitteken■ Soms variërend in omvang■ Matige tot hevige pijn■ Vaak relatie met menstruatie	<ul style="list-style-type: none">■ Ovaal/rond■ Heterogeen■ Echoarm■ Interne echorijke delen en fibrotische veranderingen■ Geen interne flow

* Van oppervlakkige naar diepe lokalisatie.



[Huis]artsen herkennen littekenendometriomen vaak niet. Deze kunnen bijvoorbeeld ontstaan in het littekenweefsel na een sectio.

Foto: Shutterstock

geen uitsluitel geeft en als meer ruimtelijke oriëntatie nodig is voor preoperatieve planning. Het is belangrijk te weten dat het uiterlijk van een endometrioom afhankelijk kan zijn van de menstruatiefase en van de hoeveelheid aanwezig menstruatiebloed en inflammatie tijdens de beeldvorming.⁸

De behandeling bestaat uit ruime chirurgische verwijdering. Bij 95% van de gevallen leidt dit tot volledige genezing en de kans op recidief is 5%.⁵ Denk bij een recidief aan maligne ontaarding, wat bij 1% voorkomt.^{9,10} Afhankelijk van de locatie, en de kennis en vaardigheid van de chirurg wat betreft dit ziektebeeld, verwijst u naar de algemeen chirurg, gynaecoloog of plastisch chirurg. Anticonceptie heeft geen plaats in de behandeling van littekenendometriomen, omdat we weten dat deze endometrioselaesies alleen maar onderdrukt en niet doet verdwijnen.¹

CONCLUSIE

Een littekenendometrioom is een zeldzame complicatie van een gynaecologische chirurgische ingreep waarbij endometriumcellen naar de incisiewond worden verslept en onder gunstige condities uitgroeien tot endometriose van de buikwand. Denk aan deze ongewone diagnose wanneer een vrouw nabij een litteken van een gynaecologische operatie al dan niet cyclusgerelateerde lokale pijn en zwelling van de buikwand heeft. ■

LITERATUUR

1. Van der Zanden M. Endometriose. In: Lagro-Janssen T, Teunissen D. Praktische huisartsgeneeskunde. Urogynaecologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2020:179-91.
2. Staal AH, Van der Zanden M, Nap NW. Diagnostic delay of endometriosis in the Netherlands. *Gynecol Obstet Invest* 2016;81940:321-4.
3. Sumathy S, Mangalakanthi J, Purushothaman K, Sharma D, Remadevi C, Sreedhar S. Symptomatology and surgical perspective of scar endometriosis: a case series of 16 women. *J Obstet Gynaecol India* 2017;67:218-23.
4. Chang Y, Tsai EM, Long CY, Chen YH, Kay N. Abdominal wall endometriomas. *J Reprod Med* 2009;54:155-9.
5. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg* 2008;196:207-12.
6. Alnafisah F, Dawa SK, Alalfy S. Skin endometriosis at the caesarean section scar: a case report and review of the literature. *Cureus* 2018;10:e2063.
7. Zhang P, Sun Y, Zhang C, Yang Y, Zhang L, Wang N, et al. Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. *BMC Womens Health* 2019;19:14.
8. Kocher M, Hardie A, Schaefer A, McLaren T, Kovacs M. Cesarean-section scar endometrioma: a case report and review of the literature. *J Radiol Case Rep* 2017;11:16-26.
9. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:432-5.
10. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci* 2020;17:536-42.

Van Zyl-Bonk FE, Lagro-Janssen ALM. Een zeldzame oorzaak van littekenpijn na een sectio. *Huisarts Wet* 2022;65(5):41-3. DOI:10.1007/s12445-022-1445-7.

Gezondheidscentrum Overdiep, Appingendam: F.E. van Zyl-Bonk, huisarts, kaderhuisarts urogynaecologie in opleiding, fionavanzy@hotmail.com. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts n.p., emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Een onverwachte oorzaak van secundaire amenorroe

Margriet Lems, Toine Lagro-Janssen

In een normpraktijk zien huisartsen per jaar ongeveer 15 vrouwen op het spreekuur met klachten over het uitblijven van de menstruatie. De meeste patiëntes maken zich, naar gelang hun levensfase, zorgen over hun vruchtbaarheid, een onverwachte zwangerschap of een vervroegde overgang. Er is echter ook een andere oorzaak van amenorroe, die bij ons en mogelijk bij meer huisartsen niet bekend was. Met kennis over de oorzaken van amenorroe en een zorgvuldige anamnese kunnen we echter een betrouwbare differentiële diagnose opstellen.

BESCHOUWING

Bij Sylvia is er sprake van secundaire amenorroe, gedefinieerd als het gedurende 6 maanden of langer wegblijven van de menstruatie.¹ Een normaal verlopende menstruele cyclus vereist een intact en goed functionerend endocrien reproductief systeem, dat wordt gevormd door de hypothalamus, de hypofyse, de ovaria, de uterus en de vagina. Een stoornis op een van deze niveaus kan een verandering van het menstruatiepatroon geven [figuur].^{2,3}

CASUS: EEN PATIËNTE MET SECUNDAIRE AMENORROE

Sylvia, 38 jaar, hbo-docente, bezoekt het spreekuur omdat de menstruatie het laatste jaar is weggebleven. De menstruatie daarvoor liet een half jaar op zich wachten, zodat ze de laatste 1,5 jaar maar 2 keer ongesteld is geweest. Na de menarche [13 jaar] volgde een onregelmatige cyclus, waarvoor ze vanaf haar 16e 4 jaar de combinatiepil gebruikte. Na het stoppen werd de cyclus regelmatig om de 35 dagen. Anderhalf jaar geleden loopt ze een contusio cerebri op door een ernstig auto-ongeval. Na ic-opname verloopt het herstel moeizaam. Ze blijft extreem vermoeid en er zijn cognitieve veranderingen. Ze heeft haar werk niet meer hervat.

Sylvia heeft bij navraag geen klachten van de schildklier, noch van galactorroe, hoofdpijn of de visus. Evenmin zijn er virilisatieverschijnselen, acne of climacteriële klachten. Ze heeft een stabiel gewicht, een normaal postuur en sport niet overmatig intensief. Ze is niet zwanger en heeft nooit een curettage ondergaan.

ANAMNESE, ONDERZOEK EN DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

De anamnese focust op factoren die bijdragen aan het maken van een onderscheid tussen de diverse oorzaken van amenorroe.^{4,5} Zo is het van belang om te vragen naar de leeftijd van de menarche, duur en regelmaat van de menstruatie, of de patiënte mogelijk zwanger is, of er sprake is van intensief

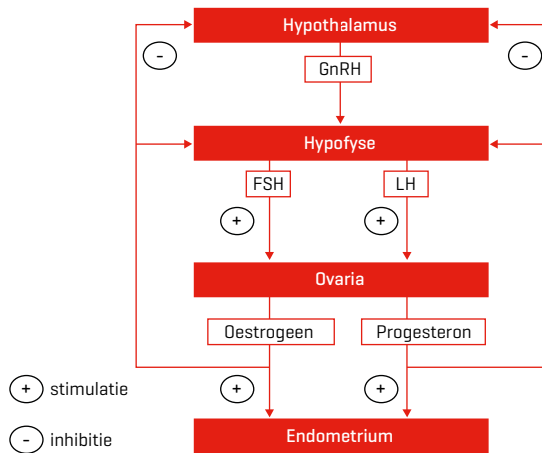


Bij secundaire amenorroe na hersentrauma herstelt de menstruatie zich meestal spontaan binnen een jaar.

Foto: Shutterstock

Figuur

De hypothalamo-hypofysaire-ovariële-as



sporten of gewichtsverlies en of er aanwijzingen zijn voor schildklierfunctiestoornissen, hyperandrogenisme (hirsutisme en acne) of climacteriële klachten. Vraag naar een curettage in de voorgeschiedenis en het gebruik van medicatie. Oriënterende vragen naar stressfactoren, zorgen over de amenorroe en de hulpvraag van de patiënte completeren de anamnese. De relatie tussen klachten en de mogelijke oorzaak voor secundaire amenorroe wordt weergegeven in de [tabel].

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Wanneer we naar de verkregen gegevens kijken, wordt een aantal oorzaken minder waarschijnlijk, zoals schildklierfunctiestoornissen, een prolactinoom en het Cushingsyndroom. Anamnestic zijn er ook geen aanwijzingen voor zwangerschap, uteriene adhesies, het polycysteus ovariumsyndroom en prematuur ovariële insufficiëntie. Functionele amenorroe door de stressvolle periode van het auto-ongeval en amenorroe door het hersentrauma op hypothalamo-hypofysair niveau blijven in de differentiële diagnose staan.

STOORNISSEN OP HYPOTHALAAM NIVEAU BIJ STRESS

Bij functionele amenorroe door stress treden er veranderingen op het niveau van de hypothalamus op. De afgifte van gonadotropine-‘releasing’ hormoon (GnRH) neemt af, waardoor er lage spiegels ontstaan van het follikelstimulerend hormoon (FSH) en luteïniserend hormoon (LH). Dit leidt tot verminderde oestrogeenconcentraties, met amenorroe als gevolg.

STOORNISSEN OP HYPOTHALAAM-HYPOFYSAIR NIVEAU NA EEN HERSENTRAUMA

Een hersentrauma kan het menstruatiep patroon veranderen in amenorroe of een onregelmatige cyclus.⁶ Doordat de hypofyse zich op een kwetsbare locatie in de schedel bevindt en

de hypofysesteel met de hypothalamus is verbonden, kan er mechanische schade optreden. Een van de theorieën is dat er vasculaire schade ontstaat. Zwelling en hypoxie als gevolg van het hersentrauma veroorzaken een bloeding in en necrose van de hypofyse. Een alternatieve hypothese is het ontstaan van neuro-endocriene schade als gevolg van intracraniale drukverhoging op de hormoonproducerende cellen in de hypofyse. Het exacte mechanisme van menstruatiestoornissen bij hersentrauma is nog niet bekend.

Afhankelijk van de ernst van het trauma treden amenorroe of onregelmatige menses op bij 20 tot 50% van de patiëntes.^{7,8} Deze veranderingen zijn vaak van voorbijgaande aard en duren gemiddeld 6 tot 12 maanden.⁶ Dat een directe hersenbeschadiging, en niet alleen stress, een rol speelt bij het ontstaan van menstruatiestoornissen, is onderzocht door een vergelijking te maken tussen vrouwen met en zonder hoofdtrauma na een sportongeval. Het optreden van menstruatiestoornissen bleek na een hersentrauma 4 tot 5 keer hoger.⁹ Hoewel amenorroe in de meeste gevallen van voorbijgaande aard is, kan het daarbij passende lage oestrogeengehalte de botmassa beïnvloeden. Vooral bij adolescenten kunnen na een periode van 6 tot 12 maanden veranderingen in botdichtheid ontstaan, waardoor ze een lagere piekbotmassa bereiken en de kans op osteoporose toeneemt.¹⁰ Daarom is het belangrijk om de patiënte bij blijvende amenorroe adviezen te geven om osteoporose te voorkomen. Omdat bij posttraumatische amenorroe in zeldzame gevallen ook sprake kan zijn van centrale uitval van andere hormonale functies (schildklierstoornissen, groeistoornissen), is het aan te bevelen om een patiënte in de fertile levensfase na een jaar amenorroe naar een endocrinoloog te verwijzen. Dit is des te meer van belang omdat klachten ten gevolge van stoornissen op centraal niveau zeer subtiel en weinig specifiek kunnen zijn, waardoor ze onopgemerkt kunnen blijven.

CONCLUSIE

Bij secundaire amenorroe is het belangrijk om bij het zoeken naar een mogelijke oorzaak ook te denken aan een voorafgaand hersentrauma. Meestal herstelt de menstruatie binnen een jaar spontaan. Follow-up bij secundaire amenorroe is belangrijk.

DE KERN

- Na een hersentrauma ontstaat bij 20 tot 50% van de vrouwen amenorroe en/of onregelmatige menstruaties door schade op hypothalamo-hypofysair niveau.
- Meestal herstelt de amenorroe spontaan binnen een jaar.
- Bij secundaire amenorroe als gevolg van een hersentrauma is het van belang om de patiënte te blijven volgen tot de menstruatie is hersteld.
- Bespreek maatregelen ter preventie van osteoporose wanneer de amenorroe langer dan 1 jaar duurt. Nadere diagnostiek door een endocrinoloog is dan aan te bevelen.

Tabel

Differentiële diagnose van secundaire amenorroe naar niveau in de endocriene as.

Niveau	Stoornis	Anamnese, lichamelijk onderzoek	Aanvullend onderzoek
Hypothalamus	Functioneel	Stress, intensief sporten, gewichtsafname	FSH ↓, LH ↓, oestrogeen ↓
Hypothalamus/ hypofysair	Functioniestoornissen schildklier	Klachten van hypo-/hyperthyreoïdie	TSH
	Cushingsyndroom	Striae, centrale obesitas	Cortisol ↑ te bepalen door de specialist
	Prolactinoom	Hoofdpijn, visusklachten, galactorroe	Prolactine ↑
	Hersentrauma	Hoofdpijn, cognitieve stoornissen, braken	FSH ↓, LH ↓, oestrogeen ↓
Ovarieel	Polycysteusovariumsyndroom	Tekenen van hyperandrogenisme	FSH 'normaal', LH ↑
	Androgeen producerende tumor ovarium of bijnier	Tekenen van hyperandrogenisme	Te bepalen door de specialist
	Primair ovariële insufficiëntie	Climacteriële klachten	FSH ↑, oestrogeen ↓
Uterien	Zwangerschap		Zwangerschapstest
	Outflow-obstructie:	Buikpijn	FSH 'normaal', LH 'normaal', oestrogeen 'normaal'
	Intra-uteriene adhesies		
	Cervixstenose		

FSH = follikelstimulerend hormoon; LH = luteïniserend hormoon; TSH = thyroïdstimulerend hormoon.

