

H&W

Huisarts en Wetenschap

7

juli 2022
jaargang 65



KOPZORGEN

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap



Kopzorgen...

Wat gaat er door uw 'kop' bij het lezen van de titel van dit themanummer? Gaan uw gedachten vooral uit naar uw eigen kopzorgen over de praktijkvoering? Mijmert u over de hoge werkdruk (en heeft u moeite uw kop erbij te houden)? Of denkt u eerder aan de vele patiënten die met 'kopzorgen' bij u op het spreekuur komen, zoals fysieke kwalen in of aan het hoofd, of geestelijke problemen? Iedereen zal zijn eigen gedachten hebben bij dit thema.

Voor als u het geschreven woord graag letterlijk interpreteert: dit themanummer gaat inderdaad over zorgen *over* de kop. Van een gegroefde hoofd huid tot kaakklachten. Maar ook over pijn *in* de kop, zoals bij medicatie-overgebruikshoofdpijn. Dit is het paradoxale fenomeen dat patiënten uiteindelijk meer hoofdpijn krijgen van de medicatie die zij tegen die pijn gebruiken. In een beschouwing hierover vindt u praktische achtergrondinformatie en handvatten voor het begeleiden van patiënten met dit uitdagende ziektebeeld. In een nascholing over langdurige klachten bij niet-aangeboren hersenletsel leest u hoe u als huisarts een belangrijke

signalerende rol kunt hebben.

Maar ook de kopzorgen *van uzelf* komen aan bod. Bijvoorbeeld hoe u met de LEAN-methode de praktijk overzichtelijk en efficiënt kunt indelen. En hoe u kunt omgaan met patiënten met chronische pijnklachten, die steeds weer een appel op u doen.

Voor meer tips om kopzorgen te voorkomen, kunt u het best nog even doorbladeren: is hoofdbescherming bij voetbal een goede preventie tegen dementie? Lukt de anticonceptiepil depressieve gevoelens uit? En kunnen we de kop beschermen tegen de druk om gelukkig te zijn?

Tot slot in dit themanummer een interview met 3 *éminences grises* over de grote vragen des levens: Bert Keijzer, Menno Oosterhof, Dick Swaab. Kopzorgen die ons allemaal weleens bezig hebben gehouden. Wat stuurt ons: ons brein of onze ziel? Zijn dat eigenlijk wel 2 losse entiteiten? Bestaat er zoiets als een vrije wil of is dat een illusie?

Voor de meesten van u lonkt de vakantie! Heerlijk, even geen zorgen aan de kop... ■

Gastredactie themanummer Kopzorgen



Alexandra Bensdorp



Pieter Buis



Kim van Wijck



Richard Starmans



Lisanne Stolwijk



Wetenschap

- 10 Leidt pilgebruik tot depressieve klachten?**
 Het gebruik van hormonale anticonceptiva is gerelateerd aan meer depressieve klachten, vooral bij vrouwen in de adolescentie. Er is echter onvoldoende bewijs voor een causaal verband tussen het pilgebruik en de depressieve klachten. Behandel deze klachten daarom conform de NHG-Standaard Depressie.
- 16 Hoe effectief is gedragstherapie bij ADHD?**
 Er is weinig bewijs voor het effect van gedragstherapie op ADHD-symptomen bij kinderen, maar gedragstherapie voor ouders met kinderen met ADHD kan wel zinvol zijn. Dat geldt vooral wanneer de ouders onzeker zijn over de opvoeding of wanneer het kind zich agressief gedraagt.
- 20 Wat bezorgt ons kopzorgen: moleculen of de geest?**
 Groepsinterview met Bert Keizer, Menno Oosterhoff en Dick Swaab. Zij geven hun filosofische kijk op het brein, de geest en de ziel.
- 24 Empathie: zegen of vloek?**
 Empathie is een sleutelbegrip in de arts-patiëntcommunicatie. Is dat terecht? Dit artikel nodigt u uit om eens kritisch te reflecteren op uw eigen empathische gedrag. Zijn er situaties waarin empathie niet helpt of mogelijk zelfs nadelen heeft?

Praktijk

- 27 Herkennen en behandelen van medicatie-overgebruikshoofdpijn**
- 30 Welke behandelopties zijn er voor alopecia androgenetica?**
- 34 Medische ontwikkelingen bij multiple sclerose**
- 38 Kan een hoortoestel bij presbycusis wachten?**
- 45 Uw diagnose 'Groeven op de hoofdhuid'**
- 45 Uw diagnose 'Vreemde puistjes'**
- 46 Temporomandibulaire disfunctie**
- 50 Het sensitisatiemodel als hulpmiddel bij aanhoudende lichamelijke klachten**
- 55 Ecg-casus 'Het hoofd koel houden'**
- 56 Langetermijngevolgen voor werk van niet-aangeboren hersenletsel**
- 60 Lean werken in de huisartsenpraktijk**
- 64 Hoofdbonken of jactatio capitis**
- 69 Kennistoets 'Hoofdpijn'**



Nieuws

6 Nieuwsberichten



- Artsen met middelenmisbruik: zoek hulp!
- Geluk najagen geeft stress
- Perimenstruele migraine heeft vaker profylaxe
- Meer educatie nodig over invloed leefstijl op dementie
- Voorkomt hoofdbescherming bij voetbal dementie?
- Eigen gebit bevordert gezondheid van 75-plussers

72 Helpen pijnstillende oordruppels bij kind met OMA?

Nieuw onderzoek naar het effect van pijnstillende oordruppels bij kinderen van 1 tot 6 jaar die de huisarts bezoeken met OMA.

75 Effect amfetamines bij volwassenen met ADHD

Het IDEAL-onderzoek moet meer inzicht geven in de effecten die de in Nederland voorgeschreven amfetamines gedurende de dag hebben.

76 Webtip oogartsen.nl

76 Typefout 'Hypoxemie detecteren met de Roth-score'

77 Anti-afbrandboek voor artsen

NHG

70 Nieuwe versie NHG-Standaard De overgang



In de herziene NHG-Standaard De overgang is meer plaats ingeruimd voor hormoontherapie. De werkgroep acht de risico's bij een therapieduur < 5 jaar acceptabel als de vrouw ernstige hinder ondervindt door vasomotorische klachten.

78 Het koesteren van de huisartsenzorg vraagt ook iets van ons

Column van NHG-bestuursvoorzitter Wendy Borneman.

78 Warme huisartsenzorg dicht bij huis

Inleiding bij de brief aan minister Kuipers over de vormgeving van de toekomstige huisartsenzorg.

79 Geachte minister Kuipers

Brief van de academische afdelingen huisartsgeneeskunde en het NHG aan de minister van VWS over de totstandkoming van een Integraal Gezondheidszorg Akkoord.

81 Feest van herkenning? Huisartsgeneeskunde in de VS en NL

Betoog over de ontwikkelingen in de huisartsenzorg, waarbij Henk Schers de vergelijking maakt met de Verenigde Staten.



huisartspodcast.nl/henw

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



www.henw.org

- Moet ik met mijn kind naar de dokter?
- Antistolling bij atriumfibrilleren kan scherper
- Lage onderhoudsdosering nitrofurantoïne voldoet



Artsen met middelenmisbruik: zoek hulp!

Lisanne Stolwijk

Misbruik van middelen komt onder artsen vaker voor dan bij de algemene bevolking. Behalve de effecten daarvan op de gezondheid en de kwaliteit van leven van de arts, kan dit ook invloed hebben op de kwaliteit van zorg. Verslaafde artsen zoeken echter niet snel hulp. Een niet-veroordelende, behulpzame collega blijkt motiverend om de eerste stap te zetten. Dat blijkt uit een onderzoek van het Trimbos-instituut.

Om drempels en motiverende redenen voor het zoeken van hulp bij middelenmisbruik te achterhalen, namen onderzoekers van het Trimbos-instituut een vragenlijst – de hypothetische setting – af bij een panel van artsen. Daarnaast hielden zij semigestructureerde interviews met artsen met middelenmisbruik (arts-patiënten). In totaal vulden 1685 artsen de vragenlijst in (34% huisartsen, 37% specialisten, 28% sociaal-geneeskundigen). De onderzoekers interviewden 10 arts-patiënten (6 alcohol, 2 opiaten, 1 ketamine en 1 nicotine). Zij verkregen aanvullende informatie van 4 naasten en 7 medewerkers die waren betrokken bij de gezondheidsprogramma's voor artsen. Daarbij werden de verwachte belemmerende en bevorderende factoren uitgevraagd op het persoonlijke vlak, in het sociale domein en het professionele domein.

Tweederde van de respondenten verwachtte 1 of meerdere drempels bij het zoeken naar hulp. Zij verwachtten negatieve gevoelens te ervaren (zoals schaamte, angst, onzekerheid) en gevoelens van schuld, falen, machteloosheid en zwakte. Arts-patiënten noemden deze gevoelens vaak in combinatie met de ontkenning van tekenen en symptomen van middelenmisbruik. Daarnaast speelde ook angst voor professionele gevolgen een rol, zoals schorsing of ontslag en melding bij de inspectie. 'Naar je eigen huisarts stappen vanwege middelenmisbruik voelt gênant, je gaat er liever naartoe vanwege een depressie of rugpijn.' Artsen lijken lang uitstelgedrag te vertonen. De gevolgen op professioneel vlak zijn



groot en zij hebben eenvoudig toegang tot diverse middelen. Ondersteuning of confrontatie door de werkomgeving blijkt in deze situatie stimulerend te werken, meer dan vanuit de thuisomgeving. Toch ervaren artsen ook een drempel om te starten met behandeling door een negatief beeld van de gezondheidsprogramma's. Het KNMG richtte 10 jaar geleden het steunpunt ABS-artsen op. Dit steun-

punt is bedoeld voor verslaafde artsen in Nederland en kan motiveren om een behandeling aan te gaan. Bent of kent u een arts met ongezond middelengebruik? Onderneem actie! ■

Geuijen PM, et al. Barriers and facilitators to seek help for substance use disorder among Dutch physicians: a qualitative study. Eur Addict Res 2022;28:23-32.

Geluk najagen geeft stress

Lisanne Stolwijk

Instagram, Facebook, YouTube, TikTok: diverse sociale media waarop we zien hoe gelukkig mensen om ons heen zijn. Maar schijn bedriegt. In zeer gelukkige landen zoals Nederland vermindert de maatschappelijke druk om gelukkig te zijn het psychisch welzijn. Er lijkt weinig ruimte om negatieve gevoelens te ervaren, zoals verdriet, vermoeidheid en angst. Dat blijkt uit een recent internationaal onderzoek.

De Verenigde Naties publiceren jaarlijks de World Happiness Index (WHI). Nederland scoort met plek 5 hoog op deze internationale lijst. Hoe hoger een land scoort op de WHI, hoe meer druk het individu ervaart om gelukkig te

moeten zijn.

De auteurs voerden een cross-cultureel onderzoek uit onder 7443 deelnemers in 40 landen van alle continenten. Zij zochten naar het verband tussen emotionele, cognitieve en klinische indicatoren van welzijn en de maatschappelijke druk om gelukkig te zijn. Gemiddeld werden 186 participanten (SD 129) per land geïncludeerd (median leeftijd 21,8 jaar; 32% man; 7% ongespecificeerd). De meerderheid (88%) volgde een studie psychologie.

De auteurs toetsten 4 welzijnscomponenten. Emotioneel welzijn betrof de frequentie en intensiteit van negatieve en positieve affecten. Cognitief welzijn ging over de vraag of participanten tevreden zijn met het leven (cognitief).

Perimenstruele migraine behoeft vaker profylaxe

Silvan Licher

Aanvallen van migraine komen opvallend vaak voor rondom de menstruatie. Nederlandse onderzoekers toonden recent aan dat aanvallen rondom de menstruatie ernstiger zijn dan aanvallen buiten de menstruatie. Vrouwen met perimenstruele migraine komen daarom mogelijk eerder in aanmerking voor preventieve behandeling dan vrouwen met migraine buiten de menstruatie.

De menstruele periode is de meest voorkomende trigger voor een migraine-aanval bij vrouwen. Het was echter lang onduidelijk of perimenstruele migraine-aanvallen ook ernstiger verlopen en langer aanhouden. Onderzoekers van een tertiair centrum rekruteerden daarom 901 niet-zwangere vrouwen met migraine om een (online) hoofdpijndagboek bij te houden, inclusief hun menstruele cyclus.

Precies 500 deelnemers (gemiddeld 40 jaar) hielden voor ten minste een maand een dagboek bij. Ongeveer de helft van de deelnemers rapporteerde migraine rondom de menstruatie (56%). De mediane duur van een perimenstruele aanval was 20 uur, en daarmee 35% langer dan een aanval buiten de menstruatie (16,1 uur). Perimenstruele hoofdpijnaanvallen waren ook heviger (oddsratio (OR) 1,4; 95%-BI 1,2 tot 1,7) en moesten vaker worden behandeld met triptanen (OR 1,2; 95%-BI 1,1 tot 1,4) dan aanvallen daarbuiten. Bovendien recidiveerden perimenstruele aanvallen vaker (OR 2,4; 95%-BI 2,0 tot 2,9). De prevalentie van het premenstruele syndroom verschilde niet tussen vrouwen met of zonder perimenstruele migraine (20 tegenover 24 vrouwen; $p = 0,27$). Het ontbreken van dit verschil was onverwacht en is waarschijnlijk te

is er ook een verband met frequentere en intensere negatieve emoties, en met meer symptomen van depressie, angst en stress. Voor Nederland op plek 5 in de WHI-lijst is het verband tussen de ervaren maatschappelijke druk om gelukkig te zijn en het psychisch welzijn dubbel zo sterk als voor een land als Uganda, dat op plek 119 staat. Hoewel de geïnccludeerde studenten vanwege hun leeftijd wellicht vatbaarder zijn voor de verwachtingen van anderen dan volwassenen, is het goed om het stigma rondom negatieve emoties in het achterhoofd te houden. Gevoelens als angst, rouw en verdriet zien we wellicht weinig op sociale media, maar horen bij het normale leven. ■

Dejonckheere E, et al. Perceiving societal pressure to be happy is linked to poor well-being, especially in happy nations. Nature 2022;12:1514.

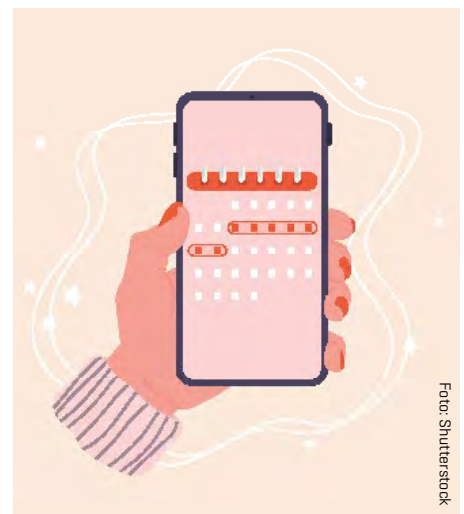


Foto: Shutterstock

verklaren door de relatief kleine power van deze subgroepanalyse. Een andere beperking is dat de terugkeer van migraine beperkt was gedefinieerd, waarbij het effect van andere pijnstilling dan triptanen niet werd meegewogen. Deze bevindingen ondersteunen de waarde van een laagdrempelige profylaxe voor vrouwen met perimenstruele migraine om zo veelvuldig gebruik van triptanen te beperken. Hierbij helpt het ritme van de menstruatie wellicht om de optimale timing en dosering te vinden. ■

Van Casteren DS, et al. Comparing perimenstrual and nonperimenstrual migraine attacks using an e-diary. Neurology 2021;97:e1661-e1671.

**'Cognitieve klachten
bij 69%
van de patiënten met
post-COVID-syndroom'**

Bron: Bosman L, et al. Het post-COVID-syndroom: hoe definiëren we het en hoe vaak komt het voor? Aanhoudende klachten na COVID-19-besmetting. Utrecht: Nivel, 2022.



Foto: Shutterstock

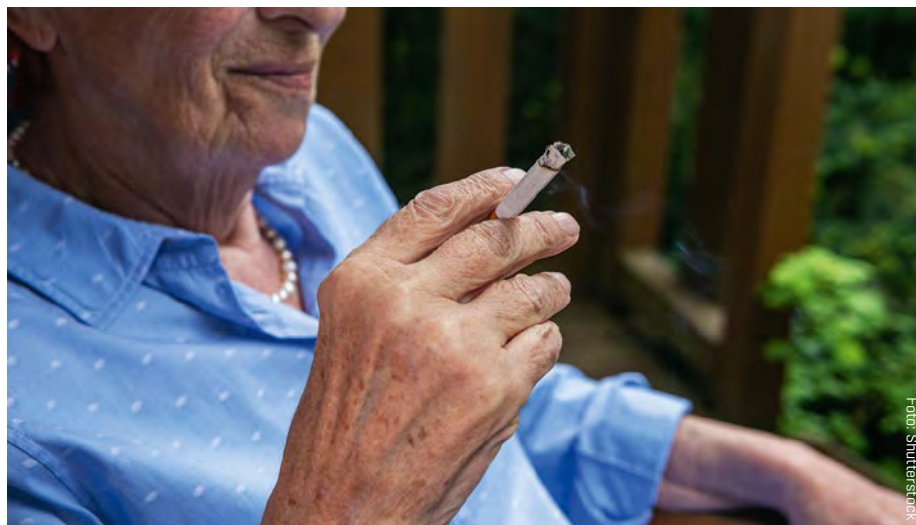
Klinische welzijnsindicatoren betroffen stemmingsklachten op basis van de Depression Anxiety and Stress Scale. Tot slot namen de auteurs de verwachte norm van emoties mee: sociale verwachtingen om je positief en niet negatief te voelen. In alle landen blijkt de sociale druk te bestaan om je positief te voelen en niet negatief. Sterkere gevoelens van sociale druk om blij te zijn – en niet verdrietig – zijn geassocieerd met minder tevredenheid, minder frequente en minder intense positieve momenten. Daarnaast

Meer educatie nodig over invloed leefstijl op dementie

Lisanne Stolwijk

Mensen met een gezonde leefstijl vertra- gen of voorkomen daarmee het ontwik- kelen van dementie. Een open deur? Uit Nederlands populatieonderzoek blijkt dat meer dan de helft van de mensen denkt dat dementie niet te voorkomen valt door gezond te leven. Het hoort 'bij het ouder worden'. Bewustwording dat je zelf invloed kunt uitoefenen op het ontwikkelen van dementie kan patiënten helpen een gezonde leefstijl aan te hou- den. Daarvoor is educatie nodig.

Cognitieve achteruitgang en dementie zijn geassocieerd met risicofactoren en een ongezonde leefstijl, zoals fysieke in- activiteit, roken, hypercholesterolemie en hypertensie. Dat beseft niet iedereen. Een ongezonde leefstijl en een lagere sociaaleconomische status (SES) zijn voorspellers voor de afname van de informatieverwerkingssnelheid en het geheugen. Bij mensen met een lagere SES en een ongezonder leefstijl is er dus ruimte voor verbetering. Op basis van de LIBRA- index (Lifestyle for BRAin health) toets- ten onderzoekers de bewustwording over 12 risicofactoren van dementie onder de algemene bevolking: cognitieve activiteit, fysieke inactiviteit, gezond dieet, depres- sie, roken, diabetes, alcoholgebruik, hy- pertensie, obesitas, hypercholesterolemie, coronaire hartziekte en nierfunctie. Bij een steekproefmeting vulden 590 inwoners van de provincie Limburg (leeftijd 40-75 jaar) een vragenlijst in. Van de respondenten dacht 56% dat er geen relatie bestaat tussen leefstijl en hersengezondheid en dat risicoreductie van dementie niet mogelijk is. Mensen met een laag opleidingsniveau ($p < 0,001$) en een leeftijd boven de 65 jaar ($p < 0,01$) waren zich hier het minst van bewust. Er werd geen verschil gevonden tussen mannen en vrouwen. Van de responden- ten wist 59% niet meer dan 4 van de 12 risicofactoren te identificeren en 12% geen enkele. Cognitieve en fysieke activi-



teit en een gezond dieet werden het meest genoemd, vasculaire factoren het minst. De respondenten noemden als grootste drempel voor een hersengezonde leefstijl een gebrek aan kennis (38-42%), gevolgd door een gebrek aan motivatie (13-17%) en tijd (11-14%). Daarmee lijkt er winst te behalen voor een gezonde leefstijl. Dat kunnen we doen door mensen in de spreekkamer voor te lichten over de

risicofactoren van dementie. Ook voor de overheid ligt hier wellicht een rol. ■

Heger I, et al. Dementia awareness and risk perception in middle-aged and older individuals: baseline results of the Mijn-Breincoach survey on the association between lifestyle and brain health. BMC Public Health 2019;19:678.

Hoofdbescherming bij voetbal om dementie te voorkomen?

Silvan Licher

Neurodegeneratieve aandoeningen zoals dementie komen steeds vaker voor. Ook de aandacht voor preventieve mogelijkheden neemt toe. Uit een Schots populatieonderzoek onder profvoetballers blijkt dat jonge profvoetballers ruim een driemaal hoger risico op dementie hebben dan hun gematchte leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking. Deze bevindingen steunen de voorstanders van hoofdbescherming bij contactsporten zoals voetbal.

Het is al langer bekend dat zwaardere hoofdtrauma's het risico verhogen op neurodegeneratieve aandoeningen zoals dementie, motorneuronziekte (ALS)

en de ziekte van Parkinson. Dat geldt bijvoorbeeld voor voormalige bokkers. Onduidelijk bleef echter of ook lichtere hoofdtrauma's bij (hoofdelijke) contact- sporten leiden tot een hoger risico op neurodegeneratie, zoals bij voetballers. Schotse onderzoekers vergeleken daar- om het risico op neurodegeneratieve aandoeningen onder 7676 jonge prof- voetballers (tussen de 20 en 28 jaar) met dat van 23.028 mannen uit de Schotse algemene bevolking, gematcht op geboortedatum en welvaartsniveau. De onderzoekers maakten hiervoor gebruik van de archieven van voetbalclubs en het Schotse voetbalmuseum, gekoppeld aan gezondheidsgegevens uit elektronische

Eigen gebit bevordert gezondheid van 75-plussers

Kim van Wijck

Verlies van tanden bemoeilijkt voedselinname en daarmee het behoud van een gezond gewicht. Daardoor kunnen ook andere problemen optreden, bijvoorbeeld in de cognitie en sociale interactie. Onlangs werd in een groot onderzoek onder Nederlandse 75-plussers aangetoond dat eigen tanden belangrijk zijn voor het behoud van de algemene gezondheid. Toch is er in de huisartsgeneeskundige ouderenzorg nog weinig aandacht voor mondzorg. Een gemiste kans.

De onderzoekers includeerden 168.122 ouderen, van wie er 143.199 een natuurlijk gebit hadden, 18.420 een conventionele prothese en 6503 een overkappingsprothese op bestaande implantaten. De ouderen met een natuurlijk gebit hadden een significant betere gezondheid na 7 jaar follow-up. Zij hadden minder chronische aandoeningen en gebruikten minder medicatie. De zorgkosten waren bij hen dan ook lager. Nu is het de vraag



Foto: Shutterstock

of ouderen door een natuurlijk gebit een betere gezondheid hebben of dat een van de kenmerken van goede gezondheid bij ouderen is dat zij langer een natuurlijk gebit behouden. Beide zijn waarschijnlijk waar. Wel pleit voor het gezondheids-

bevorderend effect van een natuurlijk gebit de volgende bevinding. Bij de start van het onderzoek was de gezondheid van ouderen met een natuurlijk gebit nagenoeg gelijk aan die van ouderen met een overkappingsprothese. Deze laatste groep ontwikkelde echter na verloop van tijd meer gezondheidsproblemen. Dit pleit voor het gezondheidsbevorderende effect van een natuurlijk gebit. Bovendien blijkt uit dit onderzoek dat ouderen in de loop der tijd steeds minder vaak naar de tandarts gaan, terwijl het bezoek aan de huisarts en specialisten niet afneemt. In het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen is er geen aandacht voor mondzorg, ondanks het belang van tanden voor de algehele gezondheid bij ouderen. De onderzoekers pleiten ervoor dat de zorgprofessionals die ouderen op hun spreekuur krijgen ten minste informeren naar tandheelkundige problemen. Zo kunnen ze helpen adequate mondzorg te stimuleren en wellicht vroegtijdig algehele gezondheidsproblemen te signaleren. ■

gers (HR 4,98; 95%-BI 3,18 tot 7,79) en de meest ervaren spelers (carrière van > 15 jaar) het hoogste risico lopen (HR 5,20; 95%-BI 3,17 tot 8,51). Kanttekeningen bij het onderzoek zijn er ook. Zo ontbreken gegevens over het beoefenen van andere contactsporten bij beide groepen, en was het onbekend of de mannen uit de controlegroep op amateurniveau hebben gevoetbald of niet. Op basis van deze bevindingen lijkt het raadzaam om beducht te zijn op cognitieve veranderingen onder ouderen met een verleden in beroepsmatige (hoofdelijke) contactsport. Ter preventie is voetballen met hoofdbescherming wellicht zo gek nog niet. ■

Russell ER, et al. Association of field position and career length with risk of neurodegenerative disease in male former professional soccer players. JAMA Neurology 2021;78:1057-63.

Bakker MH, et al. General health, health-care costs and dental care use of elderly with a natural dentition, implant-retained overdenture or conventional denture: an 8-year cohort of Dutch elderly (aged 75 and over) BMC Geriatr 2021;21:477.



Foto: Shutterstock

patiëntendossiers. Zij berekenden of het risico is geassocieerd met de positie in het veld (verdedigers koppen vaker een bal) en de lengte van de voetbalcarrière. Na 18 jaar follow-up kregen 386 profvoetballers (5%) en 366 mannen uit de controlegroep (1,6%) de diagnose neurodegeneratieve aandoening (hazard ratio (HR) 3,66; 95%-BI 2,88 tot 4,65), voornamelijk dementie. De invloed van zowel de veldpositie als de carrière duur op deze relatie is groot, waarbij verdedi-

Leidt pilgebruik tot depressieve klachten?

Anouk de Wit, Erik Giltay, Ymkje Anna de Vries, Marrit de Boer, Robert Schoevers, Tineke Oldehinkel

Kunnen hormonale anticonceptiva depressieve klachten veroorzaken? De Wit onderzocht deze vragen in haar proefschrift *Can hormones get you down?* In dit artikel behandelen we deze vragen voor de artsen die het vaakst anticonceptie voorschrijven: huisartsen. We lichten alvast een tip van de sluier op: het anekdotische bewijs voor een effect van pilgebruik op depressieve klachten lijkt sterker dan het wetenschappelijke bewijs.

Hormonale anticonceptiva lijden reputatieschade. De middelen die in de jaren 60 van de vorige eeuw de seksuele revolutie inluiden, hebben anno 2021 te maken met zorgen over mogelijke bijwerkingen. In de media is er veel belangstelling voor vooral de psychische bijwerkingen, zoals depressieve klachten. Is dat terecht?

VOOR- EN NADELEN VAN (HORMONALE) ANTICONCEPTIE

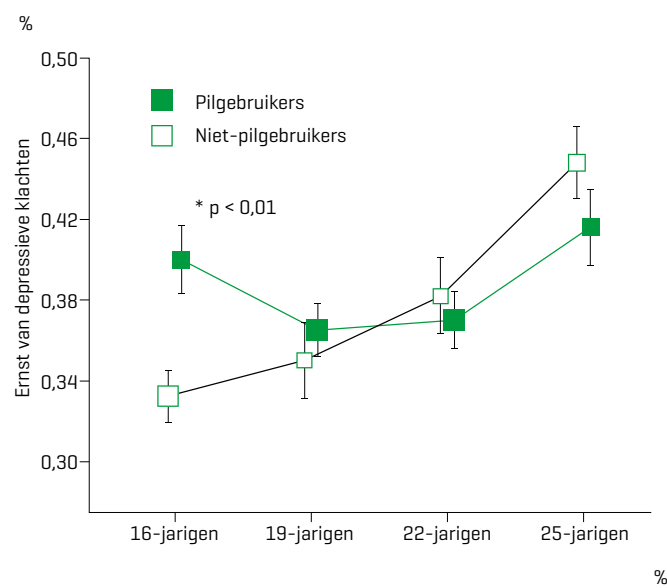
Het gebruik van anticonceptie voorkomt ongewenste zwangerschappen en in het geval van een condoom ook geslachtsziekten. Bij het gebruik van hormonale anticonceptie kan de vrouw bovendien zelf haar cyclus reguleren en zijn de menstruaties bloedingen vaak minder pijnlijk. De hormonen die worden gebruikt bij hormonale anticonceptie kunnen echter ook negatieve effecten hebben. Twee welbekende bijwerkingen van het gebruik van de combinatiepil (verder in dit stuk 'de pil' genoemd) is het licht verhoogde risico op veneuze trombo-embolieën en ischemische hart- en vaatziekten. Daarom is het gebruik hiervan gecontra-indiceerd bij vrouwen die reeds risicofactoren hebben voor de genoemde ziekten (zoals roken of de erfelijke bloedstollingsfactor V Leiden). Een andere veelgehoorde, maar onvoldoende onderbouwde bijwerking is de ontwikkeling van depressieve klachten.