Wanneer de amenorroe langer duurt, is verwijzing naar een endocrinoloog aan te raden en zijn adviezen ter preventie van osteoporose aangewezen. Uitleg aan patiëntes voorkomt ongerustheid en onnodig diagnostisch onderzoek. Bij amenorroe is het ook belangrijk om met de patiënte over anticonceptie te spreken als zwangerschap ongewenst is. Bij Sylvia was (nog) geen verwijzing nodig, omdat snel na haar consult een spontane menstruatie optrad, met een regelmaat van 35 dagen. ■

LITERATUUR

- De Vries C, Van der Weele G. Amenorroe: betekenis en beleid verschillen per levensfase. *Herziening NHG-Standaard Amenorroe*. *Huisarts Wet* 2018;61:32.
- De Vries AD. Amenorroe en oligomenorroe in de adolescentie. In: Lagro-Janssen T, Teunissen D, redactie. *Urogynaecologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2020:133-44.
- Fritz MA, Speroff L. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- Klein DA, Paradise SL, Reeder RM. Amenorrhea: a systematic approach to diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2019;100:39-48.
- Anckaert E, Smits J. Endocrinologisch laboratoriumonderzoek in de diagnostiek en de behandeling ten bate van de geassisteerde voortplanting bij de vrouw. *Ned Tijdschr Klin Chem* 2001;26:313-28.
- Colantonio A, Mar W, Escobar M, Yoshida K, Velikonja D, Rizoli S, et al. Women's health outcomes after traumatic brain injury. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19:1109-16.
- Sav A, Rotondo F, Syro LV, Serna CA, Kovacs K. Pituitary pathology in traumatic brain injury: a review. *Pituitary* 2019;22:201-11.
- Ripley DL, Harrison-Felix C, Sendroy-Terrill M, Cusick CP, Dannels-McClure A, Morey C. The impact of female reproductive function on outcomes after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89:1090-6.
- Snook ML, Henry LC, Sanfilippo JS, Zeleznik AJ, Kontos AP. Association of concussion with abnormal menstrual patterns in adolescent and young women. *JAMA Pediatr* 2017;171:879-86.
- Shufelt CL, Torbati T, Dutra E. Hypothalamic amenorrhea and the long-term health consequences. *Semin Reprod Med* 2017;35:256-62.

Lems M, Lagro-Janssen ALM. Een onverwachte oorzaak van secundaire amenorroe. *Huisarts Wet* 2022;65(5):44-6. DOI:10.1007/s12445-022-1432-2.
Gezondheidscentrum De Bilt, De Bilt: M. Lems, huisarts, kaderhuisarts urogynaecologie in opleiding, lemsmargriet@gmail.com. Radboud-umc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts n.p., emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Menstruatieproblemen

1. Veranderingen in de hypothalamus-hypofyse-ovariumas kenmerken de start van de adolescentie. Wat is hierin de eerste verandering, waardoor de menstruatiecyclus op gang komt?¹
 - a. De hypothalamus wordt minder gevoelig voor oestrogenen.
 - b. De hypofyse wordt gevoeliger voor gonadotrofine-releasing hormoon (GnRH).
 - c. De ovaria gaan minder oestrogenen aanmaken.
2. Een menstruatiecyclus van 21 tot 35 dagen wordt als normaal beschouwd. In de eerste periode na de menarche duurt de cyclus vaak langer. Tot hoeveel jaar na de menarche wordt een cyclus van 21 tot 45 dagen als normaal beschouwd?¹
 - a. 1 jaar
 - b. 3 jaar
 - c. 5 jaar
3. Als bij adolescenten een polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS) wordt vermoed, wordt echo-onderzoek in de eerste 8 jaar na de menarche afgeraden. Wat is hiervoor volgens Van Berkel et al. de belangrijkste reden?¹
 - a. De ovaria van adolescenten zijn ook zonder PCOS vaak multifolliculair.
 - b. PCOS in de adolescentie zegt niets over subfertiliteit in het latere leven.
 - c. Vanwege de belasting van echo-onderzoek.
4. Waardoor wordt PCOS gekenmerkt, naast anovulatie (amenorroe of oligomenorroe) en hyperandrogenisme (hirsutisme en acne)?^{1,2}
 - a. Heftige buikpijn tijdens de menstruatie
 - b. Insulineresistentie
 - c. Ondergewicht
5. Joan, 14 jaar, komt met haar moeder op het spreekuur. Ze is sinds een halfjaar ongesteld. Haar cyclus is regelmatig (rond de 26 dagen) en zeer heftig: ze moet elk uur haar maandverband verwisselen en heeft 's nachts vaak last van doorlekken. Haar menstruatie duurt vaak ruim 10 dagen. Haar moeder had ook altijd heftige menstruaties, maar dit gaat beter sinds zij orale anticonceptie gebruikt. Bij welke diagnose past deze anamnese het best?¹
 - a. Normale menstruatie passend bij eerste jaren na de menarche.
 - b. Métrorrhagie des jeunes vierges.
 - c. Stollingsstoornis.
6. Mevrouw Kruithof, 27 jaar, komt bij de huisarts omdat haar menstruatie sinds een halfjaar uitblijft. Zij voelt zich gezond en is niet zwanger. Ze gebruikt geen (zelfzorg)medicatie. Uit de anamnese blijkt dat zij sinds ruim 9 maanden 5 dagen per week traint voor een cross-fitcompetitie. Het lichamelijk onderzoek is zonder afwijkingen. De huisarts vermoedt dat er sprake is van functionele amenorroe. Mevrouw Kruithof vraagt of er verder onderzoek moet worden gedaan. Welk antwoord is correct?²
 - a. Ja, prolactinebepaling
 - b. Ja, FSH- en oestradiolbepaling
 - c. Ja, FSH-, oestradiol- en prolactinebepaling
 - d. Nee, aanvullend onderzoek is niet aangewezen
7. Op welk niveau bevindt zich waarschijnlijk het probleem in bovenstaande casus?³
 - a. Hypothalamus
 - b. Hypofyse
 - c. Ovaria
8. Op welke complicatie van functionele amenorroe op de lange termijn dient men bedacht te zijn?³
 - a. Endometriumhyperplasie
 - b. Osteoporose
 - c. Schildklierafwijkingen door onderstimulatie hypofyse



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

LITERATUUR

1. Van Berkel-Zegers MM, Lagro-Janssen AL. Wat is bij adolescenten een normaal menstruatiepatroon? Huisarts Wet 2022;65(5):57-61. DOI:10.1007/s12445-022-1444-8.
2. NHG-werkgroep Amenorroe. NHG-Standaard Amenorroe. <https://richtlijnen.nhg.org>.
3. Lems M, Lagro-Janssen ALM. Een onverwachte oorzaak van secundaire amenorroe. Huisarts Wet 2022;65(5):44-6. DOI:10.1007/s12445-022-1432-2.

ANTWOORDEN

08 / 7 a / 89 / 0 c / 9 b / 7 e / 02 / 1 a



De huisarts en de ontwikkelende ouder-babyrelatie

Marloes Gerrits, Karin Sprenkelder, Tjalling de Vries, Heleen Mülder

De komst van een baby gaat gepaard met ingrijpende veranderingen in het leven van ouders. De wijze waarop ouders erin slagen zich aan te passen heeft invloed op de toekomstige ouder-babyrelatie en de emotionele en psychische ontwikkeling van het kind. In deze nascholing besteden we aandacht aan de ontwikkeling van de ouder-babyrelatie. We beogen de huisarts praktisch op weg te helpen bij problemen in de ouder-babyrelatie. Daarnaast beschrijven we de samenwerkingsketen rondom het jonge kind, met aandacht voor de Infant Mental Health (IMH)-visie en de IMH-specialist.

CASUS: ONGERUSTE OUDERS

Een moeder (30 jaar) en vader (33 jaar) bezoeken hun huisarts omdat hun 17 dagen oude zoontje veel huilt en slecht slaapt. Moeder heeft een chronische depressie, waarvoor ze onder behandeling is bij een psycholoog. De relatie met haar eigen moeder, die met psychische problemen worstelt, is moeizaam. Hun huisarts vindt geen somatische problemen. In de weken hierna zoeken ouders veelvuldig contact met het consultatiebureau en hun huisarts.

Omdat de ouders ongerust blijven en uitgeput dreigen te raken, besluit de huisarts na 6 weken te verwijzen naar de kinderarts. Deze vindt ook geen aanwijzingen voor somatische problemen en meldt het gezin aan bij de jeugd-ggz voor Infant Mental Health (IMH)-begeleiding. De IMH-specialist leert de ouders de signalen van hun zoontje beter te begrijpen en hierop in te spelen. Ze ondersteunt hen met accepteren dat hun zoontje meer dan gemiddeld huilt.

OUDER-BABYRELATIE

Voor een goede ontwikkeling van de ouder-babyrelatie zullen ouders sensitief moeten kunnen reageren op de signalen en behoeften van het kind. Dat betekent dat ze de signalen van de baby herkennen en er tijdig en adequaat op reageren. Ook moeten ze kunnen mentaliseren, dat wil zeggen betekenis proberen te geven aan het gedrag van de baby: wat heeft mijn kind op dit moment nodig? Hierbij proberen de ouders zich te verplaatsen in de binnenwereld van het kind. Als dit 'goed genoeg' gebeurt, komt er een flexibel vraag en aanbod tussen ouder en kind op gang, en leert de baby zichzelf kennen en reguleren. Dit versterkt het zelfvertrouwen van ouders en baby, en ook het onderling vertrouwen neemt toe. Veilig gehechte kinderen onderzoeken hun omgeving meer dan onveilig gehechte kinderen, en zijn beter in staat relaties aan te gaan en zich te verplaatsen in hun medemens.¹⁻³ Tweeënzestig procent van alle thuiswonende kinderen van 1 tot 12 jaar heeft een veilige gehechtheidsrelatie met hun ouders.⁴

De ontwikkeling van de ouder-babyrelatie kan op verschillende manieren worden belemmerd. Eigen ervaringen en de gemoedstoestand van de ouders spelen daarbij een belangrijke rol. Tussen 10 en 20% van de zwangere vrouwen heeft psychi-

sche problematiek.⁵ Ongewenste zwangerschap, problemen bij de partus of gezondheidsproblemen bij het kind kunnen bij de ouders angst, depressie of posttraumatische stress veroorzaken.^{1,6,7} Gestreste of sombere ouders zijn minder beschikbaar en kunnen zich moeilijker inleven in de baby. De baby reageert hierop, door bijvoorbeeld veel te huilen, wat vervolgens weer effect heeft op de ouder. Negatieve ervaringen op de jonge kinderleeftijd hangen samen met een grotere kans op psychische en somatische ziekten, waarbij een oplopend aantal negatieve ervaringen is gerelateerd aan slechtere uitkomsten.^{1,8-12}

INFANT MENTAL HEALTH

De Infant Mental Health (IMH)-visie gaat ervan uit dat de kwaliteit van de ouder-babyrelatie een belangrijke factor is in de ontwikkeling van het kind en dat het zaak is dat alle betrokken zorgverleners aandacht besteden aan problemen in die relatie.¹³ De ouder-babyrelatie is als het ware de patiënt en daarmee de primaire focus in de analyse, preventie en interventie van de problematiek.¹³ De illustraties tonen de concepten die binnen de IMH-visie worden gehanteerd. Huisartsen kunnen deze concepten in de spreekkamer toepassen bij de anamnese, probleemanalyse en psycho-educatie.

Mismatch en herstel

Niet de perfecte reactie bepaalt de veerkracht van de relatie, maar het vermogen om een mismatch te (h)erkennen en naar herstel te zoeken

Zorgverlener geeft psycho-educatie en helpt bij het zoeken naar herstel bij mismatches.



Cirkel van veiligheid en vertrouwen

Ouder biedt open armen als het kind bescherming of troost behoeft [veiligheid] en geeft kind ruimte om te exploreren [vertrouwen].

Zorgverlener kan zo zichtbaar maken met welk deel kind en/of ouder moeite hebben.



DE ROL VAN DE HUISARTS

Huisartsen bieden laagdrempelige, generalistische zorg en kennen vaak de factoren die de ouder-babyrelatie kunnen bedreigen, zoals een moeizame start en psychosociale problemen. Het is niet altijd eenvoudig om een problematische ouder-babyrelatie te herkennen. De hulpvraag van de ouders ligt vaak op een ander vlak. Als een zuigeling veel huilt, spuugt, slecht drinkt en slaapt, of moeite heeft met poepen willen ouders somatische oorzaken als reflux, spruw of allergie uitsluiten. Bedenk dat de interactie met hun baby kan zijn verstoord wanneer ze het spreekuur vaak bezoeken en extreem bezorgd zijn, vertellen dat ze denken tekort te schieten en maar blijven zoeken naar somatische oorzaken. Vaak is het daarbij lastig vast te stellen wat oorzaak en wat gevolg is. Let daarnaast ook op tekenen van afstandelijkheid.¹ Probeer tijdens het consult in te schatten of de ouder-babyinteractie ontspannen verloopt. Lukt het de ouder het kind te kalmeren? Spreekt de ouder liefdevol over het kind? Vier weken na de geboorte reageren kinderen al op aanspreken en mag je verwachten dat ouders en kind aandacht hebben voor elkaar. Hoe ervaren de ouders de band met het kind en het ouderschap? Veel ouders moeten immers wennen aan hun nieuwe rol. Schroom niet te vertellen wat opvalt in de interactie met de baby.¹ De illustraties bieden meer suggesties voor het exploreren van de gedachten en gevoelens van ouders.

Met lichamelijk onderzoek is na te gaan of er aanwijzingen zijn voor somatische problemen. De kans dat huilen bij een goed groeiende zuigeling een somatische oorzaak heeft, is kleiner dan 5%.^{10,14}

Ga na wat de verwachtingen van ouders zijn over huil-, slaap-



Engelen en spoken in de kinderkamer

Jeugdervaringen van ouders

Spoken: onverwerkt [hechtings]trauma

Engelen: positieve gehechtheidservaringen

Zorgverlener gebruikt deze in de behandeling om ouder-babyrelatie te versterken.



Port of entry

Waar zijn ouders naar op zoek? Zorgverlener sluit aan bij die vragen, zoals over lichaam baby, gedrag baby, gedrag of beleving ouder, als ingang voor hulp.

Motherhood constellation

Kan ik als jonge ouder:

1. Mijn baby in leven houden?
2. Van mijn baby houden?
3. Steun uit de omgeving toelaten?
4. Het ouderschap in mijn identiteit verweven?

Zorgverlener identificeert deze angsten en mogelijke risico's in ouder-baby relatie.



Regulatie en co-regulatie

Gedrag van baby beïnvloedt gedrag van ouder en vice versa. Ook beïnvloeden ouders en hun omgeving elkaar.