VERBAND TUSSEN PILGEBRUIK EN DEPRESSIEVE KLACHTEN

Jonge gebruikers van hormonale anticonceptiva hebben meer depressieve klachten dan niet-gebruikers. Dit bleek onder andere uit ons onderzoek onder 1010 vrouwen die tussen hun 16e en 25ste levensjaar deelnamen aan het TRAILS-onderzoek (TRacking Adolescents' Individual Lives Survey).¹ Zestienjarigen die de pil gebruikten hadden ongeveer 20% meer depressieve klachten (overeenkomend met 1 of 2 meer depressieve symptomen) dan leeftijdsgenoten die de pil niet

Figuur 1

Depressieve klachten bij pil- en niet-pil-gebruiksters. De vierkanten geven de gemiddelde ernst van depressieve klachten met 1 standaardfout weer. De gegevens zijn gecorrigeerd voor de leeftijd, etniciteit en sociaaleconomische status van de vrouwen. Een hogere score op de verticale as betekent dat er meer depressieve klachten waren.



slikten. Dit verschil in klachten verdween toen deze vrouwen ouder werden: op 19-, 22- en 25-jarige leeftijd hadden pilgebruikers evenveel depressieve klachten als niet-gebruikers [figuur 1]. Ook bleek na analyse van de gegevens van 725 vrouwen uit hetzelfde cohort dat vrouwen die de pil tijdens de adolescentie gebruikten later in het leven een grotere kans hadden op het ontwikkelen van een depressie (vastgesteld met de DSM-IV-criteria) dan vrouwen die dat niet deden (mediane oddsratio [OR]_{mediaan} = 1,41; (OR_{min} = 1,08; OR_{max} = 2,18; p < 0,001).² Deze resultaten komen overeen met die van andere onderzoeken, waaronder een prospectief onderzoek onder > 1 miljoen Deense vrouwen, dat aantoonde dat vooral adolescenten na het starten met hormonale anticonceptiva een groter risico

hebben op het ontwikkelen van een depressie (gediagnosticeerd in de klinische praktijk).^{3,4} Vergeleken met niet-gebruikers hadden adolescente pilgebruikers een relatief risico op een depressie van 1,7 (95%-BI 1,6 tot 1,8).⁵

MOGELIJKE VERKLARINGEN VOOR HET VERBAND

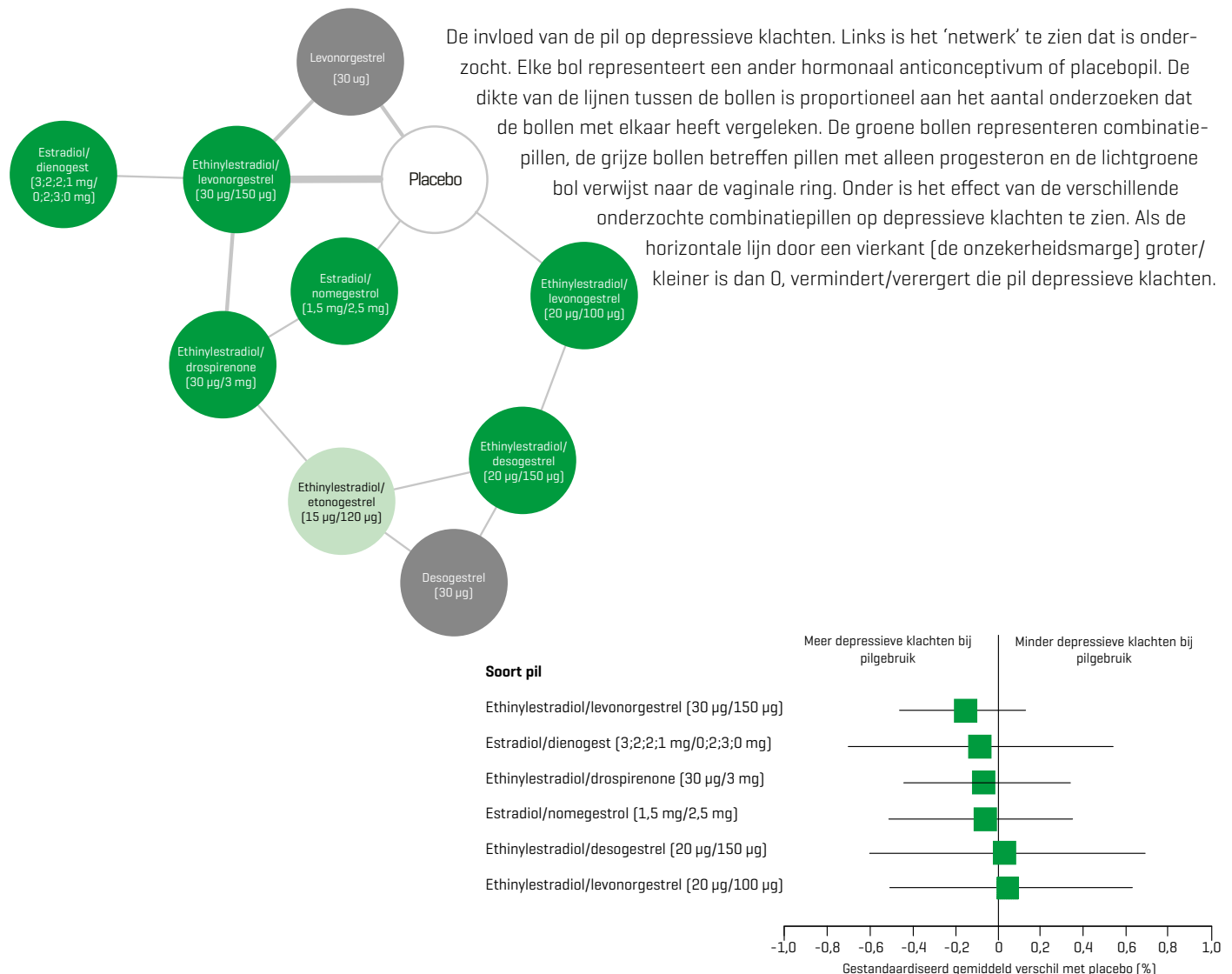
Op basis van de bovenstaande beschreven observationele onderzoeken valt niet te bepalen of het verband tussen het gebruik van hormonale anticonceptiva en depressie oorzakelijk is. Verscheidene theorieën zouden kunnen verklaren waarom hormonale anticonceptiva vooral bij adolescenten samengaan met depressieve klachten. Het is mogelijk dat (synthetische) progesteron en oestrogeen gebieden in de hersenen beïnvloeden die belangrijk zijn voor de emotieregulatie, zoals de amygdala, prefrontale cortex en hippocampus. Deze gebieden zijn gedurende de adolescentie nog volop in ontwikkeling en zijn daarom mogelijk extra gevoelig voor de impact van hormonen.⁶ Bovendien kunnen geslachtshormonen via hun receptoren de genexpressie beïnvloeden en op die manier niet

DE KERN

- Gebruik van hormonale anticonceptiva is gerelateerd aan meer depressieve klachten, vooral bij vrouwen in de adolescentie.
- Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat gebruik van hormonale anticonceptiva depressieve klachten kan veroorzaken.
- De pil is niet effectief in het behandelen van depressieve klachten van vrouwen met het premenstrueel syndroom, maar draagt wel bij aan de vermindering van andere subjectief ervaren klachten.

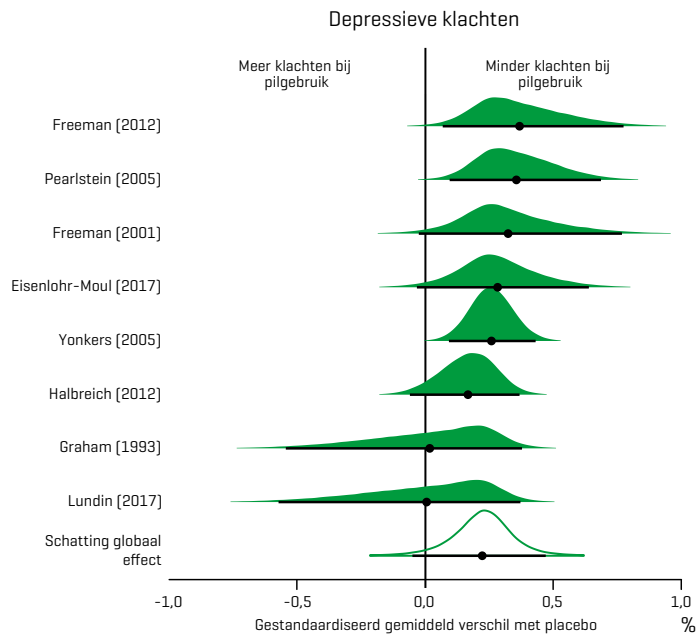
alleen op de korte termijn verandering bewerkstelligen, maar ook langdurige effecten veroorzaken.⁷⁻¹¹ Bedenk echter dat er ook grote verschillen zijn tussen gebruikers en niet-gebruikers van hormonale anticonceptiva, vooral

Figuur 2



Figuur 3

De invloed van pilgebruik op depressieve klachten bij vrouwen met het premenstrueel syndroom of een premenstrueel dysfore stoornis. De figuur geeft per onderzoek weer wat de geschatte kans is op depressieve klachten bij pilgebruik. Onderaan de figuur is de schatting van het globale effect op basis van de erboven getoonde onderzoeken weergegeven.



in de adolescentie, die ook kunnen verklaren waarom gebruikers meer depressieve klachten ervaren dan niet-gebruikers.^{1,2} Zo zijn pilgebruikers vaker seksueel actief, hebben ze gemiddeld een lagere sociaaleconomische status en lijden ze vaker aan dysmenorroe dan niet-pilgebruikers. Al deze factoren kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van depressieve klachten.

VERMOEDELIJK GEEN CAUSAAL VERBAND

Om vast te stellen of het beschreven verband tussen gebruik van hormonale anticonceptiva en depressieve klachten oorzaaklijk is, hebben we gekeken naar de resultaten van gerandomiseerde klinische onderzoeken. Anders dan bij een standaard meta-analyse het geval is, kunnen we bij een netwerkmeta-analyse het relatieve effect van alle middelen ten opzichte van elkaar schatten, ook als deze middelen in de geïncludeerde onderzoeken niet direct met elkaar zijn vergeleken. Zo zijn de effecten van verschillende soorten hormonale anticonceptiva op depressieve klachten te bepalen en zijn ze met elkaar en met de effecten van placebopillen te vergelijken.¹² Zie ook [figuur 2] voor extra uitleg over netwerkmeta-analyse. Deze analyse betrof de gegevens van 12 verschillende onderzoeken waaraan 5833 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 27 jaar deelnamen. Geen van de onderzochte pillen bleek de depressieve klachten van de vrouwen te verergeren (gestan-

daardiseerd gemiddeld verschil: mediaan $-0,04$; bereik $-0,17$ (95%-BI $-0,46$ tot $0,13$) tot $0,13$ (95%-BI $-0,28$ tot $0,56$) [figuur 2]). De kwaliteit van de geanalyseerde onderzoeken liet echter te wensen over, waardoor de bewijskracht van deze onderzoeken laag was. Zo was elk specifiek anticonceptivum maar in 1 of enkele onderzoeken onder de loep genomen en hadden de meeste onderzoeken een kleine steekproefomvang. Bovendien hadden maar een paar onderzoeken vrouwen geïncludeerd die nooit eerder hormonale anticonceptiva hadden gebruikt. Dat is problematisch, omdat op deze manier een steekproef kan zijn ontstaan die a priori al minder gevoelig was voor het ontwikkelen van depressieve klachten als gevolg van pilgebruik (een fenomeen dat ook bekend staat als de *healthy survivor bias*).

KANTTEKENINGEN BIJ ONDERZOEK

Al met al is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat pilgebruik depressieve klachten veroorzaakt. Tegelijkertijd blijkt dat jonge gebruikers van hormonale anticonceptiva meer depressieve klachten ervaren dan niet-gebruikers, wat los van de oorzaak ook klinisch relevant kan zijn. Bovendien zijn er veel kanttekeningen te plaatsen bij de kwaliteit van de randomiseerde klinische onderzoeken die lieten zien dat gebruik van hormonale anticonceptiva niet leidt tot depressieve klachten, onder andere omdat deze vrouwen includeerden die de pil meestal al eerder hadden gebruikt. Om de vraag te beantwoorden of pilgebruik bij jonge vrouwen of bij vrouwen die de pil nog niet eerder hebben gebruikt daadwerkelijk depressieve klachten kan veroorzaken, is meer onderzoek nodig. Zo'n onderzoek vindt idealiter plaats in de eerste lijn. Huisartsen zien immers het hele scala aan vrouwen die op zoek zijn naar anticonceptie en daarom is de kans op een selectiebias gering. Bovendien komen ze ook niet, in tegenstelling tot de farmaceutische industrie, in verleiding om een selecte doelgroep te includeren.^{13,14}

EN VROUWEN MET HET PREMENSTRUEEL SYNDROOM DAN?

Te midden van alle aandacht voor eventuele negatieve gevolgen van hormonale anticonceptiva, is er een kleine groep vrouwen (ongeveer 12%) die mogelijk juist minder psychische klachten ervaren door pilgebruik: vrouwen met het premenstrueel syndroom (PMS). Deze vrouwen ervaren in de week voor de menstruatie lichamelijke en/of emotionele klachten. De helft van hen heeft vooral last van ernstige emotionele klachten, zoals depressieve klachten en prikkelbaarheid, wat dan ook wel premenstrueel dysfore stoornis (PMDD) wordt genoemd. Waarschijnlijk worden de klachten bij deze vrouwen veroorzaakt door een hogere gevoeligheid voor natuurlijke hormoonschommelingen. Omdat pilgebruik deze natuurlijke schommelingen vermindert, wordt de pil vaak ingezet als behandelstrategie wanneer de vrouw ook een anticonceptiewens heeft.

Het bewijs voor de effectiviteit is echter flinterdun. We voerden wederom een netwerkmeta-analyse uit: pilgebruik (vergeleken met een placebo) gaf geen vermindering van de

depressieve klachten van de 1205 onderzochte vrouwen (gemiddelde leeftijd van 32 jaar en PMS of PMDD) [figuur 3].¹⁵ Wel hadden de vrouwen minder andere emotionele en lichamelijke klachten. Het maakte daarbij niet uit welke pil de vrouwen gebruikten.

WENS TOT ANTICONCEPTIE EN ANGST VOOR DEPRESSIEVE KLACHTEN?

Toegang tot veilige en effectieve methoden van anticonceptie is een mensenrecht waar veel vrouwen baat bij hebben.¹ Bij de toepassing hiervan is bij uitstek een rol weggelegd voor de huisarts en is maatwerk vereist. Het gebrek aan bewijs voor een oorzakelijk verband tussen het gebruik van hormonale anticonceptiva en depressieve klachten, én de bijkomstige voordelen van het gebruik op bijvoorbeeld reproductieve autonomie, lijken erop te wijzen dat het niet nodig is om terughoudend te zijn met het voorschrijven van de pil om een eventueel risico op een depressie te verkleinen. Bovendien is op voorhand bij patiënten zonder eerdere ervaringen met pilgebruik niet te voorspellen of en bij wie er bijwerkingen zullen optreden. Hoewel anekdotisch bewijs soms suggereert dat lichtere vormen van de pil minder bijwerkingen geven dan zwaardere, is daar geen wetenschappelijk bewijs voor.¹⁶ Bij angst voor depressieve klachten is er daarom geen reden om af te kijken van het in de huidige richtlijn omschreven voorkeurspreparaat met levonorgestrel 150 microgram en ethinylestradiol 30 microgram, en te gaan voor de lichtere variant met levonorgestrel 100 microgram en ethinylestradiol 20 microgram.

Dit alles laat onverlet dat de aanwezigheid van depressieve klachten, of de klinische diagnose van depressie (majeure depressieve stoornis), een grote impact heeft, ongeacht of deze ontstaan zijn door het gebruik van hormonale anticonceptiva. Daarom adviseren we patiënten en huisartsen, zoals ook de NHG-Standaard Anticonceptie doet, alert te zijn op het ontstaan van depressieve klachten.¹⁶ Wanneer deze zijn ontstaan nadat de vrouw is gestart met hormonale anticonceptiva, in het bijzonder na het eerste gebruik, kunnen we eventueel zoeken naar alternatieve vormen van anticonceptie.¹⁶ Vooralsnog is er dus onvoldoende bewijs voor een causaal verband tussen het pilgebruik en de depressieve klachten. Daarom is het belangrijker om deze klachten, los van het eventuele gebruik van hormonale anticonceptiva, te benaderen conform de NHG-Standaard Depressie, startend met psycho-educatie en dagstructurering, en bij een grotere lijdensdruk ook met psychotherapie of een antidepressivum.¹⁷

Bij vrouwen met PMS lijken de depressieve klachten door pilgebruik niet te verminderen. Daarom zullen voor deze specifieke klachten andere behandelopties overwogen moeten worden. De voorkeursbehandeling van PMS betreft leefstijl-



De hormonen die worden gebruikt bij hormonale anticonceptie kunnen ook negatieve effecten hebben. Foto: Shutterstock

adviezen. Wanneer deze niet afdoende werken, zijn gedurende de luteale fase SSRI's te overwegen, zoals fluoxetine, paroxetine, sertraline, fluvoxamine of citalopram.¹⁸ Wanneer de vrouw ook een anticonceptiewens heeft, kan pilgebruik overigens wel worden ingezet om andere PMS-klachten te verminderen. Het is niet bewezen dat de ene pil effectiever is dan de andere. ■

LITERATUUR

1. De Wit AE, Booij SH, Giltay EJ, Joffe H, Schoevers RA, Oldehinkel AJ. Association of use of oral contraceptives with depressive symptoms among adolescents and young women. *JAMA Psychiatry* 2019;77:52-9.
2. Anderl C, De Wit AE, Giltay EJ, Oldehinkel AJ, Chen FS. Association between adolescent oral contraceptive use and future major depressive disorder: a prospective cohort study. *J Child Psychol Psychiatry* 2022;63:333-41.
3. Anderl C, Li G, Chen FS. Oral contraceptive use in adolescence predicts lasting vulnerability to depression in adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61:148-56.

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

De Wit AE, Giltay EJ, De Vries YA, De Boer MK, Schoevers RA, Oldehinkel AJ. Leidt pilgebruik tot depressieve klachten? *Huisarts Wet* 2022;65(7):10-5. DOI:10.1007/s12445-022-1482-2. UMCG, afdeling Psychiatrie, Groningen: dr. A.E. de Wit, arts en epidemioloog, a.e.de.wit@umcg.nl; prof. dr. R.A. Schoevers, psychiater en epidemioloog. Afdeling ICPE: prof. dr. A.J. Oldehinkel, onderzoeker. LUMC, afdeling Psychiatrie, Leiden: dr. E.J. Giltay, psychiater en epidemioloog. RUG, afdeling Psychologie, Groningen: dr. Y.A. de Vries, postdoc. Synaeda Psycho Medisch Centrum, Leeuwarden: dr. M.K. de Boer, psychiater. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hoe effectief is gedragstherapie bij ADHD?

Viktoria Janke, Glenn Dumont

Bij de behandeling van ADHD is gedragstherapie de behandeling van eerste keuze, vooral bij kinderen en jeugdigen. Voor (gezinnen van) kinderen met ADHD kan gedragstherapie de onderlinge relaties verbeteren en het gezin strategieën bieden om met de symptomen van ADHD om te gaan. Dit zou zowel op medisch als op sociaal vlak verbeteringen teweegbrengen. Voor volwassenen met ADHD is cognitieve gedragstherapie beschikbaar, die de patiënt niet alleen helpt om met de symptomen om te gaan, maar ook helpt compenseren voor functionele beperkingen.

Ongeveer 1 op de 20 kinderen in Nederland heeft een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD).^{1,2} Tot vrij kort werd aangenomen dat ADHD alleen bij kinderen voorkwam en dus na het volwassen worden zou verdwijnen. Dat is niet zo, want ongeveer de helft van alle patiënten heeft later in het leven nog steeds last van ADHD-symptomen.³ De prevalentie van ADHD bij volwassenen ligt op 2-3%.^{2,4} Tot de symptomen van ADHD behoren moeite hebben met het vasthouden van aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit.⁵ Door onrust en concentratieproblemen presteren mensen met ADHD vaak minder op school en/of op het werk.⁶ Daarnaast hebben gezinnen met kinderen met ADHD vaker problemen

‘Bij volwassenen met ADHD is cognitieve gedragstherapie duidelijk effectief’

binnen de gezinsstructuur en is de ouder-kindhechting verstoord.⁷ Ongeveer de helft van de kinderen met ADHD heeft een comorbide oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, die dikwijls tot bijkomende gedragsproblemen leidt.⁸ Kinderen en adolescenten met ADHD krijgen vaker een ongeluk en lopen een hoger risico op een ziekenhuisopname.⁹ Adolescenten met ADHD vertonen vaker seksueel risicovol gedrag en hebben een grotere kans op tienerzwangerschappen.^{10,11} Ook zijn

CASUS: EEN JONGEN MET ADHD

Tim is 8 jaar oud en heeft vaak ruzie met zijn ouders. Hij vindt huiswerk maken heel saai en doet dat eigenlijk nooit. Zijn ouders gaan met Tim naar de huisarts. Die concludeert dat Tim ADHD heeft. Omdat Tims ouders stress ervaren en onzeker zijn over hoe zij het best met Tim kunnen omgaan, beveelt de huisarts gedragstherapie aan. Wekelijks gaan Tims ouders naar de gedragstherapeut en soms gaat Tim ook mee. Hierna veranderen een paar dingen in het leven van Tim. Zijn vader vraagt hem nu om iedere dag op hetzelfde tijdstip zijn huiswerk te doen. Hoewel hij het slecht deed op zijn laatste rekentoets zijn Tims ouders niet boos, maar laten ze merken erg trots te zijn op zijn goede cijfer voor gym. Tim heeft niet meer het gevoel altijd alles fout te doen.

patiënten met ADHD, onder andere door impulsiviteit, kwetsbaarder voor middelenverslaving.¹² Op volwassen leeftijd hebben patiënten vaker kortdurende en snel wisselende romantische relaties en rapporteren ze meer relatieproblemen.^{13,14} De huisarts kan de behandeling van 6- tot 18-jarigen met ADHD met eenvoudige problematiek begeleiden.¹⁵ Patiënten jonger dan 6 jaar of volwassenen, en patiënten met ernstige/ complexe problematiek of comorbiditeit moeten worden doorverwezen naar de tweede lijn.¹⁵ Hierbij kunnen wachtlijsten ontstaan, die samenhangen met de capaciteit van het behandelcentrum en het aantal patiënten dat op een plek wacht. Er bestaat geen NHG-Standaard voor de behandeling van volwassenen met ADHD. Wel behandelt het *NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie* het monitoren van de medicatie van volwassen ADHD-patiënten en publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in 2015 de richtlijn ADHD bij volwassenen.^{16,17} De NHG-Standaard ADHD bij kinderen noemt als eerste behandelkeuze voorlichting en gedragstherapie [tabel]. Wanneer deze onvoldoende effectief blijken, valt medicatie te overwegen.¹⁵ Medicatie voor ADHD is erg effectief: methylfenidaat en dexamfetamine werken bij 70% van alle patiënten.¹⁸⁻²⁰ Daarnaast werkt medicatie snel en is deze relatief goedkoop.

Hoewel de NHG-Standaard en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie als eerste keuze gedragstherapie noemen, wordt deze interventie lang niet altijd ook daadwerkelijk (als eerste) ingezet.^{15,21} Waarschijnlijk komt dat door de praktische voordelen die medicijnen hebben: ze hebben snel effect en zijn goedkoop, en er zijn geen wachtlijsten. We gaan hier dieper in op de evidentie en toepassing van gedragstherapie bij ADHD.

(COGNITIEVE) GEDRAGSTHERAPIE BIJ ADHD

De inhoud en opbouw van (cognitieve) gedragstherapie verschillen voor kinderen, adolescenten en volwassenen. Hoewel de NHG-Standaard ADHD bij kinderen gedragstherapie voor kinderen met ADHD wel noemt, blijkt dat gedragstherapie voor kinderen tussen de 6 en 12 jaar niet effectief is.²² Wanneer wel voor gedragstherapie wordt gekozen, is deze gericht op de ouders.^{22,23} Ook training voor leraren is mogelijk en zinvol. Bij de oudertraining leren ouders om moeilijke situaties met het kind op te lossen, zodat frustratie en wrijving in hun relatie afnemen. Dit kan door positief gedrag van het kind te belonen en gepast op negatief gedrag te reageren.²⁴ Ouders leren op negatief gedrag te anticiperen en van tevoren te bedenken hoe ze erop willen reageren.²⁴ Wanneer mogelijk kan ook de omgeving worden aangepast om negatieve of afleidende stimuli te reduceren.²⁴ In het dagelijkse leven wordt structuur gebracht en gehandhaafd.²⁴ De leraartraining gaat uit van dezelfde principes en richt zich daarnaast op het ontwikkelen van een goede samenwerking tussen de ouders en de school. De ouder-/leraartraining wordt aangeboden door de Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg.¹⁵ Daarnaast kan ook een POH-ggz Jeugd de training geven.¹⁵

Vanaf 12 jaar kan ook cognitieve gedragstherapie (CGT) voor de adolescent zelf overwogen worden, mogelijk in combinatie met oudertraining.²² Voor CGT bij volwassenen met ADHD moet naar de specialistische ggz worden verwezen. Bij volwassenen met ADHD richt CGT zich altijd op de patiënt zelf. Gemiddeld bestaat een therapie uit 8 tot 17 sessies.^{23,25} De patiënt volgt wekelijks een sessie en wordt gevraagd om de geleerde strategieën in de tussentijd in het eigen leven te implementeren en te oefenen.

Veel volwassenen met ADHD hebben hun leven lang met niet-herkende symptomen geleefd. Daardoor heeft de patiënt vaak jarenlang problemen op school, op het werk en in de sociale omgeving.^{26,27} De patiënt is gewend op allerlei gebieden te falen en verwacht ook geen andere uitkomsten meer.²⁸ Deze faalervaringen leiden vaak tot negatieve, disfunctionele gedachten, zoals 'Het gaat mij nooit lukken'. Die

DE KERN

- Er bestaat weinig [kwalitatief hoogwaardig] bewijs voor het effect van gedragstherapie op ADHD-symptomen bij kinderen.
- Gedragstherapie voor ouders met kinderen met ADHD is zinvol wanneer de ouders onzeker zijn over de opvoeding of wanneer het kind zich agressief gedraagt.
- Bij adolescenten en volwassenen met ADHD kan cognitieve gedragstherapie ADHD-symptomen verminderen.
- Op de korte termijn is niet aangetoond dat CGT voor volwassenen met ADHD de kwaliteit van leven kan verbeteren. Voor de lange termijn wordt dit nog onderzocht.

kunnen op hun beurt leiden tot angst- en depressieklachten, een lage eigenwaarde en minder vertrouwen in de eigen vaardigheden. Tijdens de CGT-sessies worden de negatieve, automatische gedachten van de patiënt met de therapeut besproken. Dit gebeurt bijvoorbeeld via een gedachteschema, waarbij de patiënt gestructureerd bedenkt welke gevoelens en gedragingen bepaalde situaties opwekken. De patiënt kiest de 'belangrijkste automatische negatieve gedachte', afgekort BANG. Argumenten voor en tegen de BANG worden afgewogen, om realistischere, minder negatieve gedachten te formuleren.²⁹

Daarnaast leert de patiënt strategieën, zoals het gebruik van een agendalist, een notitieboek of -app, of het bedenken van ezelsbruggetjes, om bijvoorbeeld sleutels of de mobiele telefoon niet te vergeten mee te nemen. Tijdens CGT helpt de therapeut de patiënt om de strategieën daadwerkelijk in het dagelijks leven te implementeren. Doordat de therapeut meedenkt en de strategie elke week wordt geëvalueerd en aangepast, kan het gebruik ervan worden geautomatiseerd. Dit betekent dus ook dat de effecten van CGT pas op de langere termijn zichtbaar worden.

Tabel 1

Overzicht van gedragstherapeutische interventies bij ADHD per leeftijdsgroep

Leeftijdsgroep	Type gedragstherapie	Behandeling door	Voornamelijk effect op
< 6 jaar	Oudertraining kan overwogen worden	Specialistische ggz	Comorbiditeit: oppositiek opstandige gedragsstoornis, ouderlijke stress of onzekerheid bij de opvoeding
6-12 jaar	Oudertraining, leraartraining	Huisarts, POH-ggz Jeugd, Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg	Comorbiditeit: oppositiek opstandige gedragsstoornis, ouderlijke stress of onzekerheid bij de opvoeding
12-18 jaar	Oudertraining, leraartraining, ook cognitieve gedragstherapie voor de patiënt mogelijk	Huisarts, POH-ggz Jeugd, Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg	Comorbiditeit: oppositiek opstandige gedragsstoornis, ouderlijke stress of onzekerheid bij de opvoeding

is, zijn er geen RCT's die het effect van CGT zonder medicatie op de kwaliteit van leven hebben gemeten.

Het onderzoek van onze groep is voor zover wij weten het grootste onderzoek dat de kwaliteit van leven heeft gemeten na een behandeling met medicatie plus CGT.³⁹ De helft van de deelnemers (n = 280) volgde een CGT-programma met een duur van 3 maanden in combinatie met medicatie. De controlegroep (n = 265) gebruikte alleen medicatie. Anders dan verwacht vonden we geen verbetering in kwaliteit van leven bij de combinatie van medicatie en CGT. Deze patiënten werden direct na de behandeling naar hun kwaliteit van leven gevraagd en mogelijk hebben de CGT-effecten na de behandeling meer tijd nodig om te bestendigen. Om de langetermijneffectiviteit van CGT in kaart te brengen zullen we de kwaliteit van leven van dezelfde patiëntengroep, nu 4 tot 8 jaar later, opnieuw onderzoeken.

CONCLUSIE

Gedragstherapie bij kinderen met ADHD lijkt relatief weinig effect te hebben op de ADHD-symptomen, waarschijnlijk omdat deze behandeling zich vooral richt op de ouders van deze kinderen. Bij volwassenen met ADHD is CGT duidelijk effectief. Aangezien gedragstherapie betrokken en gemotiveerde patiënten en ouders vereist voor het aanleren van nieuwe structuren en het implementeren daarvan in het eigen leven, speelt de motivatie van de patiënt in de keuze voor of tegen CGT een belangrijke rol. De uiteindelijke keuze voor gedragstherapie dient met oog voor de context van de patiënt te worden gemaakt. ■

LITERATUUR

1. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2:104-13.
2. Tuithof M, Ten Have M, Van Dorsselaer S, De Graaf R. ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
3. Lara C, Fayyad J, De Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 2009;65:46-54.
4. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009;194:204-11.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013.
6. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Hynes ME. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1222-7.
7. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001;4:183-207.
8. Wat is ADHD: comorbiditeit. Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. 2017. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/adhd/wat-is-adhd/adhd-comorbiditeit/>. Geraadpleegd op 26 juli 2021.
9. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien P. Use and costs of medical care for children and adolescent with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 2001;285:60-6.
10. Spiegel T, Pollak Y. Attention deficit/hyperactivity disorder and increased engagement in sexual risk-taking behavior: the role of benefit perception. *Front Psychol* 2019;10:1-8.

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

Janke VC, Dumont GJH. Hoe effectief is gedragstherapie bij ADHD? *Huisarts Wet* 2022;65(7):16-9. DOI:10.1007/s12445-022-1493-z. ADHDcentraal, afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nieuwegein: V.C. Janke, junior onderzoeker, viktoriajanke@adhdcentraal.nl; Amsterdam UMC, locatie AMC, Klinische farmacologie, Amsterdam: dr. G.J.H. Dumont, universitair hoofddocent. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Podcastmaker en huisarts Femke Veldman (linksvoor) en H&W-redactielid Kim van Wijck (links midden) interviewden Dick Swaab (rechtsvoor), Menno Oosterhoff (rechtsachter) en Bert Keizer (linksachter).

Foto's: Margot Scheerder

Wat bezorgt ons kopzorgen: moleculen of de geest?

Patrick Marx, Femke Veldman, Kim van Wijck



Ons brein of onze geest, welke van beide drijft ons? Bert Keizer, Menno Oosterhoff en Dick Swaab geven hun filosofische kijk op het brein, de geest en de ziel. Ze eindigen in de spreekkamer.

‘Een podcast met 3 eigenwijze mannen, dat is geen goed idee’, zegt neurobioloog Dick Swaab. Psychiater Menno Oosterhoff reageert terwijl hij naar tafelgenoot verpleeghuisarts Bert Keizer wijst: ‘Wij zijn niet eigenwijs!’ De toon is gezet voor dit amicale maar ook serieuze gesprek. De artsen praten, zoals Swaab dat ooit zei: ‘Niet om gelijk te krijgen, maar voor het intellectuele plezier van een goede discussie.’

Moleculen en emoties

Gespreksleiders en huisartsen Femke Veldman en Kim van Wijck stellen de 3 mannen vragen. Om te beginnen: ‘Waar blijft de ziel, of zijn wij, ons brein, niks meer dan moleculen?’

Swaab bijt het spits af: ‘Onze beleving komt voort uit ons brein, het is het resultaat van neuronale activiteit. Wat wij voelen, voelt ons neuronale netwerk.’ Keizer voegt toe: ‘Stel, ik kijk heel boos naar een stuk ijzer, het gaat daarvoor niet sneller roesten. Maar, in ons brein gebeurt dit wel. Ik kan mijn gedachten overbrengen op anderen door te praten. We kunnen niet tegelijkertijd naar de moleculen en de emoties kijken en toch komen ze altijd samen voor, zonder brein geen gevoelens.’