Zorgverlener zorgt voor rustige professionele benadering en gaat na wat de inbreng is van ouders en baby in de stresssituatie.



en eetgedrag. Psycho-educatie over de spreiding van normaal gedrag kan daarbij van pas komen. Leg uit dat een baby van 6 tot 8 weken oud meestal tot 2,5 uur per dag huilt.^{5,10} Baby's slapen in cycli van 50 tot 60 minuten, die soms wel en soms niet in een volgende cyclus overlopen. Er is nog geen sprake van een dag-nachtritme.¹⁵ Maak duidelijk dat het normaal is dat ouders hun baby niet altijd begrijpen. In een gezonde interactie is de ouder in 30% van de alledaagse situaties in staat om goed af te stemmen op het kind. In de overige 70% vinden achteraf 'reparaties' plaats.¹ Juist de zoektocht naar onderling begrip draagt bij aan het ontstaan van vertrouwen en veerkracht. Wanneer de ouders gestrest zijn, kan dat stress bij de baby oproepen. Die gaat huilen, de fles weigeren of slecht slapen, wat de stress bij ouders verder vergroot. Maak de ouders duidelijk dat ze geen schuld hebben, maar dat het samenspel tussen hen en hun baby is verstoord. Leg uit dat stressreductie bij de ouders kan leiden tot een meer ontspannen baby.¹⁰ In sommige regio's is een POH-jeugd beschikbaar, die het gezin psycho-educatie en begeleiding kan bieden.

DE ROL VAN HET CONSULTATIEBUREAU

Het consultatiebureau heeft belangrijke (preventieve) taken op het terrein van opvoed- en opgroeiondersteuning, en ondersteunt ouders bij het opbouwen en onderhouden van een gezonde relatie met hun kind. Het speelt een belangrijke rol bij

de vroegsignalering van problemen. De zorgverleners op het consultatiebureau zien ouders tijdens de zwangerschap bij de 22-wekenprik en ontvangen een overdracht vanuit de kraamzorg/verloskundige. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is er voor kinderen van 0 tot 18 jaar, maar ziet ze het meest frequent in het eerste levensjaar op het consultatiebureau. In de JGZ werkt men met de richtlijn Ouder-kindrelatie, die veel handvatten biedt. Voor het in beeld krijgen en aanpakken van een bedreigde ouder-babyrelatie is een goede samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en de JGZ dan ook van groot belang.¹

DE ROL VAN DE KINDERARTS

De kinderarts is beschikbaar als er zorgen blijven over mogelijke medische problemen bij het kind. Soms is de kinderarts de ingang (*port of entry*) voor een vervolggerek met de ouders wanneer ze vooral focussen op lichamelijke oorzaken. Met of zonder aangetoonde medische problemen kan de kinderarts inschatten of ondersteuning van de ouder-babyrelatie nodig is.

DE INFANT MENTAL HEALTH-SPECIALIST

De BIG-geregistreerde IMH-specialist (vaak een gz-psycholoog of orthopedagoog) is werkzaam binnen de jeugdzorg of de jeugd-ggz en heeft expertise op het gebied van ouder-kindbehandeling op zeer jonge leeftijd (tot 6 jaar). De IMH-specialist kan werken aan het herstellend vermogen en veerkracht binnen de ouder-babyrelatie. Dit is nodig wanneer deze relatie zo sterk verstoord is dat de zorg door huisarts en consultatiebureau niet voldoende is. Raadpleeg bij twijfel eerst de IMH-specialist en draag zo nodig de behandeling over. IMH-specialisten zijn geregistreerd bij de Dutch Association for Infant Mental Health (DAIMH).¹⁶ Op de website van de DAIMH is te vinden of er iemand met IMH-expertise in uw regio werkzaam is. Ook regionale jeugd-ggz-aanbieders kunnen daarbij helpen.

HET SOCIALE WIJKTEAM

Sociale wijkteams bekijken vanuit een integrale aanpak wat er nodig is voor de ondersteuning van bewoners. Bij problemen in de ouder-babyrelatie kunnen medewerkers van de wijkteams het gezin begeleiding bieden. De teams gaan daarbij vooral uit van wat gezinnen zelf kunnen. Ze ondersteunen bij problemen met opvoeden, huisvesting en schulden. Interventies bij risicogezinnen zijn succesvoller wanneer naast de ouder-babyrelatie ook andere problemen worden aangepakt, zoals sociaal isolement, armoede, werkloosheid en huisvestingsproblemen.¹⁶

BESCHOUWING

De huisarts zal er vaak bij betrokken worden als de ouder-babyrelatie zich niet vanzelf ontwikkelt. Doordat deze de context van het gezin kent heeft de huisarts vaak zicht op de betrokken zorgverleners. Zo nodig kan de huisarts de regie op zich nemen. Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 is de zorg voor jeugd in handen van gemeenten. Dat betekent dat er regionaal invulling wordt gegeven aan de zorg en dat het aanbod per discipline (JGZ, jeugd-ggz, wijkteam) kan verschillen.

DE KERN

- Huisartsen zien jonge gezinnen geregeld op het spreekuur en kunnen ondersteuning en uitleg geven bij de ontwikkelende ouder-babyrelatie.
- De ontwikkeling van het kind wordt in sterke mate bepaald door de kwaliteit van de ouder-babyrelatie.
- Veelvuldig spreekuurbezoek met een pasgeborene, psychosociale problemen bij jonge ouders en opvallende interacties tussen ouders en baby als overbezorgdheid of afstandelijkheid kunnen wijzen op problemen in de ontwikkelende ouder-babyrelatie.
- Het consultatiebureau is de belangrijkste samenwerkingspartner van de huisarts op het gebied van de ouder-babyrelatie. Ook het sociale wijkteam, de kinderarts en de Infant Mental Health-specialist kunnen hulp bieden.

In de eerste maanden na de geboorte zal het consultatiebureau nagenoeg altijd een rol spelen. Een actieve samenwerking tussen huisarts en consultatiebureau kan zorgen voor een krachtig fundament onder de zorg voor jonge gezinnen. Behalve met het consultatiebureau krijgen huisartsen te maken met andere samenwerkingspartners, waarvan we de belangrijkste in dit artikel hebben beschreven. Bij de herziening van de NHG-Standaarden Preconceptiezorg en Zwangerschap en kraamperiode verdienen deze samenwerking en de ouder-babyrelatie meer aandacht. De multidisciplinaire richtlijn Excessief huilen bevat een overzicht van alle mogelijk betrokken hulpverleners.¹⁰ De ouders in onze casus waren ervan overtuigd dat het huilen een fysieke oorzaak had, en hun huisarts kon hen niet geruststellen. Er was een vicieuze cirkel ontstaan tussen het onrustige gedrag van de baby, en de onzekerheid en angst bij de ouders. Niet alleen de zorgen die ouders over hun baby uiten, maar ook hun emoties en de wisselwerking tussen ouders onderling en die tussen ouders en kind verdienen aandacht. Uit deze casus blijkt hoe belangrijk het is om naar het hele systeem te kijken. Wanneer alleen de depressie van moeder zou zijn behandeld, had dit waarschijnlijk onvoldoende effect gehad op het overbelaste systeem en hadden beide ouders veel leermomenten gemist. De route naar de IMH-specialist had wellicht anders kunnen lopen. De ouders zochten veelvuldig contact met hun huisarts en het consultatiebureau, maar onderlinge afstemming vond niet plaats. Dergelijk overleg had kunnen leiden tot het intensiveren van de begeleiding dicht bij huis. Samen hadden de huisarts en het consultatiebureau kunnen bepalen of consultatie van of verwijzing naar een IMH-specialist nodig was. Vanuit de visie van IMH bekeken, waren er signalen die erop wezen dat de ontwikkelende ouder-babyrelatie bedreigd werd. De enige voor de ouders zinvolle ingang (*port of entry*) was het uitsluiten van lichamelijke problemen. De verwijzing naar de kinderarts was dan ook terecht. Wel had de huisarts toen al te berde kunnen

brenge dat aanvullende hulp ondersteuning zou kunnen bieden bij het doorbreken van de lastige dynamiek waarin het gezin was terechtgekomen.

CONCLUSIE

Een goede ouder-babyrelatie is essentieel voor een gezonde ontwikkeling van het kind. Huisartsen zijn betrokken bij de zorg voor jonge gezinnen en daarom in staat om vast te stellen of de ouder-babyrelatie zich niet goed ontwikkelt. Om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen, is het essentieel om samen te werken. We adviseren om bij zorgen met het consultatiebureau te overleggen. De meeste gezinnen zullen met deze samenwerking al voldoende ondersteuning krijgen bij het ontwikkelen van de ouder-babyrelatie. Mochten de huisarts en het consultatiebureau niet voldoende ondersteuning kunnen bieden, dan kunnen ze gezamenlijk besluiten tot het inzetten van aanvullende hulp door de kinderarts, het sociale wijkteam of de IMH-specialist, afgestemd op de hulpvraag van het gezin. ■

LITERATUUR

1. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2018.
2. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. JGZ-richtlijn Ouder-kindrelatie. 2021. <https://www.ncj.nl/richtlijnen>. Geraadpleegd op 16 december 2021.
3. Brok C, De Zeeuw M. Er zijn voor je kind. Hoe ouders veiligheid en emotionele beschikbaarheid kunnen bieden. Assen: Van Gorcum, 2008.
4. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Hechtingstheorie. <https://www.ncj.nl/themadossiers>. Geraadpleegd op 16 december 2021.
5. NHG-werkgroep Zwangerschap en kraamperiode. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Utrecht: NHG, 2012. <https://richtlijnen.nhg.org>.
6. Kusters CDJ, Van der Pal SM, Van Steenbrugge GJ, Den Ouden LS, Kollee LAA. Impact van vroeggeboorte op het gezin. Ook na 19 jaar ondervinden families nog gevolgen. Ned Tijdschr Geneesk 2013;157:1876-84.
7. Lambregtse-van den Berg I, Kamp M, Wennink H. Handboek Psychiatrie en zwangerschap. Utrecht: De Tijdsgeest, 2015.
8. Lefkovic E, Bajji I, Rigó J. Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. Infant Ment Health J 2014;35:354-65.
9. Meeuwissen J, De Ruiter N, Van der Zanden R, Van Doesum K, Warnaar N, Van Wylick I, et al. Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen/verslavingsproblemen (KOPP/KOV) voor jeugdhulp en jeugdbescherming Utrecht: Trimbos-instituut, 2015.
10. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Multidisciplinaire richtlijn Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's. 2013. <https://assets.ncj.nl>. Geraadpleegd op 16 december 2021.
11. Van Santvoort F, Hosman CMH, Janssens JMAM, Van Doesum KTM, Reupert A, Van Loon LMA. The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: a systematic review. Clin Child Fam Psychol Rev 2015;18:281-99.
12. Berens AE, Jensen SKG, Nelson CA. Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. BMC Med 2017;15:135.
13. Rexwinkel M, Schmeets M, Pannevis C. Handboek Infant Mental Health. Assen: Van Gorcum, 2011.
14. Nooitgedagt JE, Zwart P, Brand PLP. Oorzaken, behandeling en beloop bij zuigelingen die vanwege excessief huilen waren opgenomen op de kinderafdeling van de Isala klinieken te Zwolle, 1997/03. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:472-7.
15. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Gezonde slaap en slaapproblemen. Preventie, signalering, diagnostiek en interventie bij slaapproblemen in de JGZ. 2016. <https://www.ncj.nl/richtlijnen>. Geraadpleegd op 16 december 2021.
16. DAIMH. Dutch Association of Infant Mental Health. Infant Mental Health. <https://www.daimh.nl/infant-mental-health/>. Geraadpleegd op 16 december 2021.

Gerrits MMJG, Sprenkelder K, De Vries TW, Müller H. De huisarts en de ontwikkelende ouder-babyrelatie. Huisarts Wet 2022;65(5):48-52. DOI:10.1007/s12445-022-1450-x. Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, Utrecht: dr. M.M.J.G. Gerrits, kaderhuisarts ggz, mgerrits@lrjg.nl; Volksgezondheid gemeente Utrecht, Utrecht: K. Sprenkelder, jeugdarts KNMG, in opleiding tot arts Maatschappij + Gezondheid; Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden: dr. T.W. de Vries, kinderarts, consultant IMH-netwerk Friesland. Psychotherapie Jeugd Drachten, Drachten: H. Mulder, klinisch psycholoog/kinderen jeugd psychotherapeut/IMH-specialist. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven. Illustraties: Studio Wiegers.

Ecg-casus 'Ineens niet meer fit'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 63-jarige man bezoekt het spreekuur van de huisarts, omdat hij ineens niet meer fit is.

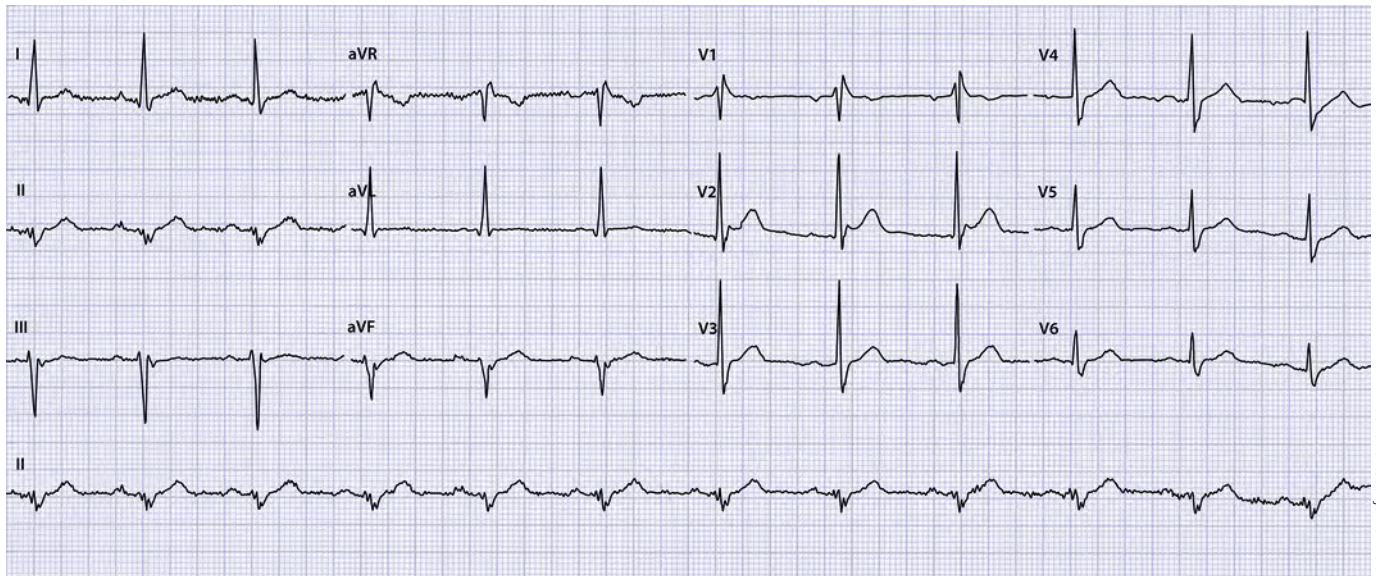
Voorgeschiedenis: Ziekte van Crohn, status na ileocecaalresectie 11 jaar eerder.

Medicatie: Actueel geen.

Anamnese: De patiënt is de laatste jaren veel aan het fietsen en hardlopen, maar voelt zich sinds kort minder fit. Hij liep makkelijk 60 minuten hard, maar nu haalt hij amper nog 30 minuten. Ook bij traplopen voelt hij zich moe en slap in de benen. De laatste weken heeft hij vocht in de enkels bemerkt. Hij heeft nooit gerookt en een blanco familieanamnese wat betreft hart- en vaatziekten.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 148/83 mmHg, puls 72/min, regelmatig. Saturatie 98%. Hart normale tonen, soufflé graad I/VI systolisch over ostium aortale. Longen symmetrisch, vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. Enkels gering 'pitting' oedeem.

De huisarts denkt gezien de klachten en de (lichte) soufflé aan beginnend hartfalen. Hij maakt een ecg en laat een [NT-pro-]BNP-bepaling doen (met ook een TSH-, Hb- en nierfunctiemeting). Het laboratoriumonderzoek is niet afwijkend.



Illustratie: Guusje Bertholet

OPGAVE

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

➤ Het antwoord vindt u op pagina 67 en op www.henw.org bij dit artikel, zoek op 'Ecg-casus' en 'Ineens niet meer fit'.

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.

NHG-Behandelrichtlijn Influenza raadt antivirale middelen in de regel niet aan bij vermoeden influenza

Alma van de Pol, Miesje Nijs, Jacoba Greving, Margriet Bouma

Omdat er in de herfst van 2021 zorgen rezen over een mogelijke influenza-epidemie bovenop de COVID-19-pandemie, besloot het NHG met spoed uit te zoeken of antivirale middelen effectief kunnen zijn. De hoofdboodschap van de nieuwe NHG-Behandelrichtlijn Influenza is dat oseltamivir in de regel niet wordt aanbevolen bij een vermoeden van influenza. Er is onvoldoende bewijs dat het middel effectief is en de voordelen wegen niet op tegen de nadelen zoals bijwerkingen, mogelijke resistentieontwikkeling en kosten.

De aanbeveling om patiënten in de huisartsenpraktijk niet te behandelen met antivirale middelen (oseltamivir is momenteel het enige middel dat door de huisarts kan worden voorgeschreven) is niet nieuw. Van 1996-2016 was er een NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie die een vergelijkbaar advies gaf. Nadat deze NHG-Standaard was vervallen, werd alleen de informatie over griepvaccinatie jaarlijks geactualiseerd in de NHG-Praktijkhandleiding Griepvaccinatie. In de herfst van 2021 rezen er echter zorgen dat er een influenza-epidemie zou komen bovenop de COVID-19-pandemie met nog meer druk op de zorg. Daarom besloot het NHG om met spoed een systematische zoekactie te doen naar het effect van antivirale middelen op complicaties, ziekenhuisopname en overlijden. De resultaten zijn verwerkt in een nieuwe NHG-Behandelrichtlijn die gaat over de diagnostiek en behandeling van patiënten van wie de huisarts vermoedt dat ze influenza hebben.

VERMOEDEN VAN INFLUENZA

Het klinische beeld van een infectie met een influenzavirus kan variëren van asymptomatisch tot een ernstig beloop met complicaties. We spreken van een influenza-achtig ziektebeeld als patiënten acuut zowel respiratoire symptomen als algemene symptomen krijgen, bijvoorbeeld hoesten en koorts. Het vermoeden van influenza ontstaat als dit beeld zich voordoet tijdens een influenza-epidemie. In de actuele weekcijfers van het Nivel is te zien of dat het geval is.

DIAGNOSTIEK

Bepaal op basis van het klinische beeld of er sprake is van een influenza-achtig ziektebeeld. In de huisartsenpraktijk heeft aanvullend onderzoek naar het influenzavirus bij patiënten met een influenza-achtig ziektebeeld in de regel geen consequenties voor het beleid. Het wordt daarom niet aanbevolen.



Er is geen bewijs voor de werkzaamheid van antivirale middelen bij influenzapatiënten in de huisartsenpraktijk. Foto: Shutterstock

OSELTAMIVIR

Oseltamivir wordt niet aanbevolen voor de behandeling van influenza in de huisartsenpraktijk, omdat er geen bewijs is voor de werkzaamheid. Alleen bij een kleine groep patiënten met een zeer hoog risico op een ernstig beloop kan oseltamivir worden overwogen. Denk bijvoorbeeld aan patiënten met een ernstig verminderde afweer die kort na het ontstaan van de klachten bij de huisarts komen. De risicogroepen, de voor- en nadelen van de antivirale behandeling en de rol van diagnostiek hierbij worden in de NHG-Behandelrichtlijn Influenza nader uitgewerkt. ■

NHG-Behandelrichtlijn Influenza raadt antivirale middelen in de regel niet aan bij vermoeden influenza. Huisarts Wet 2022;65(5):54. DOI:10.1007/s12445-022-1443-9.
NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling, Utrecht: A.C. van de Pol, wetenschappelijk medewerker, kenniscentrum@nhg.org; M.M. Nijs, wetenschappelijk medewerker; J.P. Greving, wetenschappelijk medewerker; M.C. Bouma senior wetenschappelijk medewerker.
Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.
De NHG-werkgroep bestond uit [op alfabetische volgorde]: Bouma M, Cals J, Greving J, Jongerius S, Loogman M, Nijs M, Van de Pol AC, Riezebos-Brilman A, Spijkers K, Van de Veerdonk F, Venekamp RP.

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Behandelrichtlijn Influenza op richtlijnen.nhg.org.

Wat is bij adolescenten een normaal menstruatiepatroon?

Monique van Berkel-Zegers, Toine Lagro-Janssen

De eerste jaren na de menarche moet de hypothalamus-hypofyse-ovariumas nog uitrijpen. Daardoor is de menstratiecyclus vaak anovulatoir, met een wisselende cyclusduur en hevige of langdurige bloedingen. Menstruatieproblemen zijn dus tot op zekere hoogte normaal bij adolescenten, maar sommige menstruatiepatronen zijn ook op deze leeftijd afwijkend en kunnen wijzen op bijvoorbeeld een polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS). Een goede anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen huisartsen op het juiste spoor zetten.

Meisjes in de adolescentie (10 tot 19 jaar), of anders wel hun moeders, maken zich nogal eens zorgen over het grillige karakter van hun menstruatie. Soms komen ze daarmee bij de huisarts, bijvoorbeeld omdat ze het vervelend vinden dat de menstruatie steeds onverwacht komt, of zich afvragen of alles wel goed is met 'de hormonen'. De menstruatie is in deze levensfase nog niet te vergelijken met die van volwassen vrouwen, want het hormonale systeem – de zogeheten hypota-

CASUS: EEN MEISJE MET EEN ONREGELMATIGE CYCLUS

Maureen is 15 jaar en komt samen met haar moeder op het spreekuur. Ze maakt zich zorgen omdat er geen regelmaat in haar cyclus wil komen. Maureen is gezond, gebruikt geen medicatie en is niet seksueel actief. Ze heeft een normaal postuur en acne in haar gezicht. Haar eerste menstruatie was 1,5 jaar geleden. Haar cyclus, die ze zelf bijhoudt in een app, is gemiddeld 43 dagen. De menstruatie duurt meestal 5 dagen en is pijnloos. Ze heeft zelden last van doorlekken en hoeft er 's nachts niet uit om zich te verschonen.

lamus-hypofyse-ovariumas – moet nog uitrijpen. In dit artikel bespreken we welke menstruatietekenen normaal zijn in de adolescentie en welke kenmerken wijzen op een afwijkend menstruatiepatroon.

FYSIOLOGIE VAN DE MENARCHE

Voor de adolescentie wordt de hypothalamus geremd door – onder andere – oestrogenen. Bij de start van de adolescentie



Bij een menstruatie binnen het normale spectrum en een niet-afwijkende anamnese volstaan goede uitleg en geruststelling.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- In de eerste 3 jaar na de menarche is de cyclusduur 21 tot 45 dagen; dat is langer dan de volwassen cyclusduur van 21 tot 35 dagen.
- Bepaal de leeftijd waarop de menarche plaatsvond zo nauwkeurig mogelijk en laat het meisje de cyclus bijhouden met een app of een menstruatiescorekaart.
- Bij een menstruatie binnen het normale spectrum en een niet-afwijkende anamnese volstaan goede uitleg en geruststelling.
- Bij een vermoeden van PCOS is follow-up 8 jaar na de menarche belangrijk om te voorkomen dat de diagnose pas wordt gesteld als er vruchtbaarheidsproblemen ontstaan.

wordt de hypothalamus minder gevoelig voor oestrogenen en door het wegvallen van de negatieve terugkoppeling komt schoksgewijs gonadotrofine-releasing hormoon (GnRH) vrij.^{1,2} GnRH zet de hypofyse aan tot de productie van 2 gonadotrofinen: het follikelstimulerend hormoon (FSH) en het luteïniserend hormoon (LH). De gonadotrofinen stimuleren in de ovaria de rijping van follikels en de aanmaak van oestrogeen. Wanneer de oestrogeenspiegels voldoende hoog zijn, groeit het baarmoederslijmvlies aan. Later in de adolescentie ontwikkelt zich een positief terugkoppelingssysteem: stijgende oestrogeenspiegels stimuleren de hypothalamus, die reageert met plotselinge GnRH-afgifte, die leidt tot een LH-piek en daarop volgt de ovulatie.

WAT IS NORMAAL IN DE ADOLESCENTIE?

In Nederland heeft de helft van de meisjes de eerste menstruatie (menarche) rond de 13 jaar en heeft 90% van de meisjes van 14,5 jaar haar menarche gehad.^{2,3} Bij meisjes met een migratieachtergrond uit Turkije en Marokko is dat gemiddeld een half jaar eerder.^{2,4} Op welke leeftijd de menarche plaatsvindt, hangt deels af van genetische factoren. Ongunstige sociaaleconomische factoren en een slechte algemene gezondheid of voedingstoestand vertragen de menarche.⁵ In de huisartsenpraktijk is in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar de prevalentie van onregelmatige menstruatie (ICPC-code X07) 25,8 per 1000 vrouwen en die van hevige menstrueel bloedverlies (ICPC-code X06) 19,5 per 1000 vrouwen.⁶

De eerste 3 tot 6 jaar na de menarche moet het hormonale systeem nog uitrijpen. Na 2 jaar is de helft van de cycli ovu-

PCOS IN DE ADOLESCENTIE

De diagnose 'PCOS in de adolescentie' wordt gesteld op basis van de volgende criteria, indien er geen andere endocriene verklaring voor de klachten bestaat:

- afwijkende cyclusduur:
 - 1 jaar na de menarche: 1 enkele cyclus > 90 dagen, of
 - 1-3 jaar na de menarche: < 21 of > 45 dagen, of
 - > 3 jaar na de menarche: < 21 of > 35 dagen of < 8 cycli per jaar
- EN klinische tekenen van hyperandrogenisme:
 - ernstig acne (> 10 ontstekingen in het gelaat) en/of
 - hirsutisme [gemodificeerde ferriman-gallway-score \geq 4-6]^{12,13}

Op latere leeftijd kan de diagnose 'PCOS' gesteld worden op basis van een echo, maar bij adolescenten niet. In de adolescentie komen nog veel anovulatoire cycli voor, waarbij meerdere follikels tegelijk rijpen. Daarom zijn de ovaria van adolescenten vaak multifolliculair en is echo-onderzoek niet ondersteunend. Echo-onderzoek wordt de eerste 8 jaar na de menarche dan ook afgeraden.^{12,13}

latoir en na 5 jaar 80%.⁷ Hoe jonger de menarche, hoe eerder ovulatoir. Bij meisjes met een menarche voor hun 12e is na 1 jaar de helft van de cycli ovulatoir en na 5 jaar bijna 100%. Bij meisjes met een menarche na hun 15e zijn pas na 6 tot 8 jaar alle cycli ovulatoir.⁷

De eerste cyclus aansluitend aan de menarche is bij de helft van de adolescenten > 45 dagen.⁸ In de eerste 3 jaar na de menarche heeft 90% van de cycli een duur van 21 tot 45 dagen. Drie jaar na de menarche heeft 60 tot 80% een duur van 21 tot 35 dagen, dat is de gemiddelde cyclusduur van volwassen vrouwen.^{7,9} De menstruatie duurt 2 tot 7 dagen, met een gemiddelde van 5,4 dagen. Een gebruik van 3 tot 6 maandverbanden of tampons per dag wordt als normaal beschouwd [tabel 1].¹⁰

Differentiaaldiagnose bij afwijkende menstruatie

[Tabel 2] beschrijft per afwijkend menstruatietekenmerk de differentiaaldiagnose. Het polycysteusovariumsyndroom (PCOS) is in de adolescentie een minder bekend ziektebeeld dat we hier nader belichten omdat het op latere leeftijd consequenties kan hebben.