‘Als je stelt dat we ons brein zijn, dan ga je ervan uit dat onze beleving rechtstreeks voortkomt uit chemische interacties’, reageert Oosterhoff. ‘Maar, volgens Bert is er wel degelijk een geestelijke wereld die voortkomt uit de stof, maar ophoudt zodra de stof ophoudt.’ Keizer: ‘Dat is een feit, in alle ernst, heb je ooit gesproken met een lijk? Ik heb nog nooit geestelijk leven in dode of comateuze hersenen gezien.’ Oosterhoff: ‘Ja, een lijk is een lijk want de geest ging terug naar God.’

Oosterhoff: ‘Dan kun je ook zeggen dat ik een zak moleculen ben die praat tegen 2 andere zakken moleculen.’

Veldman confronteert de artsen met een citaat van Swaab: ‘Ik heb nog geen goede argumenten gehoord tegen mijn simpele conclusie dat de “geest” het resultaat is van het functioneren van onze 100 miljard hersencellen, en de “ziel” een misverstand.’ Keizer: ‘Natuurlijk is dat zo, we zien het gebeuren, maar we begrijpen het niet. Onze geest is het resultaat van ons brein. Een kapot brein leidt tot een kapotte geest.’

‘De vraag is of moleculen alles zijn’, zegt Oosterhoff. ‘Als we kijken naar iets geels, dan komen er fotonen in onze ogen, die veroorzaken een actiepotentiaal in het netvlies waardoor neuronen in onze optische schors vuren wat leidt tot de geestelijke beleving “geel”. Ik vind dit geen bevredigende verklaring. Dan kun je ook zeggen dat ik een zak moleculen ben die praat tegen 2 andere zakken moleculen.’

‘Ik kan je wel uitleggen wat je dwarszit’, vervolgt Swaab. ‘Dat is je gelovige opvoeding. Deze laat zien hoe het brein zich ontwikkelt onder invloed van de omgeving. Je bent religieus, omdat je in een religieuze omgeving opgroeide. Jouw ongemakkelijke gevoelens laten zien hoe sterk je religie geprogrammeerd is.’ Oosterhoff: ‘Dat is een sterk argument voor jouw visie, want mensen die niet gelovig zijn opgevoed, zullen het later ook niet meer worden. Wat me toch dwarszit, is dat je beleving reduceert tot stof. Dat vind ik een armzalige verklaring. Ons brein is zo complex dat ik er religieus van word.’

Keizer vat de discussie tot nu toe samen: ‘Er zijn 2 kernvragen. De eerste is hoe ontstond het leven. We bijten ons vast in deze vraag, want als het ons niet lukt deze te beantwoorden in termen van onze natuurwetten, dan zitten we weer bij God op schoot. Tegelijkertijd begrijpen we niet waarom er 1 levensvorm is die om zich heen kijkt, zich op de kop krabt en zegt “Shit, wat is dit?” Het Christendom beschrijft dat God het leven creëerde

en de mens volgoot met bewustzijn. Lange tijd was dat het antwoord, maar tegenwoordig zijn beide vragen er opnieuw.’

Waar is de ziel?

Veldman citeert Keizer: ‘De ziel zit in het lichaam zoals de medaille in de benen van een olympisch atleet, zoals het venijn in de staart en zoals de stemming in een feestje zit. En als de stemming eruit is, heeft het geen zin om buiten te gaan kijken waar hij is gebleven.’ Keizer: ‘Het is heel verraderlijk vast te houden aan het idee dat de ziel in het lichaam zit, want dan komt vanzelf de vraag: waar dan? Deze verwarring hebben we al eeuwen. Wat er in zit kan er ook uit in de zin van fysiek het lichaam verlaten naar de hemel. In die zin bestaat de ziel “in” het lichaam niet.’ Oosterhoff: ‘We zijn nu in gesprek, dat wijst toch op een ziel?’ Keizer: ‘Zeker, we zijn 3 zielen die communiceren, maar na onze dood zijn ze weg.’ Swaab: ‘Nu is de verwarring compleet, praten we over de geest of de ziel?’ Keizer: ‘De geest is het overkoepelende begrip, de ziel een tuintje in de geest.’ Swaab: ‘Een vergistuintje want na de dood gaat deze nergens heen.’ Keizer: ‘Inderdaad.’ Toch is Oosterhoff niet overtuigd. Om de link tussen ziel en brein te leggen, bedacht hij de term hersenist. ‘De hersenist bespeelt de zenuwen zoals de violist de viool. De muziek die er uit voortkomt is de ziel. De hersenist vertegenwoordigt mijn vrije wil.’ Keizer: ‘Kun je me een voorbeeld noemen waaruit we het bestaan van de hersenist kunnen afleiden?’ Oosterhoff met een glas water in zijn handen: ‘Ik kan besluiten of ik dit glas tegen je hoofd gooi of niet. Ik heb het gevoel dat ik beslis.’ Keizer: ‘Wat je beschrijft, is een reeks geestelijke gebeurtenissen waarvan we het neurologische correlaat kunnen laten zien. We zullen daarin niet stuiten op een onverklaarbare onderbreking van de causale keten die op een hersenist zou kunnen wijzen.’ Oosterhoff: ‘Ik weet ook niet hoe de geestelijke wereld zich verhoudt tot de natuurwetten en ik ben niet geneigd te denken dat ik de natuurwetten naar mijn hand kan zetten.’

Keizer: ‘De vrije wil is als een bananenschil waarop menig filosoof uitgled’

Bestaat de vrije wil?

Keizer: ‘De vrije wil is als een bananenschil waarop menig filosoof uitgled. Het is een idee dat in ons geweten is geïmplementeerd. Zelfs bij primaten is het aanwezig. De chimpansee die volledig zijn gang gaat, zonder acht

te slaan op de groep, houdt het hooguit 10 minuten vol. We conformeren onze vrije wil aan de groep en toch hebben we bewegingsruimte binnen die groepsdruk. Een chimpansee die een banaan ziet, zal deze verstopten om die later alleen op te

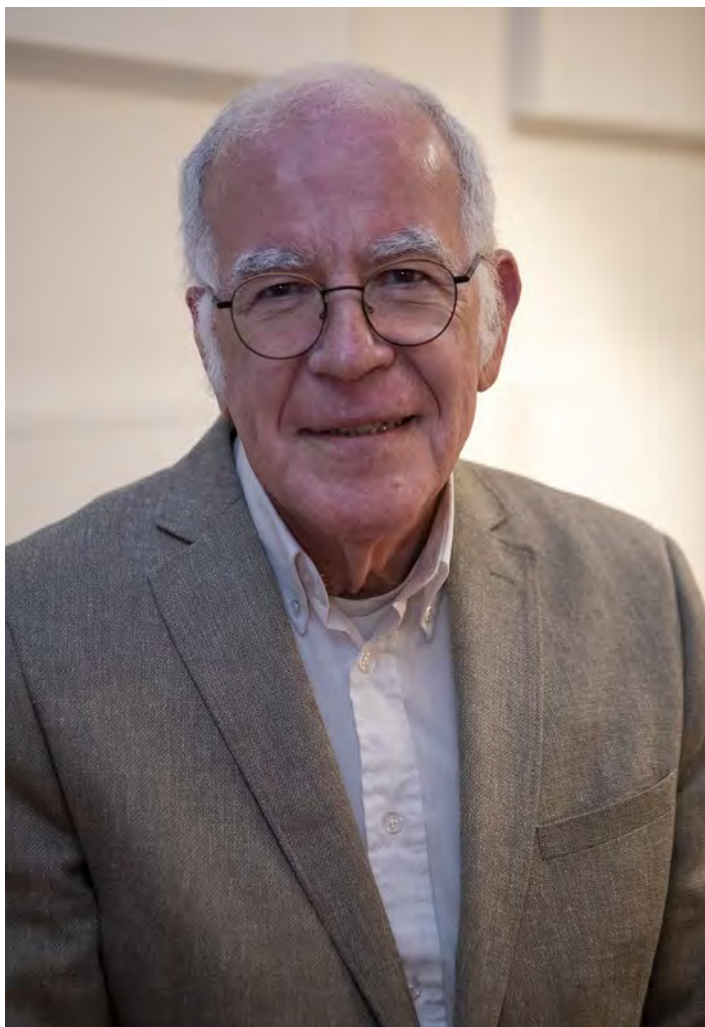
Swaab: 'Onze maatschappij stelt een duidelijke grens aan de vrije wil'

kunnen eten.' Swaab: 'Onze maatschappij stelt een duidelijke grens aan de vrije wil, je mag niets doen wat die maatschappij schade toebrengt.'

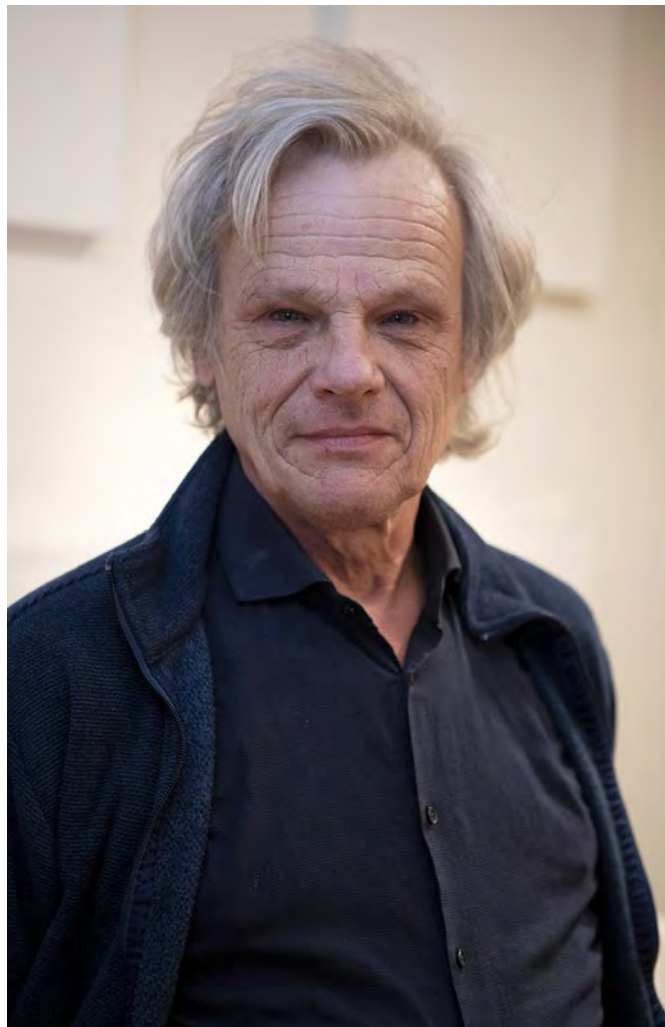
Naast maatschappelijke inperkingen van de vrije wil, zijn er ook biologische, vastgelegd in ons DNA en de vroege ontwikkeling van ons brein. Swaab: 'Je kunt vandaag niet besluiten

dat je geaardheid anders is dan gisteren. Als je een plezierig leven wilt leiden, dan moet je je vrije wil aanpassen aan de manier waarop je brein tot ontwikkeling kwam.'

Keizer: 'In theorie kun je van elk boomblad voorspellen naar welke kant de wind het beweegt. Maar het is nooit iemand gelukt om dit te doen. Hetzelfde geldt voor de triljoen connecties tussen onze neuronen. Ik had op weg naar dit interview kunnen besluiten niet te komen. Dan was er in mijn brein iets gebeurd waardoor ik besloot om te keren. Ik weet echter niet wat er dan gebeurt. Niemand vraagt zich af wat de neuronen aan het doen zijn.' Swaab illustreert de stelling van Keizer: 'Als je iemand in een MRI-scanner een simpele keuze voorlegt, links of rechts, dan kun je enkele seconden voordat de persoon de keuze maakt al uit de hersenactiviteit afleiden of het links of rechts zal zijn zonder dat de proefpersoon denkt niet zelf te beslissen. De vrije wil is dus een illusie. Het is wel een plezierige illusie, want als je deze mist dan krijg je het idee dat iemand van buitenaf je brein bestuurt. Dat is een enorm



Dick Swaab is arts, emeritus hoogleraar neurobiologie en auteur van onder andere *Wij zijn ons brein*. Hij was een van de eerste coassistenten huisartsgeneeskunde. In 1972 publiceerde hij de resultaten van een enquête over de coassistent bij de huisarts in H&W.



Menno Oosterhoff is psychiater, ervaringsdeskundige en auteur van onder andere *Vals alarm* en zijn nieuwste boek *Maar ik zie anders niks aan je*. Hij pleit voor meer begrip en empathie voor mensen met een psychiatrische aandoening.

beangstigende situatie die je terugziet bij mensen met schizofrenie.'

Epidemie

Van Wijck leidt het gesprek richting spreekkamer: 'We zien nu een epidemie aan psychische klachten, zijn we het lijden verleerd of beginnen we het eindelijk te erkennen?' Oosterhoff: 'Door onze welvaart kunnen we ons betere zorg permitteren dan 100 jaar geleden. Er is dus geen epidemie, maar meer erkenning en daardoor een toename in hulpvragen. Het gaat niet helpen om dan te zeggen dat we het lijden verleerd zijn. Dat trekken patiënten zich enorm aan.'

Van Wijck vraagt verder: 'Moeten we al het psychisch lijden wel behandelen?' Oosterhoff: 'Hoe barmhartig willen we zijn? In 1850 werden psychiatrische patiënten nog op de kermis tentoongesteld. Later gingen we spreken over aparte ziektes van de ziel en de zenuwen. Dat was desastreus voor een goed begrip van psychiatrische aandoeningen. Zonder zenuwen



Bert Keizer is verpleeghuisarts, filosoof, columnist in Medisch Contact en Trouw en auteur van meerdere boeken waaronder *Waar blijft de ziel*.

immers geen ziel. We zijn inmiddels barmhartiger.'
Swaab: 'Toen ik 25 jaar geleden in China werkte, kenden ze daar veel psychiatrische ziektebeelden niet. Nu er meer welvaart is, zie je dat de prevalentie gelijk is aan die bij ons.'
Keizer: 'Fietsen kun je verleren, schaatsen misschien ook, maar ik kan je één ding zeggen: lijden verloor je nooit.'

Aanpak in de spreekkamer

Tot slot krijgen de heren ieder een fictieve casus voorgelegd met de vraag hoe zij het gesprek aan zouden gaan in de spreekkamer.

Voor Keizer: Een man van 73 jaar met gemetastaseerde prostaatkanker besluit zijn behandeling te staken, maar voelt zich somber door zijn besluit. 'In mijn ervaring groeien mensen vrij snel over hun verzet tegen de naderende dood heen. Zeker als ze steun uit hun omgeving krijgen. Het helpt om huiswerk te maken over je leven. Het is verbazend om te zien hoeveel mensen dan het gevoel hebben dat ze een goed leven hebben gehad. Ik zou geen antidepressiva voorschrijven, behalve als de patiënt er zelf van overtuigd is dat het helpt. Dan schrijf ik ze voor om de kracht van de placebo.'

De casus voor Oosterhoff: Een 30-jarige vrouw voelt zich beperkt door haar sociale fobie. Ze baalt ervan dat ze het probleem niet zelf kan oplossen en voelt zich schuldig naar haar gezin en collega's. Oosterhoff: 'Ik zou haar duidelijk maken dat ze haar klachten net zomin onder controle heeft als haar schildklierfunctie die we ook niet naar believen kunnen regelen. Ze heeft een ziekte en die kun je behandelen met gedragstherapie en/of medicatie. Op medicatie heerst nog een taboe, want je moet als patiënt toch zeker de wil hebben het zelf op te lossen. In die gedachte zit het vooroordeel dat je alles zelf moet doen. We vragen een diabetespatiënt toch ook niet om zelf meer insuline te maken?'

Voor Swaab: Een man van 40 jaar las je boek *Wij zijn ons brein* en tobt nu over de zinloosheid van het bestaan. 'Ik zou de man vragen wat echt zijn probleem is, dat is zeker niet mijn boek. Waarom is hij de illusie kwijt dat zijn leven zin heeft, dit kan bijvoorbeeld duiden op een beginnende depressie.'

Meer of minder kopzorgen?

Heeft dit gesprek geleid tot meer of minder kopzorgen? Swaab en Keizer hebben zich niet laten overtuigen tot het bestaan van een hersenist. Toch houden ze voorzichtig een (kwink-) slag om de arm. Swaab: 'Voor het geval Menno gelijk heeft, beloofde hij me om na zijn dood een goed woordje voor me te doen.' Oosterhoff: 'Ja, maar over Bert ben ik er nog niet uit.' ■

Empathie: zegen of vloek?

Erik van Bruggen

Empathie is zo ongeveer heilig geworden in de arts-patiënt-communicatie. Hoe meer hoe beter, lijkt het wel. We kijken in deze beschouwing kritisch naar de mogelijke nadelen van empathie voor zowel de arts als de patiënt. Nuancering en kritische reflectie zijn op hun plaats.

We weten het allemaal: empathie is goed voor de arts en goed voor de patiënt. Daar is keihard bewijs voor.¹ Maar is dat wel zo? Zijn er mogelijk ook nadelen, ja zelfs gevaren verbonden aan het gebruik van empathie in de spreekkamer? Stelt de huisarts zich door zich empathisch te gedragen niet aan gevaren bloot? Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor zichzelf? Intuïtief lijkt een empathische houding misschien de meest voor de hand liggende manier voor de arts om de patiënt te benaderen. Voor beiden is deze houding prettig. Maar klopt dat wel?

COGNITIEVE EN EMOTIELE EMPATHIE

Er zijn veel definities van empathie, wat de discussie over empathie lastig maakt.² Want waar hebben we het eigenlijk over? Voor dit artikel kozen we de definitie van Devisch, omdat deze praktisch, simpel en bruikbaar is: 'Het vermogen om je in te leven in en mee te voelen met wat je denkt dat de belevingswereld van anderen is.'³ Het gaat er dus om dat je in de schoenen van de ander gaat staan. Daarbij zijn 2 vormen te onderscheiden: cognitieve en emotionele empathie.

'Empathie discrimineert. Mensen hebben meer empathie voor mensen die op ze lijken, met wie ze zich verbonden voelen'

Bij cognitieve empathie bedenk je wat er in de ander omgaat, stel je je voor hoe het voor de ander is. Dit is een bewust, rationeel en intentioneel proces.⁴ Wanneer je je kunt voorstellen hoe het voor de ander is, levert je dat belangrijke informatie op die je als arts helpt in de communicatie en bij de besluitvorming. Naast kennis en ervaring van de arts vereist evidencebased werken immers ook informatie van de patiënt. Cognitieve empathie levert behalve verheldering van de hulpvraag dus ook belangrijke informatie op over de ideeën,

gevoelens en wensen van de patiënt. Evidencebased werken resulteert in het best onderbouwde advies aan de individuele patiënt. Daarom is het belangrijk dat de arts zich kan voorstellen wat de patiënt denkt, voelt en wenst.

Cognitieve empathie is redelijk goed aan te leren.⁵ Er is een veelheid aan scholingsmogelijkheden voor artsen om hun empathisch vermogen te verbeteren en te leren om dit in de spreekkamer in te zetten. Het scholingsaanbod richt zich voornamelijk op deze vorm van empathie.

Bij emotionele empathie gaat het om meevoelen – voelen wat de ander voelt. De interactie tussen arts en patiënt voltrekt zich hier, anders dan bij cognitieve empathie, niet op het rationele, maar op het emotionele vlak. Het vermogen voor emotionele empathie is een direct gevolg van persoonlijke waarden, keuzen en eerder opgedane ervaringen. Het is niet aangeleerd en komt voort uit de psyche van de arts. Daarmee is het dan ook minder makkelijk aan te leren. Deze vorm van empathie zou ook meer biologisch verankerd kunnen zijn.⁶ Emotionele empathie is vooral van belang bij hulpbehoevenden die volledig afhankelijk zijn van de zorg van hun omgeving. Denk hierbij aan de opvoeding van kinderen of zorg aan hulpbehoevende ouderen.⁷

Cognitieve en emotionele empathie betreffen dus 2 verschillende processen. De mate waarin ze aanwezig zijn verschilt per individu.⁸ Ook zijn ze neurobiologisch te onderscheiden: cognitieve empathie zou zich meer afspeelen in de mediale prefrontale cortex en emotionele empathie meer in de anterior cingulaire cortex.⁹ Sommigen spreken van een onderste (emotioneel) en een bovenste (cognitief) netwerk.⁴ Je zou kunnen zeggen dat emotionele empathie 'dieper' ligt, in hersengebieden die evolutionair ouder zijn.

WELKE GEVAREN KENT EMPATHIE?

In de arts-patiëntrelatie kan empathie tot verschillende problemen leiden, zowel in de communicatie als bij de besluitvorming.¹⁰ Het grootste probleem is dat empathie discrimineert: mensen hebben immers meer empathie voor mensen die op ze lijken en met wie ze zich verbonden voelen. Dit zou kunnen leiden tot ongelijkheid in de behandeling. Daarnaast verwachten patiënten niet altijd dat hun emoties worden gespiegeld en dat de arts dezelfde emoties voelt. Ze verwachten respect, een luisterend oor en begrip voor hun emoties. Angstige patiënten zijn niet geholpen wanneer de arts ook angstig wordt. Ze willen enige afstand: een arts die vanuit medisch perspectief kan bepalen wat er aan de hand is en wat het best kan worden gedaan. Te veel emotionele empathie is hinderlijk, omdat dit

verlammend kan werken op het praktische rationele handelen. Een te empathische arts wordt zo eerder een onderdeel van het probleem, dan dat deze bijdraagt aan de oplossing. Als de arts letterlijk de pijn van de patiënt invoelt en de pijn van de patiënt ook de pijn van de arts wordt, kan dit schadelijk zijn voor de patiënt.¹¹ De arts is te veel betrokken en houdt te weinig afstand. Dit noemen we ook wel 'emotionele besmetting'. Logischerwijs staat dit rationeel handelen in de weg. Ook kan te veel empathie zorgen voor overdracht: zo associeert de arts de gevoelens van de patiënt met gevoelens van zichzelf tijdens eerdere ervaringen. Deze 'oude gevoelens' kunnen worden overgedragen op de patiënt: we spreken dan van 'tegenoverdracht'.¹¹ De arts legt zijn gevoel als het ware bij de patiënt – zo kan de patiënt worden besmet met het onverwerkte gevoel van de arts. Ook dit staat de professionele afstand in de weg. Deze gevoelens kunnen vormen aannemen die de patiënt als ongewenst of intimiderend kan ervaren. Naast gevoelens van stress en overspannenheid kan empathie bij artsen leiden tot een vorm van overgevoeligheid voor sociale signalen ('hyperempathie'). Ze gaan dan voorbij aan hun eigen gevoelens en schieten te snel in de 'reddersrol'. Ze verliezen zichzelf in de ander. Dit veroorzaakt op den duur 'empathische oververmoeidheid' en vergroot de kans op verlies van veerkracht en een verminderd copingvermogen.¹² Dit kan uiteindelijk leiden tot burn-out en gevoelens van machteloosheid.

Wanneer de eigen emoties de arts te veel worden door het aanhoudend tonen van veel empathie, kan het zijn dat deze vervalt in zogenaamde *empathieblokkers*. Dit zijn manie-

DE KERN

- Echt helpen betekent meer rationale compassie en minder empathie.
- Kritische reflectie op empathie is essentieel om tot bewuste keuzen over eigen houding en gedrag te komen; kennis over empathie kan hieraan bijdragen.
- Bij cognitieve empathie gaat het om bedenken wat er in een patiënt omgaat, terwijl het bij emotionele empathie vooral gaat om meevoelen met de patiënt.
- Bij evidenced-based werken staat empathie eerder in de weg dan dat het helpt.

ren om jezelf te beschermen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van geruststellende uitspraken die niet zijn gemeend, waardoor ze eerder averechts werken. Denk aan reacties als 'Ik snap dat u het moeilijk hebt', terwijl de arts ondertussen naar het computerscherm kijkt. Of een arts die vergelijkbare ervaringen uit het eigen leven als voorbeeld stelt voor de patiënt, waardoor het ineens meer over de arts dan over de patiënt gaat ('ik snap precies wat u voelt, ik ken dat'). Ook de 'alwetende maar vermijdende arts' hoort bij de empathieblokkers: deze arts straalt uit alles van de patiënt te weten en heeft als houding 'ik ga je helpen'. Het is de ultieme reddersrol, waar de patiënt vaak niet op zit te wachten. Eerst gaat de arts het contact aan, om vervolgens overspoeld door emoties in vermijdingsgedrag te vervallen. Denk aan afstand nemen, in-



tellektualiseren, problemen oplossen, psycho-educatie geven, de expertrol aannemen, gesloten vragen stellen, vragenlijsten afnemen of voortdurend allerlei onderzoeken aanhalen. Vaak gaat dit gepaard met een koele en onverschillige houding. Zo zorgt empathie uiteindelijk voor negatieve gevolgen voor zowel de patiënt als de arts. En dat terwijl de intenties van beiden goed zijn.

RATIONELE COMPASSIE

Is empathie dan alleen maar een vloek? Zeer zeker niet. Empathie kan heel fijn zijn. Als de ander blij is, kunnen wij dat ook voelen. Empathie is fijn in intiem contact, in sport en spel, in seks en romantiek, en daarmee in de hele samenleving. En het is niet alleen empathie voor positieve gevoelens die we waarderen – we zijn ook uitermate geïnteresseerd in en betrokken bij de pijn van de ander. We willen voelen wat de ander voelt, we willen het verhaal horen en meeleven.

Maar wanneer het gaat om evidencebased werken, staat empathie in de weg. De wetenschapper Paul Bloom pleit daarom voor *rationele compassie*, wat staat voor compassie met behoud van enige afstand. Dat is onder andere te bereiken door de wensen van de patiënt kritisch te bevragen.⁷ Niet alleen het gevoel, maar ook het verstand.

Anders dan empathie betekent compassie niet dat de arts het lijden deelt, maar gevoelens van warmte, zorg en bezorgdheid toont, en sterk gemotiveerd is om het welzijn van de patiënt te verbeteren. *‘Compassion is feeling for the other and not feeling with the other.’*¹²

Het tonen van veel empathie maakt een arts niet tot een goede arts. En weinig empathie tonen maakt geen slechte arts. Goed doen is meer gerelateerd aan de wat afstandelijke gevoelens van compassie en zorg, terwijl slecht doen vaak te maken heeft met een gebrek aan compassie, gebrek aan zorg en een beperkte impulscontrole.⁸ Denk bij dit laatste aan de arts die zich in zijn vraagstelling en besluitvorming te veel laat leiden door gevoelens van irritatie, ergernis en onbegrip.

Daarom een pleidooi voor enige cognitieve empathie (begrijpen wat de patiënt bezighoudt), maar vooral voor rationele compassie (het tonen van gevoel voor de ander in plaats van met de ander). Artsen kunnen meer doen dan empathisch zijn en daarbij een groter effect bereiken. Het gaat om vriendelijk zijn en vooral om goed willen doen. Voor vriendelijkheid is empathie niet belangrijk. Compassie, zelfcontrole en intelli-

gentie echter wel.⁹ Niet alleen met het hart, maar ook met het hoofd. In de lofzang op empathie wordt dit laatste nog wel eens vergeten.

Compassie is opwindend, geeft energie, bevordert toenadering, is zorgend en maakt de arts leuker. Veel artsen ervaren het bovendien als positief.⁹

Dit artikel wil u uitnodigen om eens kritisch te reflecteren op uw eigen empathische gedrag. Hoe nuttig en helpend is dit? Zijn er situaties waarin empathie niet helpt? En zou u de stap willen maken van empathie naar rationele compassie? ■

LITERATUUR

1. Derksen FAWM. Empathie in de spreekkamer. Houten: Bohn Stafleu van Lochem, 2022.
2. Vanaerschot G, Nicolai N, Hebbrecht M. Empathie. Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten. Houten: Diagnostis Uitgevers, 2015.
3. Devisch I. Het empathisch teveel. Op naar een werkbare onverschilligheid. Amsterdam: de Bezige Bij, 2018.
4. Derksen F, Olde Hartman T, Bensing JM, Lagro-Janssen T. Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar? Huisarts Wet 2018;2:18-23.
5. Derckx R. Empathie van de huisarts in wording. Huisarts Wet 2021;64:61.
6. De Waal F. Zijn we slim genoeg om te weten hoe slim dieren zijn? Amsterdam: Atlas Contact, 2017.
7. Pleumeekers B. Spanning tussen empathie en professioneel handelen. Huisarts Wet 2018;2:24.
8. Vanaerschot G. Kan ik jou voelen en denken? Over de kracht en valkuilen van empathie. Tijdschrift voor Begeleidingskunde 2021;2:2-11.
9. Bloom P. Against empathy. The case for rational compassion. New York: Vintage Publishing, 2016.
10. Sandip R. Can empathy be dangerous? Can it hurt you? 2020. Beschikbaar via: <https://happyproject.in/empathy-hurts/>. Geraadpleegd op 5 januari 2022.
11. Van Delft F. Overdracht en tegenoverdracht. Amsterdam: Boom Nelissen, 2006.
12. Singer T, Klimecki O. Empathy. Curr Biol 2014;24:875-8.

Van Bruggen E. Empathie: zegen of vloek? Huisarts Wet 2022;65(7):24-6. DOI:10.1007/s12445-022-1484-0. UMCU, Julius Center, Utrecht: E. van Bruggen, psycholoog/docent, vanbruggen.erik@gmail.com. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Herkennen en behandelen van medicatieovergebruikshoofdpijn

Janneke Poelen, Wim Mulleners, Mieke Heitkamp-van Deursen, Suzanne Geerts-van den Boogaard, Henk Schers

Medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH) is een veelvoorkomend probleem waar artsen te weinig alert op zijn. Het beste is abrupt stoppen met de pijnmedicatie, maar voor veel patiënten is dat erg lastig. Ondersteunende medicatie is niet bewezen effectief om een terugval te voorkomen. Wat wel helpt, is vertrouwen, begrip en intensieve begeleiding – zo nodig in een hoofdpijncentrum.

CASUS: VROUW MET HOOFDPIJNKLACHTEN

Op uw spreekuur komt mevrouw Bruining, 35 jaar. Zij heeft sinds jaren hoofdpijnklachten die u in het verleden als migraine en spanningshoofdpijn duidde en waarvoor u sumatriptan voorschreef. De laatste tijd heeft ze in toenemende mate last van deze hoofdpijnen. Mevrouw is getrouwd, zij en haar man hebben beiden een drukke baan en de zorg voor 2 kleine kinderen. Ook is ze mantelzorgster voor haar zieke moeder. Om te kunnen blijven functioneren is ze steeds meer pijnstillers gaan slikken. Bij doorvragen blijkt dat zij op meer dan 10 dagen in de maand sumatriptan neemt en op andere dagen meerdere keren per week paracetamol. De pijnstillers helpen haar de laatste tijd minder goed. Ze vraagt u om andere pijnstillers.

Mevrouw Bruining uit de casus heeft medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH), een invaliderende vorm van hoofdpijn die in de praktijk niet altijd makkelijk te herkennen en te behandelen is. Er is sprake van MOH wanneer langdurig overmatig gebruik van pijnmedicatie leidt tot verergering van de intensiteit en/of de frequentie van de onderliggende (hoofd)pijn – meestal migraine, spanningshoofdpijn of een mengbeeld daarvan.¹ MOH staat wereldwijd in de top 20 van meest invaliderende aandoeningen en heeft niet alleen voor de patiënt zelf, maar ook voor de maatschappij enorme gevolgen op het gebied van arbeidsproductiviteit, sociale activiteiten en beslag op de gezondheidszorg.^{2,3} Er valt dus veel te winnen bij snelle herkenning, adequate behandeling, passende begeleiding en aandacht voor preventie en terugval. Dit artikel geeft handvatten om die aspecten van de zorgverlening voor MOH te optimaliseren.