PCOS

De belangrijkste kenmerken van PCOS zijn anovulatie (oligo- of amenorroe), hyperandrogenisme (hirsutisme en acne) en insulineresistentie.¹¹ De prevalentie in de algemene bevolking wordt geschat op 6%.^{3,11} Uit interviews met vrouwen van 18 tot 35 jaar die PCOS hebben komt naar voren dat zij ontvreden waren over het diagnostische proces. Zij waren zich niet

Tabel 1

De normale menstruatie in de adolescentie

Menarche	13 jaar [95%-BI 12,9 tot 13,2]
Cyclusduur	21 tot 45 dagen [3 jaar na de menarche 21 tot 35 dagen]
Menstruatieduur	2 tot 7 dagen [gemiddeld 5,4 dagen]
Bloedverlies	3 tot 6 maandverbanden of tampons per dag

Tabel 2

Differentiaaldiagnose van afwijkingen in de menstruatie tijdens de adolescentie

Kenmerk	Diagnose	Anamnese en lichamelijk onderzoek	Aanvullend onderzoek
Cyclusduur < 21 dagen	Métrorrhagie des jeunes vierges	Meestal in jaar 1 na de menarche. Door anovulatie wordt het endometrium langdurig blootgesteld aan oestrogenen, waardoor het instabiel wordt en op willekeurige momenten afbreekt. Gaat gepaard met hevig en langdurig bloedverlies, hieropvolgend weer normale cycli	Niet geïndiceerd
> 45 dagen (> 35 dagen vanaf 3 jaar na menarche)	Métrorrhagie des jeunes vierges Polycysteusovariumsyndroom Functionele amenorroe Zwangerschap Schildklierfunctiestoornis Prolactinoom Androgeenproducerende tumor Medicamenteus	Zie boven Oligo- of amenorroe vanaf de menarche Hyperandrogenisme: matig/ernstig hirsutisme en ernstige acne Overgewicht [niet obligaat] Amenorroe die ontstaat na een periode van regelmatige menstruaties Stress, afvallen, eetstoornis, intensieve sportbeoefening Lage/wisselende BMI Seksueel actief, zwangerschapsklachten Klachten passend bij verlaagd of verhoogd metabolisme Dubbelzijdige galactorroe, gezichtsvelduitval en/of hoofdpijn [macroprolactinoom]. Borstonderzoek bij enkelzijdige galactorroe In korte tijd ontstane virilisatie (alopecia, seborroe, stemverlaging) Hormonale anticonceptiva, anti-epileptica, antipsychotica, anti-emetica en antidepressiva	Zie boven 8 jaar na de menarche eventueel een transvaginale echo Bloedonderzoek niet geïndiceerd Indien > 1 jaar: prolactinebepaling [zie prolactinoom] HCG-bepaling TSH-bepaling Prolactinebepaling [tussen 08:00 en 10:00 uur]. Verwijs bij verhoogde waarde naar endocrinoloog Verwijs naar endocrinoloog Niet geïndiceerd
Menstruatieduur en bloedverlies > 7 dagen en/of iedere 1 tot 2 uur opvangmateriaal verschonen	Métrorrhagie des jeunes vierges Stollingsstoornis	Zie boven Positieve familieanamnese, snel blauwe plekken en bloedend tandvlees Vanaf de menarche, betreft alle menstruaties Kans is groter als er sprake is van zowel hevig bloedverlies als menstruatieduur > 7 dagen Regulaire cyclus	Zie boven Hb-bepaling Stollingsonderzoek (APTT, PT en trombocyten). Indien afwijkend verwijs naar hematoloog [verwijs ook bij aanhoudend vermoeden zonder labafwijkingen]

bewust van deze mogelijke diagnose totdat zij behandeling zochten voor onvruchtbaarheid.¹²

Het ziektebeeld manifesteert zich vanaf de menarche, maar de diagnose is in de adolescentie lastig te stellen, omdat anovulatoire cycli en acne op die leeftijd fysiologisch zijn. Bij een vermoeden van PCOS wordt aangeraden de adolescent 8 jaar na de menarche terug te zien om de diagnose te bevestigen of te verwerpen.

Concreet betekent dit dat men adolescenten met afwijkingen in de cyclusduur en/of klinische tekenen van hyperandrogenisme bij het voorschrijven van hormonale anticonceptie, zoals de combinatiepil, moet adviseren te zijner tijd een controleafspraak te maken. Dat kan voorkomen dat de diagnose pas wordt gesteld als er fertiliteitsproblemen zijn.

PCOS geeft op langere termijn mogelijk een verhoogd risico op hart- en vaatziekte en op endometriumcarcinoom.^{3,11}

Anderzijds geeft een onzekere en te vroege diagnose onnodige zorgen. Er zijn internationale criteria opgesteld voor de diagnose 'PCOS in de adolescentie' [kader].^{12,13}

De diagnose 'PCOS in de adolescentie' kan door de huisarts worden gesteld. Het zal vaak een vermoede diagnose zijn, die 8 jaar na de menarche heroverwogen moet worden met behulp van een transvaginale echo. Dit echo-onderzoek kan alleen worden verricht bij adolescenten die seksueel actief zijn

of tampons gebruiken, en de patiënt moet 3 maanden van tevoren stoppen met hormonale anticonceptie.¹²

Wanneer meer diagnostische zekerheid gewenst is, moet de adolescent worden verwezen naar de gynaecoloog.

DIAGNOSTIEK

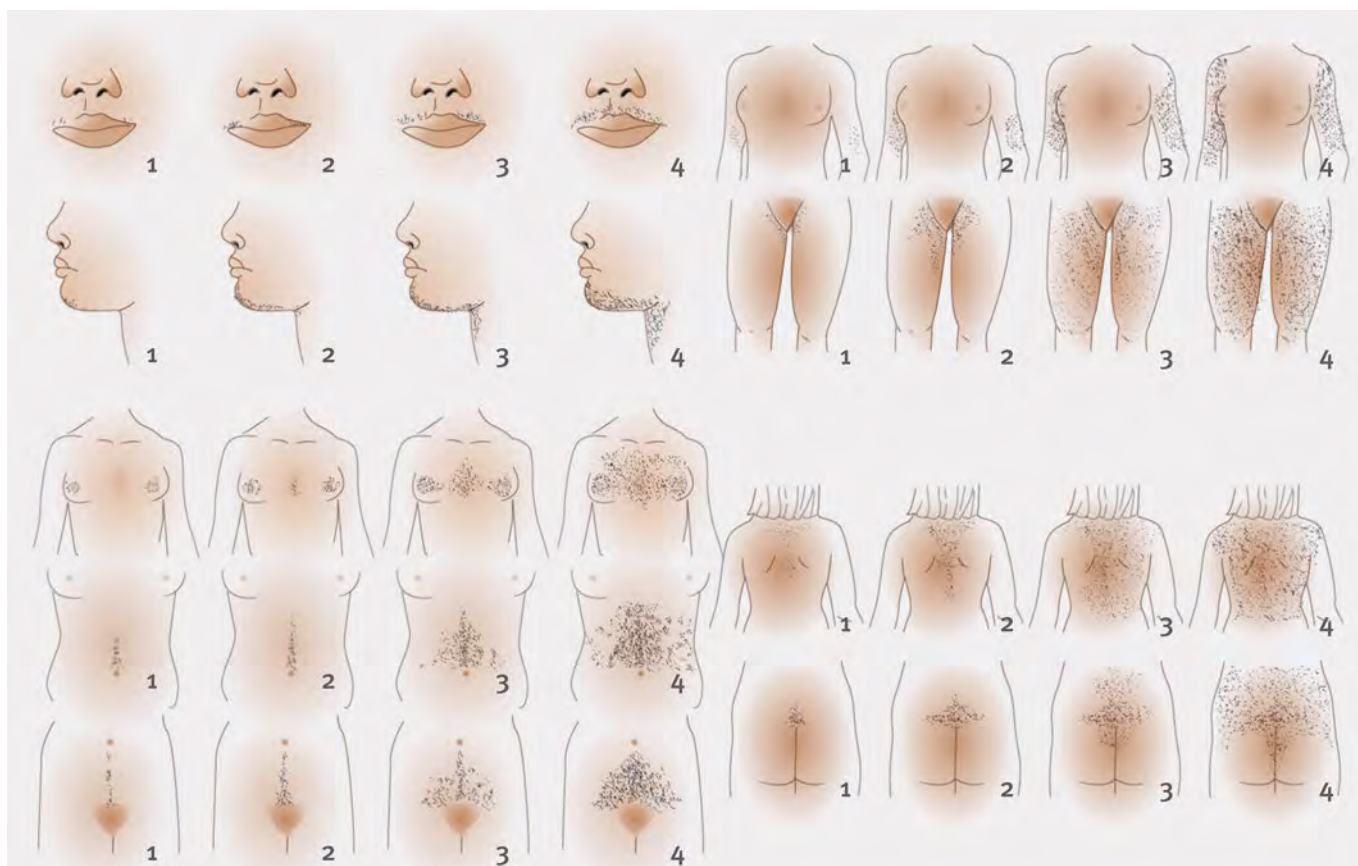
Anamnese

Differentieer tussen een normale of afwijkende cyclus.

- Bepaal zo nauwkeurig mogelijk op welke leeftijd de menarche was om in te schatten hoeveel maanden of jaren er zijn verstreken sinds de menarche.⁹
- Krijg een juist beeld van de menstruatie- en de cyclusduur. Houd er rekening mee dat er bij adolescenten misvattingen bestaan over wat een cyclus omvat. Vraag of er iedere 1,5 maand een menstruatie is. Is dit niet het geval of bestaat hierover twijfel, adviseer dan de cyclus, inclusief het aantal dagen bloedverlies, gedurende 2 tot 3 maanden bij te houden in een app of op een kalender.
- Krijg een juist beeld over de hoeveelheid bloedverlies. Vrouwen zijn slecht in staat om de hoeveelheid bloedverlies in te schatten. Laat de adolescent bij veelvuldig verschonen of doorlekken een menstruatiescorekaart invullen gedurende 1 cyclus.^{14,15}

Figuur

Hirsutisme: de gemodificeerde ferriman-gallweyscore



Negen lichaamsgebieden worden gescoord op beharing: 0 [geen haar] tot en met 4 [ronduit mannelijk patroon, waarbij een niveau $\geq 4-6$ wijst op hirsutisme]

Vraag naar mogelijke onderliggende aandoeningen bij een afwijkende cyclus.

- Vraag of de adolescent seksueel actief is, met het oog op een eventuele zwangerschap.
- Vraag bij oligomenorroe of amenorroe naar acne en hirsutisme.
- Vraag bij langdurend en/of hevig bloedverlies naar verhoogde bloedingsneiging en stollingsziekten in familie.
- Vraag naar medicatiegebruik (hormonale anticonceptie, anti-epileptica, antipsychotica, anti-emetica en antidepressiva).
- Vraag bij amenorroe naar stress, life-events, sterke gewichtsverandering of eetproblemen en excessieve sportbeoefening.
- Vraag bij amenorroe naar galactorroe, hoofdpijn en gezichtsveldstoornissen.

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Bij een normale menstruatie en een niet-afwijkende anamnese is verder lichamelijk onderzoek niet nodig. Let bij meisjes met een afwijkende menstruatie of anamnese op over- en ondergewicht en onderzoek het lichaam op (ernstige) acne en hirsutisme [figuur]. Of, en zo ja welk, aanvullend onderzoek is geïndiceerd, hangt af van de bevindingen [tabel 2].

BELEID

Bij een normale menstruatie en een niet-afwijkende anamnese volstaan goede uitleg en geruststelling. Wanneer de cyclusduur afwijkend is maar anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek geen afwijkingen aan het licht hebben gebracht, is afwachtend beleid gerechtvaardigd. Vraag het meisje wel om terug te komen als de amenorroe langer dan een jaar aanhoudt. Voor de indicaties voor verwijzing, zie [tabel 2]. Voor meisjes die voldoen aan de criteria voor PCOS is het belangrijk dat ze tijdig een beeld krijgen van de eigen menstruatiecyclus in verband met een eventuele kinderwens in de toekomst. Adviseer een gezond leefpatroon om overmatige

VERVOLG CASUS

De menarche van Maureen was 1,5 jaar geleden. Haar cyclusduur van 43 dagen met een menstruatieduur van 5 dagen valt binnen het normale menstruatiespectrum, de menstruatie is nooit langer dan 90 dagen uitgebleven en haar menstruatiepatroon is fysiologisch. De huisarts stelt Maureen gerust en legt uit dat haar menstruatie normaal is voor haar leeftijd. Maureen zou graag met de pil willen starten om ritme in haar bloedingspatroon te krijgen. Omdat ze slechts matig ernstige acne heeft en ook verder niet voldoet aan de criteria voor PCOS, is een controleafspraak niet nodig.

gewichtstoename te voorkomen.^{12,13} Overweeg de combinatiepil als het meisje hinder ondervindt van het onregelmatige menstruatiepatroon of het hyperandrogenisme. De NHG-Standaard Amenorroe adviseert meisjes die voldoen aan de criteria voor PCOS, die geen anticonceptie gebruiken en bij wie de amenorroe > 1 jaar uitblijft naar de gynaecoloog te verwijzen voor endometriumdiagnostiek.³ De internationale richtlijn voor PCOS adviseert bij meisjes met een cyclusduur > 90 dagen een onttrekkingsbloeding op te wekken met progestagenen of de combinatiepil, om endometriumhyperplasie te voorkomen.¹³

CONCLUSIE

De hypothalamus-hypofyse-ovariumas is tijdens de adolescentie nog aan het uitrijpen en daarom kan de menstruatie in de eerste jaren na de menarche wisselend zijn qua cyclusduur, bloedingsduur en hoeveelheid bloedverlies. De criteria voor wat een normale en wat een afwijkende cyclus is, zijn anders dan bij volwassenen. Daarom kan het voor de adolescent zelf en voor de huisarts belangrijk zijn dat ze het juiste tijdstip van de menarche kennen en inzicht hebben in hoe de cyclus eruitziet. Bij een normale menstruatie en een niet-afwijkende anamnese kan de huisarts het meisje meestal geruststellen. ■

LITERATUUR

- 1 Messinis IE. From menarche to regular menstruation: endocrinological background. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1092:49-56.
- 2 Laven J, Peerden M. Adolescentie. In: Fauser BC, Lagro-Janssen AL, Bos AM, redactie. *Vrouwspecifieke geneeskunde*. Houten: Prelum, 2019.
- 3 NHG-werkgroep Amenorroe. *NHG-Standaard Amenorroe*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2018. <https://richtlijnen.nhg.org>, geraadpleegd maart 2022.
- 4 De Vries AD. Amenorroe en oligomenorroe in de adolescentie. In: Lagro-Janssen T, Teunissen D, redactie. *Urogynaecologie (reeks Praktische huisartsgeneeskunde)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2020.
- 5 Peacock A, Alvi NS, Mushtaq T. Period problems: disorders of menstruation in adolescents. *Arch Dis Child* 2012;97:554-60.
- 6 Donker GA. Epidemiologie van urogynaecologie. In: Lagro-Janssen T, Teunissen D, redactie. *Urogynaecologie (reeks Praktische huisartsgeneeskunde)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2020.
- 7 Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update* 2003;9:493-504.
- 8 Gunn HM, Tsai MC, McRae A, Steinbeck KS. Menstrual patterns in the first gynecological year: a systematic review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018;31:557-565.
- 9 Adams Hillard PJ. Menstruation in adolescents: what's normal, what's not. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1135:29-35.
- 10 Committee opinion no. 651 summary: menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol* 2015;126:1328.
- 11 Ketel IJ. Het polycysteus-ovariumsyndroom. In: Lagro-Janssen T, Teunissen D, redactie. *Urogynaecologie (reeks Praktische huisartsgeneeskunde)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2020.
- 12 Peña AS, Witchel SF, Hoeger KM, Oberfield SE, Vogiatzi MG, Misso M, et al. Adolescent polycystic ovary syndrome according to the international evidence-based guideline. *BMC Med* 2020;18:72.
- 13 International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018. Melbourne: Monash University, 2018.
- 14 NHG-werkgroep Vaginaal bloedverlies. *NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014. <https://richtlijnen.nhg.org>, geraadpleegd 30 maart 2022.
- 15 Higham JM, Shaw RW. Clinical associations with objective menstrual blood volume. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;82:73-6.

Van Berkel-Zegers MM, Lagro-Janssen AL. Wat is bij adolescenten een normaal menstruatiepatroon? *Huisarts Wet* 2022;65(5):57-61. DOI:10.1007/s12445-022-1444-8.
Leusden: M.M.H van Berkel-Zegers, kaderhuisarts urogynaecologie in opleiding, vanberkel@huisartskortegeer.nl. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, emeritus hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hoe onze ketenzorg (nog) beter kan

Pieter Buis

Ketenzorg is een belangrijk onderdeel van de zorg in de huisartsenpraktijk. Hoeveel mensen profiteren er eigenlijk van die ketenzorg en wat zijn de aanbevelingen en verwachtingen voor de toekomst? InEen zocht het uit. Deze organisatie heeft een rapportage uitgebracht over programmatische ketenzorg 2020 op basis van medisch-inhoudelijke indicatoren van zorggroepen. Het doel van de rapportage is dat zorggroepen zich kunnen spiegelen aan deze benchmark, om zo hun zorgverlening gericht te verbeteren.

De rapportage betreft de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, vasculair risicomanagement bij patiënten met hart- en vaatziekte (HVZ) en zonder hart- en vaatziekte (VVR Verhoogd Vasculair Risico), COPD en astma. Van de door InEen aangeschreven zorggroepen leverden er 100 (vorig jaar 113) hun data aan over de NHG-indicatoren van bovengenoemde zorgprogramma's over het jaar 2020.

Met elkaar vertegenwoordigen de 100 aanleverende zorggroepen ongeveer 15.230.595 inwoners van Nederland (88%), verspreid door het land. De gerapporteerde gegevens zijn geanalyseerd en becommentarieerd door 2 experts op het gebied van het betreffende zorgprogramma. Zie de verschillende [kaders] voor het overzicht per aandoening.

Uit het rapport van InEen blijkt dat er grote inspanningen worden geleverd om patiënten met chronische ziekten optimaal te controleren en te behandelen. Het is interessant om verder te analyseren waar de grote verschillen tussen zorggroepen vandaan komen. Voor zorggroepen is het goed om oog te hebben voor praktijkvariatie en daar kwaliteitsbeleid op te voeren. Zorggroepen kunnen daarin ook van elkaar leren. Ondertussen moeten we steeds voor ogen houden waar we dit allemaal voor doen. Alleen patiënten die baat hebben bij ketenzorg moeten we includeren in een programma en pas als de diagnose duidelijk is gesteld. Waar blijven de cijfers van de tweede lijn om te zoeken naar verklaringen voor verschillen in substitutie?

De belangrijkste vraag die we ons moeten stellen is of we verder moeten gaan op deze weg vol ketens, waarbij de patiënt voor iedere kwaal naar een aparte hulpverlener gaat. Is het tijd voor integratie van de ketens met een POH-generalist als eerstelijnspecialist voor chronische ziekten? ■

LITERATUUR

1. InEen. Transparante ketenzorg 2020. Rapportage zorggroepen diabetes mellitus, VRM, COPD en astma. Spiegel voor het verbeteren van chronische zorg. Utrecht: InEen, 2021.

DIABETES MELLITUS TYPE 2

Voor diabetes type 2 is de gemiddelde prevalentie 5,4%. Van de patiënten met diabetes is 89% onder behandeling in de eerste lijn. Er zijn echter grote verschillen tussen zorggroepen, onder andere door populatieverschillen. Ook de mate van substitutie wisselt tussen zorggroepen. De uitkomsten van de gerapporteerde indicatoren zijn door de bank genomen heel mooi, en bieden daarom voor veel zorggroepen slechts beperkte handvatten om de zorg verder te optimaliseren. Door de COVID-19-pandemie zijn alle procesindicatoren (eGFR, albumine-creatinineratio, rookstatus, fundus- en voetonderzoek) wel iets minder goed dan vorig jaar. Het gemiddeld aantal rokers daalde voor het elfde achtereenvolgende jaar verder en is inmiddels minder dan 13%.

Aanbevelingen bij diabetes:

- Verdere substitutie bij zorggroepen met relatief veel patiënten in de tweede lijn, zeker nu voor het voorschrijven van een GLP1-agonist geen verwijzing meer nodig is.
- Aandacht voor gedeelde besluitvorming over statine-gebruik bij diabetespatiënten van verschillende leeftijden en met kwetsbaarheid.
- Let op strengere streefwaardes bij diabetespatiënten met hart- en vaatziekten.
- Extra aandacht voor diabetespatiënten met chronische nierschade.

COPD

De gemiddelde prevalentie van COPD is al een aantal jaren stabiel: 2%. Ongeveer 50% van de COPD-patiënten krijgt programmatische zorg in het zorgprogramma; 14% heeft de huisarts als hoofdbehandelaar maar krijgt geen programmatische zorg en een onveranderd percentage van 25% is onder behandeling in de tweede lijn. Verdere substitutie blijft dus uit. Het percentage rokers in de COPD-populatie daalde opnieuw, van 37% naar 35%. Het aantal patiënten met 2 of meer exacerbaties daalde, waarschijnlijk door COVID-19, van 6% naar 4%.

Aanbevelingen bij COPD:

- Aandacht voor valide diagnosestelling en adequaat onderscheid tussen COPD, astma en gemengde beelden van COPD met astma.
- Een aantal regio's laat zien dat meer substitutie heel goed mogelijk is. Zorggroepen waar de substitutie achterblijft dienen samen met de longartsen na te gaan wat er nodig is om dit punt te verbeteren.



Het is mogelijk tijd voor integratie van de ketens met een POH-generalist als eerstelijnspecialist voor chronische ziekten.

Foto: Shutterstock

HART- EN VAATZIEKTEN (HVZ) EN VERHOOGD VASCULAIR RISICO (VVR)

De gemiddelde prevalentie van patiënten met een HVZ is 5,7%. Dit percentage is gestegen ten opzichte van 2019 [4,9%]. Dat komt door uitbreiding van deze categorie met patiënten met ernstige chronische nierschade [ECN] en met patiënten in de primaire preventie met een score op ziekte en sterfte van respectievelijk > 20% en > 10%. Van de patiënten met een HVZ is 70% onder behandeling in de eerste lijn, met een aanzienlijke spreiding tussen zorggroepen.

De gemiddelde prevalentie van patiënten met een VVR is 8,5%, waarvan 68% in een eerstelijnszorgprogramma zit. Het aantal patiënten dat wel onder behandeling is bij de huisarts, maar niet in het zorgprogramma zit, is de laatste jaren gestegen. De spreiding is groot.

Aanbevelingen bij VVR:

- Eenduidige afspraak over terminologie VVR respectievelijk HVZ.
- Meer aandacht voor digitale zorg en meer geïndividualiseerde, persoonsgerichte VVR-zorg die is gericht op eigen regie en zelfmanagement.

ASTMA

De gemiddelde prevalentie van astma bedraagt 5,9%. Daarvan is 33% opgenomen in het zorgprogramma; 23% heeft de huisarts als hoofdbehandelaar maar krijgt geen programmatische zorg; 11% is onder behandeling in de tweede lijn. Van de overige patiënten is geen hoofdbehandelaar geregistreerd. Het percentage rokers daalde verder onder de 10% [landelijk percentage 20%!]

Aanbevelingen bij astma:

- Alle astmapatiënten die ICS gebruiken moeten volgens de richtlijnen programmatische zorg kunnen krijgen. Daarom moeten alle zorggroepen in Nederland in overleg met de zorgverzekeraars een zorgprogramma astma organiseren.
- Registratie hoofdbehandelaarschap verbeteren.

Buis PAJ. Hoe onze ketenzorg [nog] beter kan. Huisarts Wet 2022;65(5):62-3.

DOI:10.1007/s12445-022-1436-8.

Huisartsenpraktijk Buis en Van der Plas, Harderwijk: dr. Pieter Buis, huisarts en redactielid H&W, pajbuis.huisarts@planet.nl.

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Artikelen, die de wereld (niet) veranderen

2022 is de 65e jaargang van H&W. In dat kader vroegen we enkele oud-hoofdredacteurs naar de opvallendste artikelen uit hun H&W-tijd. Dit keer is het de beurt aan Henk van Weert.

Vandaag valt Rusland Oekraïne binnen en probeer ik een stukje te schrijven over de vraag: welk artikel uit jouw tijd als hoofdredacteur staat je het meest bij? En wat heeft de H&W-lezer er vandaag de dag nog aan? Wat maakt dat een artikel je bijblijft? Ik denk aan 3 zaken: onderwerp, actualiteit en impact. Waarschijnlijk herinner ik me daarom goed dat de urologen van het ErasmusMC in 2009 aanboden om een bewerking te maken van hun artikel over het nut van screening op prostaatkarcinoom met het prostaat specifieke antigeen (PSA). Arno Hoes noemde dit ook wel het 'patient scaring antibody'. Het ging om de resultaten van een door hen begeleide Europese trial. Publicatie van de trial in de *New England Journal of Medicine* zou gelijktijdig plaatsvinden met publicatie van een Nederlandse bewerking in H&W.^{1,2} Een dergelijk aanbod kregen we niet iedere dag! En het was een zeer relevant, actueel onderwerp met grote impact, dus het aanbod namen we graag aan. We bedachten wel meteen dat een dergelijk stuk een redactioneel commentaar vereiste. Ik zal u niet vermoeien met de details, maar de auteurs van dat redactioneel commentaar concludeerden na analyse van de onderzoeksresultaten dat de door de urologen aangedragen argumenten het nut van screenen niet onderbouwden.

Beide bijdragen verschenen in H&W 2009-7, in eendrachtige samenwerking met de urologen. En juist dat maakte het zo bijzonder: een vlotte samenwerking tussen 2 'tegengestelde kampen'. Hoewel we het inhoudelijk geheel niet met elkaar eens konden worden, startte hiermee een stevige discussie met grote relevantie voor de huisartsenpraktijk en het screeningsdebat in een gezamenlijke inspanning. Al snel werd duidelijk dat de keuze van de uitkomstmaten de waardering van de resultaten bepaalt. Gaat het om het vervroegd opsporen en verminderen van sterfte door prostaatkanker of om het verminderen van de totale sterfte? En tellen 'bijwerkingen' als incontinentie, impotentie en postoperatieve klachten ook nog mee?^{3,4} Dat debat duurt nog steeds voort.

Er verschenen nog diverse meta-analyses en beschouwingen.⁵ Vier jaar later schreven Van der Meer en collega's dat huisartsen na publicatie van de screeningstrial minder PSA-testen waren gaan aanvragen, waarop de urologen ogenblikkelijk het tegendeel betoogden.^{6,7} In 2019 bezongen Hugosson et al. opnieuw de zegeningen van screening, waarbij ze de resultaten van een follow-upduur van 16 jaar presenteerden: een ziektespecifiek verschil in mortaliteit van 1,8 per 1000 (na 16 jaar follow-up).⁸ Er valt van alles te zeggen over dit onderzoek, maar u zult niet onder de indruk zijn van dit getal. We screenen dus nog steeds niet. Gelukkig maar.

Tot slot: wat heeft de PSA-screening te maken met de oorlog in Oekraïne? Eigenlijk helemaal niets, ware het niet dat de



Foto: Margot Scheerder

inval van de Sovjet-Unie in Tsjecho-Slowakije in 1968 zorgde voor de vlucht naar Ierland van Petr Skrabanek. Skrabanek groeide daar uit tot een groot publicist, vooral met betrekking tot preventie en screening. Hij zou spreken op het NHG-Congres van 1994, maar kort daarvoor stierf hij veel te jong aan een agressieve hereditaire prostaatkanker. En daarover ging een recente H&W-publicatie van Cremers et al., met als co-auteur een van de betrokken urologen uit het ErasmusMC.⁹ Skrabanek zou overigens ongetwijfeld tegenstander zijn geweest van de screening op prostaatkanker. ■

Henk van Weert, hoofdredacteur van 2008 tot en met 2011

LITERATUUR

1. Bangma C, Roobol M, De Koning H et al. Screening vermindert sterfte aan prostaatkanker. *Huisarts Wet* 2009;52:352-7
2. Van Weert H, Wiersma T. Prostaatscreening? Nog even niet! *Huisarts Wet* 2009;52:350-1.
3. Van Maanen H. Vijfjaarsoverleving en screenen. *Huisarts Wet* 2013;56:16-7.
4. Scholten H. Ook zo blij met PSA? *Huisarts Wet* 2010;9:501-2.
5. Ilic D, O'Connor D, Green S, et al. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, Issue 1. Art. No.:CD004720.
6. Van der Meer S, Kollen B, Hirdes W, et al. Impact of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) on prostate-specific antigen (PSA) testing by Dutch general practitioners. *BJU Int* 2013; 112: 26-31.
7. Schröder FH. General practitioner (GP)'s view on screening for prostate cancer in the Netherlands: the impact of a randomized trial. *BJU Int* 2013;112:4-5.
8. Hugosson J, Roobol, MJ, Månsson M. et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol* 2019;76: 43-51.
9. Cremers R, Blanker M, Van Asperen C. Wanneer is onderzoek nodig bij prostaatkanker in de familie? *Huisarts Wet* 2021;64:69-72.