PREVALENTIE

MOH is een secundaire vorm van hoofdpijn, die wordt veroorzaakt door medicatie voor een primaire hoofdpijn of andere pijn-aandoening [kader].⁴ Middelen die MOH veroorzaken, kunnen zowel pijnstillers zijn (eenvoudige analgetica;

NSAID's, acetylsalicylzuur, opioïden, combinatiepreparaten) als medicatie voor migraineaanvallen (ergotamine, triptanen), of combinaties van beide. We noemen dit soort middelen hierna 'acute medicatie'.

De prevalentie van MOH is wereldwijd 1-2% en bij vrouwen 4 keer zo hoog als bij mannen.⁵ In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de prevalentie van chronische hoofdpijn (≥ 15 hoofdpijndagen per maand gedurende > 3 maanden) bij patiënten van 25-55 jaar 3,7%, waarvan ongeveer tweederde door overmatig gebruik van acute medicatie. Daarmee is acute medicatie de belangrijkste oorzaak van chronische hoofdpijn in de Nederlandse huisartsenpraktijk.⁶ Ook op hoofdpijnpoli's is MOH met 30% van de patiënten een van de belangrijkste aandoeningen.¹

DIAGNOSTIEK EN RISICOFACTOREN

Het kan lastig zijn om hoofdpijn door overmatig gebruik van acute medicatie te onderscheiden van overmatig gebruik als gevolg van hoofdpijn. Daarom kan de diagnose strikt genomen pas worden gesteld na de behandeling.⁷

Wanneer u een patiënt ziet met lang bestaande hoofdpijn (≥ 15 dagen per maand) is het raadzaam om duur en frequentie van het gebruik van alle acute medicatie nauwkeurig in kaart te brengen. Gebruik daartoe zo nodig een hoofdpijndagboek, waarin de patiënt de kenmerken van de hoofdpijn en de

MEDICATIEOVERGEBRUIKSHOOFDPIJN VOLGENS DE ICHD-3

- Hoofdpijn op ≥ 15 dagen per maand gedurende > 3 maanden bij een patiënt die tevoren een primaire vorm van hoofdpijn had
- Ontstaan tijdens gebruik > 3 maanden van:
 - ▶ eenvoudige analgetica op ≥ 15 dagen per maand of
 - ▶ triptanen, ergotamine, opiaten of combinatiepreparaten op ≥ 10 dagen per maand of
 - ▶ een combinatie van bovenstaande middelen op ≥ 10 dagen per maand
- De primaire vorm van hoofdpijn keert meestal, maar niet altijd, terug na staken van het overgebruik.

DE KERN

- Medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH) is behandelbaar en zelfs te voorkomen, maar wordt nog te weinig herkend.
- Abrupt staken van alle acute pijnstillers ('onttrekking') zorgt bij de meeste patiënten voor meer hoofdpijnvrije dagen; voor ondersteunende medicatie is onvoldoende bewijs.
- Geef de patiënt adequate voorlichting en intensieve begeleiding, schakel zo nodig de expertise van een hoofdpijncentrum in, eventueel als 'anderhalvelijnszorg'.
- Voorkom en behandel psychiatrische problematiek zoals depressie en angstklachten.
- Diagnosticeer na de onttrekkingsperiode de onderliggende hoofdpijnvorm en behandel deze adequaat (gebruik een hoofdpijndagboek).
- Geef aan patiënten met primaire hoofdpijn (spanningshoofdpijn of migraine) in elk geval voorlichting over MOH, pas de 2 × 2-regel toe en organiseer follow-up voor patiënten met risicofactoren voor MOH.

gebruikte acute medicatie bijhoudt. Omdat MOH pas kan worden vastgesteld na minimaal 3 aaneengesloten maanden overgebruik, is een dagboek gedurende 3 maanden optimaal. Wanneer dat voor de patiënt niet haalbaar of wenselijk is, kan registratie gedurende een maand aangevuld met anamnestiche gegevens ook voldoende zijn. Vraag ook altijd naar zelfzorgmedicatie voor pijn, want die wordt niet altijd spontaan gemeld en telt wel mee voor het aantal innamedagen per maand. Het is belangrijk inzicht te krijgen in het hoofdpijnpatroon. Overgebruik van acute medicatie vertroebelt het beeld van de onderliggende primaire hoofdpijn. Zo presenteren migrainepatiënten zich vaak met een beeld van frequente spanningshoofdpijn met daarbovenop aanvallen met migrainekenmerken.

Alle acute medicatie kan MOH veroorzaken, maar triptanen en opioïden vormen het grootste risico.⁸ Andere risicofactoren zijn leeftijd < 50 jaar, laag opleidingsniveau, roken, stress, slaapstoornissen, psychiatrische comorbiditeit (met name angst en depressie), lichamelijke inactiviteit, obesitas, andere pijnsyndromen en gebruik van kalmeringsmiddelen.^{6,9-11} De relatie tussen cafeïne en hoofdpijn is complex, maar er zijn zeker aanwijzingen dat overmatig cafeïnegebruik (> 2 kopjes koffie à 125 ml per dag) een risicofactor is voor chronische migraine. Er is echter geen verband gevonden tussen cafeïnegebruik en MOH.¹² Een gedetailleerde bespreking valt buiten het bestek van dit artikel.

DE BEHANDELING VAN MOH: ABRUPT ONTTREKKING

De Europese richtlijn adviseert alle acute medicatie abrupt te staken en dit 2 maanden vol te houden voor triptanen en 3 maanden voor analgetica en combinaties van acute me-

dicatie.¹⁹ De Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de NHG-Standaard Pijn onderschrijven dit advies. Alleen patiënten die opiaten gebruiken, mogen niet abrupt stoppen maar moeten het gebruik gradueel afbouwen. Er is geen gerandomiseerd, geblindeerd placebogecontroleerd onderzoek naar deze aanpak gedaan, maar in observationeel onderzoek is aangetoond dat hij werkt.¹³⁻¹⁷ Bij de meeste patiënten is het aantal hoofdpijndagen na 3 maanden 'onttrekking' met meer dan de helft verminderd en verbetert de respons op hoofdpijnmedicatie.¹³ Abrupt staken lijkt effectiever dan minderen: in een klein Deens onderzoek was de afname van het aantal maandelijkse hoofdpijndagen na abrupt staken 2 keer zo groot als na beperking van de inname (46 versus 22%).¹⁸

Medicamenteuze alternatieven

Veel patiënten zien op tegen abrupt staken en vragen of er medicamenteuze alternatieven zijn. Er zijn diverse onderzoeken naar het effect van ondersteunende strategieën tijdens de onttrekkingsperiode, zoals het gelijktijdig starten van een preventieve behandeling bij migraine. Er zijn aanwijzingen dat die aanpak kan werken, maar welk middel het effectiefst is, is niet duidelijk, ook omdat niet altijd bekend is wat het onderliggende type hoofdpijn was.¹⁹ Daarbij is de kans groot dat er na de onttrekkingsperiode geen indicatie meer is voor preventieve medicatie. Een aantal ondersteunende interventies is in ieder geval niet effectief, waaronder prednison en botulinetoxine-A.^{20,21} Eventuele psychiatrische problematiek, zoals een angststoornis of depressie, moet wel behandeld worden om de kans op terugval te beperken.

Begeleiding van de patiënt

Toon allereerst begrip voor het medicatieovergebruik. Patiënten hebben geen schuld aan de situatie waarin ze zijn beland maar hebben een reden om hun medicatie te gebruiken, bijvoorbeeld angst voor pijn of vrees voor sociaal isolement. Sta ook stil bij de weerstand tegen onttrekking, dat voelt als 'kwaad met kwaad bestrijden'. Leg uit wat MOH is en welke voordelen het doorbreken van de neerwaartse spiraal kan hebben: meer dagen zonder hoofdpijn, meer effect van preventieve behandelingen en uiteindelijk een betere kwaliteit van leven.^{15,22} Leg ook uit welke behandelmogelijkheden er na de onttrekking zijn voor de onderliggende hoofdpijn, als 'stip op de horizon' voor de patiënt. Benadruk tot slot dat staken van de overgebruikte medicatie de eerste, cruciale stap is in het bestrijden van de hoofdpijn. Bespreek ook de mogelijke problemen en hoe hiermee om te gaan. Het stopzetten van acute medicatie kan leiden tot ontweningsverschijnselen zoals misselijkheid, braken, tachycardie, slaapstoornissen, rusteloosheid, angst en nervositeit. Deze houden meestal 2-10 dagen aan (korter als de patiënt alleen triptanen gebruikte).^{9,23} Ook kan 'ontweningshoofdpijn' ontstaan: de hoofdpijn verergert tijdelijk in de eerste 2 weken na het stoppen. Raad patiënten daarom aan om met familie, vrienden en collega's te bespreken dat ze gaan stoppen met de acute medicatie, zich te verzekeren van voldoende steun en een geschikt moment te kiezen. Blijf de patiënt de eerste tijd

volgen. Plan bijvoorbeeld een eerste telefonische controle na 2 weken en herhaal die iedere 2-4 weken. Therapietrouw is van groot belang.

Wanneer MOH eenmaal gesignaleerd is bij een patiënt, kan deze tijdens de onttrekking begeleid worden door de huisartsenpraktijk. Voorwaarde is wel dat de praktijkorganisatie erop is ingericht. Is dat niet of onvoldoende het geval, dan moet men de patiënt verwijzen naar een gespecialiseerd hoofdpijncentrum met mogelijkheden voor multidisciplinaire behandeling. Dit geldt zeker voor patiënten bij wie de onttrekking mislukt, die opiaten gebruiken of die ernstige lichamelijke of psychische comorbiditeit hebben. Ondersteunende en motiverende gesprekken door een gespecialiseerde hoofdpijnverpleegkundige, die het copingmechanisme, de interne pijncontrole en catastroferende gedachten aanpakt, zijn van grote toegevoegde waarde gebleken. Dit zou gerealiseerd kunnen worden in een nieuw model voor 'anderhalvelijnszorg', waarbij de hoofdpijnverpleegkundige vanuit het ziekenhuis de patiënt begeleidt onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

TERUGVAL EN PREVENTIE

Als de onttrekkingsperiode met succes is volbracht, moet als eerste de onderliggende hoofdpijn worden geclassificeerd, bijvoorbeeld met een hoofdpijndagboek, en waar nodig worden behandeld.²⁴ Helaas krijgt een aanzienlijk deel van de patiënten een terugval. In een meta-analyse van 22 onderzoeken met een follow-up tot 1 jaar had 25-35% van de patiënten een terugval.²⁵ Patiënten met migraine lijken een kleinere kans op terugval te hebben dan patiënten met spanningshoofdpijn of een mengbeeld van beide. Comorbide psychiatrische problemen, met name depressie, zijn een belangrijke voorspeller voor terugval.²⁶ Daarom wordt aangeraden deze comorbiditeit te behandelen en patiënten regelmatig te volgen. Daarnaast is het van belang om waar mogelijk de risicofactoren voor MOH aan te pakken. Als (beperkte) hervatting van de acute medicatie nodig is, kan dat volgens de 2 x 2-regel: pijnmedicatie maximaal 2 dagen per week en maximaal 2 dagen achtereens. Dit kan in samenspraak met de apotheek geregeld worden. Als de patiënt niet binnen 1 jaar terugvalt, lijkt de langetermijnprognose gunstig.²⁷ Omdat een aanzienlijk deel van de problematiek zich onder de radar bevindt moeten patiënten, maar ook zorgprofessionals, beter worden geïnformeerd over MOH. Zelfs publiekscampagnes zijn te overwegen.^{21,28} Geef aan patiënten met primaire hoofdpijn (spanningshoofdpijn of migraine) in elk geval voorlichting over MOH, pas de 2 x 2-regel toe en organiseer follow-up voor patiënten met risicofactoren voor MOH. Preventie van MOH voorkomt dat men in de lastige onttrekkingsfase belandt.

CONCLUSIE

MOH heeft een grote maatschappelijke en persoonlijke impact, maar het probleem wordt nog bij te weinig patiënten onderkend. Het is belangrijk oog te hebben voor risicofactoren zoals stress, slaapstoornissen, angst en depressie bij gebruikers



Medicatieovergebruikshoofdpijn heeft een grote maatschappelijke en persoonlijke impact, maar het probleem wordt nog te weinig onderkend.

Foto: Shutterstock

van (vooral) triptanen en opioïden. Laat patiënten die > 15 dagen per maand hoofdpijn hebben een hoofdpijndagboek bijhouden. De beste behandeling is abrupt staken van de acute pijnmedicatie. Ondersteunende medicatie om de onttrekking te verzachten is niet bewezen effectief. Bied vertrouwen, begrip, voorlichting en begeleiding om terugval te helpen voorkomen. Patiënten met ernstige lichamelijke of psychische comorbiditeit kunnen baat hebben bij intensieve, multidisciplinaire begeleiding in een hoofdpijncentrum. ■

LITERATUUR

1. Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, Lloyd J, Lupi C, Tischler H, et al. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. *J Headache Pain* 2018;19:50.
2. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1545-602.
3. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsavara Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the EuroLight project. *Eur J Neurol* 2012;19:703-11.

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

Poelen J, Mulleners WM, Heitkamp-van Deursen M, Geerts-van den Boogaard S, Schers HJ. Herkennen en behandelen van medicatieovergebruikshoofdpijn. *Huisarts Wet* 2022;65(7):27-9. DOI:10.1007/s12445-022-1492-0.

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen: J. Poelen, neuroloog, j.poelen@cwz.nl; dr. W.M. Mulleners, neuroloog; M. Heitkamp-van Deursen, verpleegkundig specialist; S. Geerts-van den Boogaard, verpleegkundig specialist. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof. dr. H.J. Schers, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: de vakgroep van WM en JP ontving vergoedingen van de firma's AbbVie, Eli Lilly, Lundbeck, Novartis en TEVA voor contractresearch naar voor de indicatie relevante geneesmiddelen en voor de adviesraad.

Welke behandelopties zijn er voor alopecia androgenetica?

Mark de Koning, Tristan Hidde van Dongen

Kaal worden hoort bij het verouderingsproces. Toch kunnen mensen lijden onder haarverlies, zeker jonge mannen en vrouwen. Welke behandelopties zijn er voor alopecia androgenetica (AAG), de meest voorkomende vorm van haarverlies? Hoe terughoudend moeten we zijn met medicamenteuze behandeling? Met welke differentiële diagnose moeten we rekening houden?

De incidentie van alopecia androgenetica (AAG) bij mannen stijgt vanaf de puberteit evenredig met de leeftijd. Op 50-jarige leeftijd zien we het bij 50% van de mannen. Voor 50-jarige vrouwen ligt dit percentage op ongeveer 30%, maar het stijgt gestaag naar 50% op 75-jarige leeftijd.¹

De incidentie en prevalentie van de ICPC-codering S23 'Haaruitval/alopecia' was in 2020 respectievelijk 4,8 en 5,4 per 1000 registraties.² In een normpraktijk zien we dus ongeveer 10 keer per jaar patiënten die komen om haarverlies te bespreken. In werkelijkheid zal het aantal patiënten dat met psychosociale klachten rond haarverlies kampt groter zijn, omdat veel patiënten het als een normale ontwikkeling beschouwen en minder snel als 'probleem' bij hun huisarts zullen bespreken. Ook de dokter kan het als een normaal verschijnsel beschouwen. Bovendien denken veel artsen dat behandelingen tegen haarverlies geen somatische winst geven, maar wel bijwerkingen hebben. Het effect van de behandeling is daarbij ook lastig vast te stellen, omdat het pas na maanden optreedt.