Antwoord ecg-casus

‘Ineens niet meer fit’

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie & regelmaat* | Er zijn van links naar rechts 12 complexen te zien, de frequentie is 72/min. Dat komt ook overeen met het RR-interval van 4 blokken. In 1 minuut zijn er 300 grote blokken en $300/4 = 75/\text{min}$. Er is een constant RR-interval, dus er is een regelmatig ritme.
 2. *As* | De meest positieve afleidingen zijn afleiding I en avL (die wijzen respectievelijk horizontaal en naar links-boven). Dit past bij een as tussen 0 en 30 graden). De meest iso-elektrische as is afleiding II (II verloopt onder een hoek van +60 graden, een as loodrecht daarop past dus eveneens bij -30 graden). En -30 graden is de grens tussen een normale en een linker as. Dit wordt een horizontale as genoemd. De as ligt dus precies op de grens tussen normaal en abnormaal.
 3. *P-top* | Normaal. Nergens vergroot en overal positief (behalve in V1 en aVR, maar dat is normaal).
 4. *PQ-tijd* | Nog net normaal (5 mm).
 5. *Q* | Normaal. Geen pathologische Q's.
 6. *QRS* | QRS-complexen met normale voltages. Er is een RR' zichtbaar in V1. Dit is klassiek voor een incompleet rechterbundeltakblok (iRBTB): het QRS is immers smaller dan 3 mm en daarmee niet verbreed, dus er is zeker geen sprake van een compleet RBTB. De R-progressie lijkt vrij normaal.
 7. *ST-segment* | Normaal. Geen elevaties of depressies (2 mm J-puntverhoging in V2 is nog binnen de grenzen).
 8. *T-top* | T-top positief bij overwegend negatief QRS-complex in II, III en avF: T-inversie in de onderwand.
 9. *QT-tijd* | Normaal: < 10 mm ofwel < 400 ms en ook minder dan de helft van de cyclusduur.
 10. *Ritme* | Normale P-toppen voor elk QRS, normale frequentie en regelmaat. Sinusritme.
- + *Conclusie* | Normaal SR met horizontale as, iRBTB, wat afwijkende S-regressie over de voorwand en T-inversie in de onderwand. De horizontale as is op het ecg niet te verklaren door een doorgemaakt infarct, er is immers geen R-verlies over de voorwand noch pathologische

Q-vorming elders. Een dergelijke verschuiving van de as naar de grens van normaal en abnormaal – zonder aanwijzing voor te veel weefsel aan de linkerkant of weefselverlies aan de rechterkant (1 van beide is meestal de verklaring voor een linker asdraai) – past bij uitval van het voorste deel van de linkerbundel: een ‘links anterior hemiblok (LAHB)’ of links anterior fasciculair blok (LAFB) genoemd. Het voorste deel van de linkerventrikel wordt hierbij niet direct via de voorste (anterior) vezel van de linkerbundel gedepolariseerd, maar van cel op cel via de achter-/onderkant van de linkerventrikel, die al wél snel werd geactiveerd door de intacte achterste (posterior) vezel van de linkerbundel. Hierdoor ontstaat er een horizontale of linker as, een rS (kleine r, diepe S) in de onderwandsafleidingen en een Rs (grote R, kleine s) in de meest links gelegen afleidingen (V5 en V6). Doordat slechts een deel van de linkerventrikel van cel op cel wordt geactiveerd, is de totale depolarisatietijd (de QRS-breedte) nog binnen de 120 ms (dus < 3 mm). Al met al heeft deze patiënt milde klinische tekenen van hartfalen, een lichte souffle, een mild afwijkend ecg maar een normaal (NT-pro-)BNP.

2. HET VERDERE BELEID

Verder onderzoek is aangewezen. Een eerstelijns echo, een holteronderzoek en een inspannings-ecg laten geen bijzonderheden zien, zoals pompfalen, een klepafwijking of cardiomyopathie. De fysieke belastbaarheid blijkt uitstekend. De huisarts overlegt nog met een cardioloog en samen concluderen ze dat er geen cardiale verklaring is voor de klachten en dat er zeker geen alarmsignalen zijn. Na goede uitleg besluit de patiënt met behulp van een sportarts zijn trainingsschema doordacht te wijzigen (minder overprikkeling) en lukt het hardlopen weer beter dan tevoren.

Tot slot, denk bij een slank QRS met een onverklaarde mild naar links gedraaide as aan een LAHB. Een hemiblok heeft zelden een klinische betekenis, maar kan in combinatie met klachten wel aanleiding geven voor verder onderzoek. ■

Podcastserie 'Hartenlust' over intimiteit bij mensen met een aangeboren hartafwijking

Ariëtte Sanders, Kim van Wijck

Ongeveer 85% van de baby's met een aangeboren hartafwijking behaalt tegenwoordig de volwassen leeftijd. Hun fysieke en psychische littekens hebben op latere leeftijd effect op hun beleving van intimiteit. In een podcast interviewt journalist Daan Borrel (jong)volwassenen hierover op een open en respectvolle wijze.

In deze 3-delige podcast komen mannen, vrouwen, jongvolwassenen en hun ouders aan het woord. Ze spreken openhartig over de vele gevolgen van een aangeboren hartafwijking als ze zich letterlijk en figuurlijk meer bloot moeten geven. Ze vertellen hoe ze hiermee experimenteerden, bijvoorbeeld in het zwembad of met seks. Ook maken ze duidelijk hoe hun aandoening hen beperkt en voor welke keuzen ze komen te staan, bijvoorbeeld rond een kinderwens of opleiding. Zijdelings komt aan bod hoe ze de rol van artsen of andere zorgverleners hebben ervaren en wat ze wat dat betreft liever anders hadden gewild. Ook vertellen ze over de psychische gevolgen van het medicaliseren van hun lichaam, waarbij dokters de behandeling bepalen en ze pas op latere leeftijd ontdekken dat ze ook zelf keuzen over hun lijf kunnen maken. Huisartsen willen graag het patiëntenperspectief betrekken

bij hun zorgaanbod. Vragen naar intimiteit is niet makkelijk. Borrel laat met haar interviewtechniek zien hoe je dat kunt doen. Dankzij haar oprechte interesse luistert de podcast als een ontspannen dialoog. Ze geeft vooral een mooie inzage in de intieme patiëntenbelevingen die een rol spelen bij de keuzen waar deze mensen voor komen te staan. Veel van de besproken gevolgen zijn ook vertaalbaar naar andere situaties met invaliderende aandoeningen. Deze podcast opent de ogen hiervoor. ■

Naam	Podcast Hartenlust
Makers	Daan Borrel, Mina Etemad, in opdracht van het Leids Universitair Medisch Centrum en gefinancierd door Stichting Hartekind
Doel	Informatie delen over de beleving van seksualiteit en intimiteit van mensen met een niet-aangeboren hartafwijking
Prijs	Gratis
Oordeel	●●●●●

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 Olibers (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 Tessa Dijkman, Fijtje Koets, Femke Veldman, Shutterstock en Margot Scheerder (foto's en 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

Casuïstiekprijs H&W naar artikel over vroege symptomen van subacute endocarditis

Op 8 april 2022 is de H&W-Casuïstiekprijs 2021 van H&W uitgereikt aan huisarts Anke Steerneman voor haar artikel over vroege symptomen van subacute endocarditis. Hoofdredacteur Gijs Baaten overhandigde de prijs op het NHG-Congres in Den Bosch.

Het artikel 'Vroege symptomen van subacute endocarditis' is een voorbeeld van echte casuïstiek, aldus de jury. 'Je loopt ergens tegenaan en beschrijft je zoektocht, zodat iemand anders ervan kan leren.' Belangrijkste boodschap uit het artikel is dat bij subacute endocarditis meestal de klassieke symptomen ontbreken, zoals koorts en een soufflé. Niet goed te verklaren neurologische verschijnselen en verminderde inspanningstolerantie zijn redenen om deze aandoening hoog in de differentiaaldiagnose te plaatsen.

Genomineerden

De andere genomineerden waren Rob van Kimmenaede en Nadja Busschers uit een selectie van 12 casuïstiekartikelen, gepubliceerd in 2021. Van Kimmenaede schrijft over 'Rooie oortjes', met als boodschap dat een pijnlijk rood oor niet altijd een cellulitis/erysipelas is. In het artikel van Busschers



'Schokkend letsel na stroomstoot' beschrijft zij dat elektrocutie ernstige letsels kan veroorzaken, zoals botbreuken, luxaties, neurologische schade en vaatschade.

De jury bestond uit Gijs Baaten, Just Eekhof en Mark van der Wel. De prijs bestaat uit een oorkonde en een cheque ter waarde van € 1000,-.

NHG-Wetenschapsdag over proactieve huisartsenzorg, gebaseerd op data

Kom op 10 juni 2022 naar de NHG-Wetenschapsdag in Den Haag voor wetenschappelijke inzichten die (direct) toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk. Denk aan COVID-19, influenza, aanhoudende lichamelijke klachten, polsklachten, hypertensie en meer.

Owen Johnson, huisarts-onderzoeker bij de universiteit van Leeds, brengt het Britse perspectief op datagedreven eerstelijnszorg. Henk Schers zet het Nederlandse perspectief er tegenover. Hoe inspireren beide perspectieven elkaar?

Volg verdiepende workshops over de balans tussen de klinische blik en datagedreven beslismodellen, vroege diagnostiek van zeldzame ziekten en waarom mislukken een optie is.

Meer weten en aanmelden: nhgwetenschapsdag.nl

Algemene Ledenvergadering op 23 juni 2022

Op donderdag 23 juni 2022 kijken de Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en de Verenigingsraad van het NHG terug op het afgelopen jaar. Ook is er tijd voor een korte vooruitblik. Laat u bijpraten en zet de datum vast in uw agenda. Alle NHG-leden ontvangen een persoonlijke uitnodiging om deel te nemen aan deze online ALV. Op de agenda staan onder meer de jaarrekening en de diverse jaarverslagen.

De vergadering begint om 19.00 uur.

Geen uitnodiging ontvangen?

U kunt zich aanmelden via secretariaatrvb@nhg.org of nhg.org/agenda.

NHG-CONGRES 2022: KENNIS EN ONTMOETING

Eindelijk, eindelijk... na ruim 2 jaar kon het NHG-Congres doorgaan. Een hybride variant welteverstaan, die zowel online als live in Den Bosch gevolgd kon worden. Helemaal passend bij het thema 'Poten in de klei, kop in de cloud'. Oftewel: hoe gaan we om met de digitale innovaties om ons heen, zonder de kern van ons mooie vak te verliezen? Stiekem maken wij ons daar allemaal weleens zorgen over. Reden te meer om er niet voor weg te lopen, maar juist een duik te nemen in de digitale zee. Surf u met ons mee?

Het live congres begon met het in coronatijden toch zeer gemiste 'koffiechatten'. Wat een geluk om elkaar weer in levenden lijve te kunnen ontmoeten! We blijven toch hoofdzakelijk sociale wezens, iets wat we bij al deze digitale ontwikkelingen in ons achterhoofd kunnen houden.

Flexibel programma

Het programma was vrij flexibel met 3 keynote sprekers en 2 grote sessies (ook te volgen voor de online kijkers) met daarnaast 18 verschillende korte sessies waar je als bezoeker vooraf (of ter plekke) uit kon kiezen. Tussendoor had je de gelegenheid het NHG-Innovatieplein te bezoeken en nieuwe toepassingen uit te proberen. Ook kon je langs het NHG-Ideëentheater gaan, met korte TEDx-praatjes uit het werkveld. En natuurlijk even langs de vele exposanten en de stand van het 65-jarige NHG. Na een verfrissende opening door cabaretduo de Frisblikkers gaf NHG-bestuursvoorzitter Wendy Borneman ons een mooi inkijkje in 65 jaar

tenschap naar de praktijk én een vooruitblik op innovaties binnen onze richtlijnen. Ze benoemde de uitdagingen van deze tijd, waar de wetenschap door sommigen 'ook maar een mening' wordt genoemd en het NHG 3 keer voor de rechter moest verschijnen om zich te verantwoorden over de NHG-Standaard COVID-19. In deze tijd is samenhang extra belangrijk en ze bedankte ons dan ook allemaal voor onze steun aan het NHG.

Digitale huisartsenzorg in de toekomst

Anoeska Mosterdijk, directeur van InEen, trapte als eerste keynote spreker af met een overzicht van de digitale ontwikkelingen en schetste hoe digitale huisartsenzorg er in de toekomst uit kan zien. De eerste grote sessie werd verzorgd door een kwartet aan (huis)artsen met zowel onderzoek, onderwijs als ICT-affiliaties. Ze namen ons mee in de oplossingen die digitale praktijkvoering belooft en brachten ons nieuwe initiatieven op dat gebied. Daarnaast stipten ze



Wendy Borneman, NHG-bestuursvoorzitter



Anoeska Mosterdijk, directeur InEen



Niels Chavannes, voorzitter congrescommissie



Mike Trenell, keynote spreker



Emma Bruns, keynote spreker



het onderwijs over digitale praktijkvoering aan, want hoe krijgen wij dit als huisartsen 'op een makkelijke manier' onder de knie?

Van big data tot slaapproblemen

In de ochtendsessies gingen we vervolgens in kleinere groepen uiteen om ons te verdiepen in 1 of 2 van de 9 aangeboden onderwerpen. We hadden de keuze uit digitale onderwerpen zoals big data en het verwerven van digitale vaardigheden of strikt medisch-inhoudelijke zaken zoals slaapproblemen (tip: kijk eens op slaapstraat.nl) en chronische duizeligheid (tip: denk aan vestibulaire revalidatie, zoek de duizeligheid op!). Na een (voor de meesten) heerlijke vegetarische lunch maakte de tweede keynote spreker professor Mike Trenell van CEO Changing Health uit Engeland indruk met zijn praatje 'Digital health: hope or hype?'. Een natuurlijke verteller, die ons meteen bekende zelf helemaal niet zo digitaal te zijn met zijn gewone horloge, pen en notitieboekje. Hij vertelde ons over de uitdagingen van het bouwen, implementeren en leveren van digitale gezondheidsdiensten op grote schaal. En over de voordelen die dit uiteindelijk toch kan hebben, als je de patiënt en de huidige cultuur maar meeneemt in je beleid.

Thuismonitoring

In de tweede keynotesessie over telemonitoring vertelde een trio uit Leiden en Maastricht over

hun onderzoek en best practises. Thuismonitoring blijkt veel voordelen te hebben en stimuleert de eigen regie van de patiënt. Met 'The Box' kunnen zowel cardiologische poli-patiënten uit het ziekenhuis, als hoogrisicopatiënten voor CVRM in de eerste lijn makkelijk vanuit huis hun metingen doen. De eerste resultaten zijn hoopvol. Ook 'Pyscan' als digitale diagnostiek klonk veelbelovend. Het brengt de psychische klachten van patiënten in kaart en helpt vervolgens het juiste vervolgtraject te kiezen. Tijdens de middag konden we wederom kiezen uit 9 nieuwe korte sessies. De makers van Thuisarts.nl - toch een van de beste ontwikkelingen in huisartsenland tot nu toe - vertelden hoe je als professional optimaal gebruik kunt maken van dit platform. Daarnaast werd ook de ons aller bekende 'inzage in het online dossier' besproken. Want wie of wat wordt daar nu eigenlijk beter van? Verder kon je meedoen aan sessies over eenzaamheid (mooie quote: 'zingeving helpt: daar kan geen internet of wetenschap tegenop'), over digitale sozorg en digitalisering voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden (tip: gebruik de terugvraagmethode).

Wat moet er weg?

Als laatste keynotespreker bleek Emma Bruns, aios chirurgie en publicist, een ware minimalistische verademing. Naast wat er aan digitale ontwikkelingen allemaal *bij* komt, pleitte zij om vooral te

kijken naar wat er *weg* moet. Zéker in ons al (te) volle huisartsenvak. Dus wat kunnen we weglaten? Wat hoeven we niet te publiceren, te onderzoeken en vooral: wat hoeven we niet meer te doen? Concluderend eindigden we de dag een stuk 'digitaal vaardiger' dan we deze begonnen en blijken er vele digitale mogelijkheden te zijn voor de toekomst van de eerste lijn. Wel blijft het van groot belang, om als huisartsen de menselijke maat en het face-to-face contact niet te verliezen. Na het congres met collega's borrelen en ergens uit eten gaan was dan ook de kers op de taart.

Congresinformatie via podcast

Nieuw dit jaar is de **NHG-Congrespodcast**. Via dit medium kunt u alle leerzame presentaties nog eens terugluisteren. Ook handig als u niet op het congres was. In deze podcast passeren alle kernboodschappen en tips uit het NHG-Congres de revue, terwijl u autorijdt of een rondje (hard)loopt. Dat is nog eens efficiënt nascholen! Deze speciale NHG-Congrespodcast is gemaakt door de huisartsen van Huisartspodcast, eveneens bekend van de maandelijkse H&W-podcasts. *De NHG-Congres-podcast vindt u via Spotify of uw favoriete podcastapp (zoek op huisartspodcast).*



Ton Drenthen, tot zijn pensioen in april 2022 programmamanager Thuisarts.nl: 'Een taalambassadeur gebruikte onze spraakknop, die een balk laat meebewegen met de tekst. Hij zei dat hij er beter van leerde lezen.'

Ton Drenthen: 'Ik ben trots op mijn team, dat in korte tijd ingewikkelde richtlijntaal omzet in leesbare patiënteninformatie.'

'THUISARTS.NL WERD IN 10 JAAR STEEDS TOEGANKELIJKER'

Het NHG viert het 65-jarige bestaan en tegelijkertijd bestaat Thuisarts.nl 10 jaar. Twee van de pioniers uit het redactieteam vertellen hoe teksten, afbeeldingen en films tot stand komen.

Hoe werkt de redactie van Thuisarts.nl?

Ton Drenthen, programmamanager Thuisarts.nl: 'Ons redactieteam bestaat uit huisartsen en taalredacteurs. Op basis van herziene richtlijnen gaan we aan de slag met een onderwerp, bijvoorbeeld de NHG-Standaard Acut coronair syndroom. In ons tweeweekelijkse redactieoverleg bespreken we de onderwerpen. Een duo bestaande uit een huisarts- en een taalredacteur, pakt het onderwerp op. Meestal omdat ze er affiniteit mee hebben. Eerst leest de huisarts de richtlijn en bedenkt wat relevant is voor de patiënt. Welke situaties bestaan al op Thuisarts.nl? Wat willen we veranderen? Moeten we paginatitels aanpassen, nieuwe titels toevoegen? De huisarts-redacteur bespreekt dat met de taalredacteur, het duo maakt een werkplan en bespreekt dat in het volgende redactieoverleg. Vervolgens geven de andere Thuisartsredacteurs commentaar.

Het aangepaste werkplan gaat naar de externe redactie van Thuisarts.nl, die bestaat uit een huisarts, patiënten, en een gezondheidsvoorlichter. Met hun feedback gaat het duo schrijven. De huisarts vooral inhoudelijk, de taalredacteur zorgt voor structuur en begrijpelijkheid. Die eerste versie bespreekt het duo weer met de externe redactie. Daarna controleert degene die de richtlijn gemaakt heeft (de informatiebron) of de informatie klopt en of er geen essentiële dingen ontbreken. Het duo maakt de teksten af en zet ze klaar voor online publicatie. Daarna controleert de eindredacteur de structuur en de afbeeldingen. Op de dag dat de richtlijn verschijnt, publiceren wij tegelijkertijd de bijbehorende Thuisarts.nl-pagina's, zodat die via de richtlijnenwebsite meteen beschikbaar zijn.'

Patrick Jansen, hoofdredacteur redactieteam en huisarts: 'We maken ook keuzehulpen, bijvoorbeeld over vragen als: "Moet mijn kind wel trommelvliesbuisjes?" en "Heeft het wel zin om te onderzoeken of ik dementie heb, als er toch geen medicijn is?". Huisartsen hebben die door het NHG erkende, eenduidige patiënteninformatie nodig. Het helpt in het duidelijk kunnen zijn naar je patiënt en om discussies te voorkomen. Dan komen patiënten niet onnodig langs omdat ze bijvoorbeeld een verwijzing willen voor een foto wanneer ze hun teen gestoten hebben. Ziekenhuizen hebben ook brochures, maar die zijn allemaal verschillend. Zij hebben geen richtlijnen zoals het NHG die heeft. Alleen Thuisarts.nl biedt eenduidige, onafhankelijke informatie voor alle patiënten in Nederland, gebaseerd op richtlijnen en doortimmerd in overleg met patiëntenverenigingen. Zo heb ik gemerkt dat patiënten vaak mijn consult afbellen en zelf aan de slag gaan met hun leefstijl sinds we in januari de keuzehulp Maagklachten op Thuisarts.nl gezet. Deze keuzehulp is gebaseerd op een e-learning voor patiënten van MDL-artsen van Radboudumc. We werken ook met focusgroepen. Zo vertelden medewerkers van huisartsenpraktijken in achterstandswijken ons dat Thuisarts.nl te moeilijk is voor hun patiënten. Dat vonden we uiteraard een belangrijk kritiekpunt. En we werken samen met de Federatie Medisch Specialisten om ook relevante informatie uit de tweede lijn beschikbaar te stellen.'

Krijgen jullie reacties van bezoekers van Thuisarts.nl? Welke?

Drenthen: 'Via de reageerknop onderaan elke Thuisarts.nl-pagina krijgen we, op de dagelijks gemiddeld 200.000 unieke bezoekers, 3 à 5 reacties per dag. Daarvan zijn 2 à 3 reacties bruikbaar voor Thuisarts.nl. De rest van de reacties zijn bijvoorbeeld persoonlijke medische vragen, die we natuurlijk niet mogen beantwoorden. De bruikbare reacties zetten we op een lijst voor het redactieoverleg. Zo schreef iemand ons over de adviezen bij brandwonden: "Ik las net op de website van de Nederlandse Brandwonden Stichting een ander advies." Dan kijken we dat



Het redactieteam van Thuisarts.nl. Van linksboven naar rechtsonder: Josher Molendijk, Patrick Jansen, Frank Boersma, Margreet Sangers, Simone van Schip, Mike Jansen, Freya Burgers, Roos de Wit, Annemieke Schaafstra, Lara te Hennepe, Jacqueline Hordijk, Anita Hegeman, Renata Mimpfen, Hermien Vrieze, Marjolein van Lennepe, Ton Drenthen, Jantine Woudstra en Harriët Teijen. Lidy Pols en Bart van den Hoogenhoff ontbreken op de foto.

uiteraard na. Van die online reacties komt 1 op de 5 uit huisartsenpraktijken. Huisartsen vragen meestal om nieuwe onderwerpen, zoals de situatie “Ik heb mijn teen gestoten”. Dat komt erg veel voor, dus huisartsen hebben behoefte aan eenduidige informatie hierover voor hun patiënten. Vaak zijn het onderwerpen waarvoor geen wetenschappelijke onderbouwing is, want anders was er wel een richtlijn voor en dus ook een Thuisarts.nl-pagina. Soms zijn er wel richtlijnen, maar van een andere beroepsgroep. Die organisaties vragen soms of we Thuisarts.nl willen actualiseren met hun nieuwe richtlijn. Zoals over wiegendood of huilbaby's. Dit soort “nieuwe” onderwerpen zijn zeer relevant voor huisartsen. Ze hebben veel behoefte aan goede patiëntinformatie daarover, maar de behoefte is veel groter dan wij nu aankunnen met onze redactie. Toch bespreken we elk onderwerp in de redactievergadering.’

Wat doen jullie met die reacties?

Jansen: ‘De toegankelijkheid van Thuisarts.nl is grondig verbeterd. Sinds 2019 zijn we bezig om alle 1500 Thuisarts.nl-pagina's te controleren op B1-taalniveau en de teksten zijn inmiddels veel beter leesbaar. Dit deden we in samenwerking met Pharos, dat onderzoek deed naar zoekgedrag van laaggeletterden op internet.’

Drenthen: ‘Voor patiënten in achterstandswijken is taalniveau B1 misschien niet geschikt, maar we hanteren B1 omdat dat voor middelbaar en hoger opgeleide patiënten nog goed leesbaar is. Voor iemand die laaggeletterd is, zijn in ieder geval onze 200 films toegankelijk. We streven ernaar om elk jaar 30 extra films erbij te maken. Bovendien heeft elke Thuisarts.nl-pagina inmiddels een spraakknop, zodat je de pagina kunt laten voorlezen. In het Pharos-onderzoek keken er taalambassadeurs

mee, voormalig laaggeletterden. Een van hen klikte op onze spraakknop, die een balk laat meebewegen met de tekst. “Hiervan leer ik beter lezen”, zei hij.

Niet alleen de tekst, ook ons team is diverser geworden. We hebben vorig jaar 2 mannelijke huisartsen als redacteurs erbij gekregen. Nu vormt ons team een betere afspiegeling van de beroepsgroep, met zowel beginnende als ervaren huisarts-redacteurs, zowel praktijkhouders als hidha's en waarnemend huisartsen.

In april ben ik met pensioen gegaan en ik kijk met veel voldoening terug op mijn 10 jaar Thuisarts.nl. Ik ben heel trots op ons goed op elkaar ingespeelde team. Zij zijn in staat om in relatief korte tijd de ingewikkelde richtlijnjentaal te vertalen naar toegankelijke informatie op B1-niveau. Daarmee hebben ze de grote impact van Thuisarts.nl mogelijk gemaakt, met leesbare, eenduidige, onafhankelijke en betrouwbare patiëntinformatie die in een grote behoefte voorziet.’

Fijtje Koets

Enkele keuzehulpen op Thuisarts.nl:

- advance care planning (wensen zorg en behandeling)
- dementie-onderzoek
- keelamandelen weghalen bij kinderen en volwassenen
- maagklachten
- prostaatankertest
- trommelvliesbuisjes kind

Thuisarts.nl innoveert. In een volgend artikel leest u meer over de toekomstplannen.

Patrick Jansen, huisarts en hoofdredacteur redactieteam: ‘Sinds ik verwijs naar de keuzehulp Maagklachten op Thuisarts.nl, bellen sommige patiënten mijn consult af en gaan ze zelf aan de slag met hun leefstijl.’



IN MEMORIAM PROF. DR. HEERT DOKTER

Op 7 maart 2022 overleed prof. dr. Heert Jan Dokter op 96-jarige leeftijd. Heert Dokter was betrokken bij de oprichting van het NHG in 1957, NHG-voorzitter en daarna hoogleraar huisartsgeneeskunde in Rotterdam. Hij is lid van Verdienste van het NHG en erelid van de Vereniging Balint Nederland. De Heert Dokterprijs voor het beste in Huisarts en Wetenschap verschenen Nederlandse onderzoeksartikel, is naar hem vernoemd. Deze prijs werd tot 2019 jaarlijks uitgereikt.



Foto: Margot Scheerder

Heert Dokter was van grote betekenis voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, -opleiding en -nascholing, in zijn pleidooi voor aandacht aan de persoon van de dokter en de interactie met de patiënt.

Hij begon zijn loopbaan als huisarts in Amsterdam in 1957. Het was een van de boeiendste perioden in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, waarin een geheel eigen analyse werd ontwikkeld over ziekte en ziekzijn, de rol van professionele hulp en de taak en functie van de huisarts daarbij. Een analyse die tot de dag van vandaag overeind staat.

Heert Dokter realiseerde zich hoe wankel de positie van de huisarts was, en hoe slecht de door specialisten verzorgde geneeskundeopleiding huisartsen voorbereidde op hun taak om zorg te bieden voor de gezondheid van mensen in de volle breedte. Een patiënt is meer dan een verzameling ziekteverschijnselen, en een huisarts heeft meer te bieden dan alleen biomedische kennis en expertise. Hij voegde zich met een kleine schare koplopers bij de leden van het eerste uur van het in 1957 opgerichte NHG. Hij stortte zich op de vraag hoe meer recht kon worden gedaan aan de gezondheidsbehoeften van mensen zonder zich al teveel te laten remmen

door de maatschappelijke consequenties als haalbaarheid of acceptatie ervan. Daarmee stond hij aan de wieg van de ontwikkeling die de huisartsgeneeskunde vanaf dat moment zou doormaken.

Als student kwam hij in contact met het werk van de Hongaarse psychoanalyticus Balint en diens focus op de mens, de persoon met de ziekte en op de interactie tussen arts en patiënt. De aandacht voor psychische en sociale aspecten van ziekte en ziekzijn, het belang van de arts-patiëntrelatie (in het bijzonder in de continuïteit van zorg die de huisarts biedt): het vormde voor Heert de kern van de huisartsgeneeskunde.

Van 1968-1972 was Heert voorzitter van het NHG. Onder zijn voorzitterschap ging het NHG zich sterker richten op de persoon van de huisarts en zijn/haar rol bij psychische en sociale problemen.

In 1973 volgde zijn benoeming tot hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Ook hier bleef de focus van zijn werk gericht op de persoon van de huisarts en van de patiënt. Hij gaf vorm aan supervisie en begeleidde intervisie van groepen huisartsen in opleiding, verzorgd door gedragswetenschappers en later ook door daartoe opgeleide huisartsen. Hij bleef actief in de Balintbeweging. Hij ging met emeritaat in 1991, maar bleef nog lang met grote interesse de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde volgen.

Met lede ogen moet Heert hebben aangezien hoe in de loop van de jaren 70 de sociale psychiatrie uit beeld verdween. Hoe medische sociologie en psychologie zich bekeerden van het 'duiden van de complexiteit' tot het 'meten is weten', en checklists en vragenlijsten het persoonlijke discours leken te gaan vervangen.

Het is de grote verdienste van Heert Dokter geweest dat hij – tegen de tijdgeest in – heeft weten vast te houden aan zijn focus op de complexiteit van de persoon van de zieke in diens context, en daarin de betekenis van de persoon van de huisarts.

Chris van Weel, Liesbeth van der Jagt