Het *Farmacotherapeutisch Kompas* maant ons om terughoudend te zijn en waarschuwt voor off-label voorschrijven.³⁻⁵

De psychische lijdensdruk kan echter groot zijn, zeker bij jonge mannen met AAG (< 30 jaar) en bij vrouwen, vanwege respectievelijk de levensfase en de maatschappelijke acceptatie. AAG kan gepaard gaan met een toename van stemmingsstoornissen, en daarom kan medicamenteuze behandeling van alopecia wel degelijk gewenst zijn.⁶

Hierbij blijven een goede klachtenexploratie en gedeelde besluitvorming wel de belangrijkste uitgangspunten. Zowel de niet-medicamenteuze (begeleiding bij acceptatie/mentale ondersteuning) als de medicamenteuze optie dient goed besproken te worden. Hierbij is het uiteraard wel van belang om de diagnose AAG met zekerheid te stellen.

In deze nascholing komen de oorzaak, diagnose en behandelopties met de belangrijkste bijwerkingen en resultaten aan de orde.

OORZAAK VAN AAG

Bij AAG wordt de groeifase van de haren (anagene fase) geleidelijk korter en worden de haren dunner en kleiner, totdat er alleen nog een donshaartje resteert of in een heel laat stadium ook het haarzakje uiteindelijk verdwijnt. De oorzaak hiervan lijkt multifactorieel en deels genetisch. In dit proces speelt dihydrotestosteron (DHT), het omzettingsproduct van testosteron, een belangrijke rol. DHT bindt zich aan de androgeenreceptor in de haarfollikel, waar het een negatieve invloed op de haargroei heeft. De individuele (genetische) verschillen in deze hormonale cascade zouden het fenotype verklaren. Ook een verminderde doorbloeding blijkt mee te spelen door spiertractie aan het schedelpeesblad.⁷

ANAMNESE EN DIAGNOSTIEK

Voor het stellen van de diagnose AAG volstaan een goede anamnese en lichamelijk onderzoek. Bij de anamnese zijn het beloop en ontstaan van het haarverlies het belangrijkste. Een snel progressief beloop pleit meer voor andere vormen van alopecia, zoals een telogeen effluvium. Jeuk- en pijnklachten kunnen wijzen op andere oorzaken (infecties, cicatriciele alopecia). Ten slotte moet de patiënt (afhankelijk van het klinische beeld) gevraagd worden naar gedrag en gewoonten om een mechanische component uit te sluiten (trichotillomanie, tractie-alopecia), bijvoorbeeld trekken aan de haren, strak invlechten, stylen en dergelijke.

Het lichamelijk onderzoek richt zich op het patroon van het haarverlies. Bij mannen met AAG zijn vooral de 'inhammen' frontotemporaal en de vertex aangedaan [**figuur 1**]. De mate van het verlies geven we voor mannen aan met de norwood-schaal [**figuur 2**]. Bij vrouwen blijft de voorste haargrens juist vaak gespaard en treedt het haarverlies meer centraal op. De middenscheiding wordt daarbij langzaam breder, wat we ook wel een 'kerstboomconfiguratie' noemen [**figuur 3**].³ De meest praktische schaal voor het aanduiden van de mate van het haarverlies bij vrouwen is de sinclairschaal [**figuur 2 en 4**]. Bij inspectie van de haren bij AAG zien we bij de aangedane gebieden een toename van dunnere en kleinere haren ten opzichte van de normale haren occipitaal.

Vooraf het onderscheid tussen AAG en een telogeen effluvium kan lastig zijn. Bij een telogeen effluvium is er echter geen sprake van dunnere haren en manifesteert het verlies

zich meer diffuus, zonder evident patroon. Daarbij zullen in tegenstelling tot AAG bij milde tractie te veel haren loslaten (een positieve trektest).

Verlittekening van de haarzakjes openbaart zich als kalende gebieden met ontbrekende haarzakjes, wat vaak gepaard gaat met ontstekingsverschijnselen, zoals roodheid of keratose rondom de haren in het aangrenzende gebied [figuur 5]. Dit past bij cicatriciële alopecia en is een reden voor verwijzing naar een dermatoloog.

FEMALE PATTERN HAIR LOSS

De NHG-Behandelrichtlijn maakt zowel voor de diagnostiek van het haarverlies, als voor de behandeling ervan een onderscheid tussen mannen en vrouwen.³ In beide gevallen noemen we het echter AAG. In de literatuur wordt inmiddels bij vrouwen de term *female pattern hair loss* (FPHL) gebruikt, omdat het patroon van haarverlies verschilt van dat bij mannen. Ook is het proces van haarverlies bij FPHL minder evident androgeen gedreven. Uitzondering is een androgene overactiviteit bij vrouwen, zoals bij het polycysteusovariumsyndroom (PCOS). Wanneer FPHL door PCOS waarschijnlijk lijkt, is uiteraard aanvullend onderzoek nodig.⁸

BEHANDELING

Voor zowel AAG als FPHL geldt dat hoe eerder een behandeling gestart wordt, des te beter het uiteindelijke cosmetische

DE KERN

- Tachtig procent van de mannen en 50% van de vrouwen ontwikkelen gedurende het leven alopecia androgenetica [AAG].
- Bij jonge vrouwen met AAG dient aan polycysteusovariumsyndroom [PCOS] gedacht te worden.
- Depressieve klachten bij patiënten met AAG zijn niet zeldzaam.
- Hoe eerder met medicamenteuze behandeling gestart wordt, hoe beter het resultaat.
- Topicaal minoxidil is de hoeksteen van de behandeling voor zowel mannen als vrouwen.

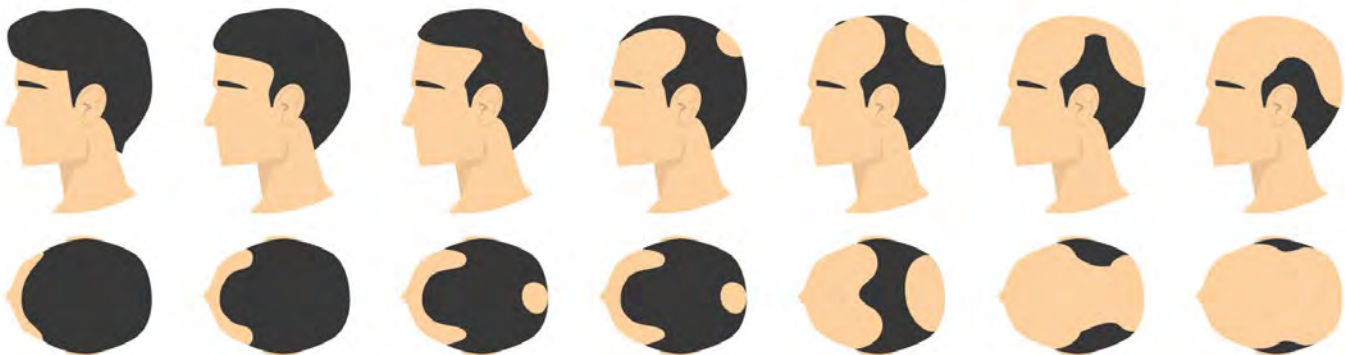
resultaat zal zijn. Bij langer bestaand haarverlies treedt namelijk onomkeerbare fibrosering van de haarzakjes op.⁹ Een hoge ziektelast rechtvaardigt naar onze mening behalve psychologische begeleiding ook een medicamenteuze aanpak. Consulteer bij twijfel over de diagnose een dermatoloog, voor starten van de behandeling.

Topicale behandeling

Topicaal minoxidil (5% oplossing 2 dd voor mannen en 2% oplossing 2 dd of 5% oplossing 1 dd voor vrouwen) is de

Figuur 2

De norwoodschaal



De sinclairschaal



Figuur 1

De bij mannen kenmerkende 'inhammen' en kale kruin



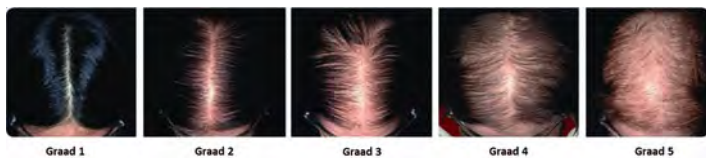
Figuur 3

De 'kerstboomconfiguratie' bij vrouwen



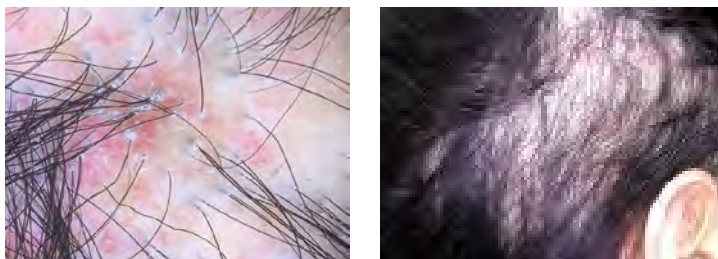
Figuur 4

De sinclairschaal



Figuur 5

Een patiënt met cicatriciële alopecia (lichen planopilaris)



niet-systemische behandeloptie. Bij minder vergevorderde stadia (tot norwoodschaal graad 3 en sinclairschaal graad 2) is dit gezien het beperkte bijwerkingenprofiel de behandeling van eerste keus. Het werkingsmechanisme van minoxidil is niet volledig opgehelderd, maar een deel van het effect wordt veroorzaakt doordat de haargroei wordt gestimuleerd met prostaglandine E2 en de doorbloeding van de hoofdhuid verbetert. De lotion bevat propyleenglycol en kan daardoor bij een deel van de patiënten een irritatieve huidreactie veroorzaken. Wanneer dit gebeurt vormt minoxidil 5% schuim een goed alternatief omdat het geen propyleenglycol bevat. Uit onderzoek blijkt dat het haar bij 62% van de patiënten dankzij deze behandeling in enige mate teruggroeit. De gemiddelde teruggroei van anagene haren bedroeg 15 haren/cm². Het effect van topicaal minoxidil blijkt maximaal na 1 jaar.^{10,11} Maak patiënten voor het starten van de behandeling duidelijk dat eerst enkele weken iets meer haarverlies kan optreden, maar dat er tegelijkertijd wel al nieuwe haargroei kan ontstaan (hoewel klinisch nog niet zichtbaar). Evaluatie van het effect is zodoende pas na 6 maanden mogelijk. De werking van minoxidil gaat verloren wanneer de patiënt de behandeling stopt en daarom moet het gebruik bij tevredenheid levenslang volgehouden worden. Minoxidil wordt niet vergoed en is zonder recept ook online verkrijgbaar, waardoor de prijs erg kan uiteenlopen. Ketoconazol-shampoo (2-3 maal/week) kan bij AAG en FPHL aan minoxidil worden toegevoegd omdat het een milde anti-androgene werking heeft en vooral een positief effect kan hebben op de dikte van de haren (een toename van 5-7% in haarschachtdiameter).¹² In de huisartsenpraktijk wordt ketoconazol-shampoo vaak voorgeschreven bij seborrhoïsch eczeem op de hoofdhuid. Ketoconazol heeft echter geen plek in de NHG-Behandelrichtlijn Alopecia, omdat het geen monotherapie is. Als additief kan het echter wel positief bijdragen en kent het weinig nadelen.

Systemische therapie bij mannen

Finasteride is een 5 α -reductaseremmer die de omzetting van testosteron naar DHT voorkomt, wat de progressie van het haarverlies remt en waardoor nieuwe haargroei kan optreden. In vergelijking met topicaal minoxidil 5% lijkt systemische finasteride 1 mg 1 dd na een jaar 2 maal effectiever.¹³ Omdat finasteride, in tegenstelling tot minoxidil, de hormoonhuishouding beïnvloedt, kent het geregisteerde bijwerkingen als libidoverlies en erectieproblemen. Deze lijken echter weinig voor te komen (0,1-1%).⁵ Bespreek deze bijwerkingen wel vooraf en adviseer de patiënt om met de behandeling te stoppen wanneer deze klachten optreden.

Omdat een combinatie van behandelingen na 1 jaar 14-30% effectiever lijkt dan monotherapie, kunt u finasteride 1 mg 1 dd aan de behandeling toevoegen wanneer u met alleen topicaal minoxidil onvoldoende resultaat boekt (beoordeel dit na minimaal 6 maanden).^{14,15} Overweeg bij een verder gevorderd stadium van haarverlies (norwoodschaal graad 3 en hoger) om naast topicaal minoxidil direct met finasteride te starten. Vervang finasteride bij onvoldoende effect door dutasteride



Foto: Shutterstock

Hoe eerder met medicamenteuze behandeling tegen alopecia wordt gestart, hoe beter het resultaat.

0,5 mg 1 dd, een potentere 5 α -reductaseremmer met een vergelijkbaar seksueel bijwerkingenprofiel.¹⁶ Bedenk dat er nog geen follow-uponderzoeken zijn gedaan naar de mogelijke cardiovasculaire en diabetiforme bijwerkingen door remming van DHT op de lange termijn.¹⁷ Omdat dutasteride potenter is, blijft finasteride nog wel de eerste stap. Continueer de behandeling zolang de patiënt het haarverlies niet accepteert. Na het staken zal het haarverlies namelijk alsnog intreden. Net als bij minoxidil wordt finasteride 1 mg niet vergoed; het kost ongeveer 40 eurocent per tablet.

Systemische therapie bij vrouwen

Finasteride en dutasteride kennen in Nederland vooralsnog geen plek in de behandeling bij FPHL. Bij vrouwen vormen naast topicaal minoxidil ook systemische middelen met anti-androgene werking een optie. Vanwege het bijwerkingenprofiel krijgt off-label spironolacton, een kaliumsparend diureticum met anti-androgene eigenschappen, hierbij de voorkeur boven cyproteronacetaat. Het beperkte onderzoek naar spironolacton bij FPHL laat zien dat bij ongeveer 75% van de vrouwen stabilisatie of verbetering van het haarverlies optreedt.¹⁸ In een retrospectief onderzoek was de meeste verbetering zichtbaar bij vrouwen met verder gevorderd haarverlies (sinclairschaal graad 3 en hoger), met een verbetering van 0,93-1,25 graden op deze schaal.¹⁹ Start met spironolacton 25 mg 2 dd en verhoog de dosis afhankelijk van de bijwerkingen naar 50 mg 2 dd. Bespreek onder andere de mogelijke seksuele bijwerkingen (verminderd libido, veranderde vaginale afscheiding, pijnlijke borsten). Over het algemeen verdraagt de patiënt de behandeling goed en kan deze in meer dan 80% van de gevallen zonder problemen gecontinueerd worden.¹⁹ Controleer regelmatig de bloeddruk, de nierfunctie en het serum kalium.

Overige behandelingen

Een haartransplantatie kan voor mannen bij minder gevorderde stadia (norwoodschaal graad 2 tot 5) een cosmetisch

fraai resultaat opleveren. Hierbij is additieve behandeling met topicaal minoxidil en/of finasteride wel aan te raden om het behaalde resultaat te behouden. Bij een vergevorderd stadium vormt een haarwerk voor vrouwen een cosmetische oplossing. Met een verwijfsbrief kunnen patiënten vanuit de basisverzekering meestal een gedeeltelijk vergoede behandeling krijgen bij gecontracteerde aanbieders.

FOLLOW-UP

Omdat het effect van de behandelingen geleidelijk optreedt en pas na maanden beoordeeld kan worden, is het voor zowel de patiënt als de behandelaar soms moeilijk vast te stellen. Het is daarom raadzaam om de ontwikkeling vanaf het begin fotografisch bij te houden en vast te leggen in het HIS. Zorg hierbij voor scherpe overzichtsfoto's en fotografeer telkens vanuit dezelfde positie en met een gelijke lichtinval. Evalueer uiteraard ook de tevredenheid over de behandeling, de ziekte-last en eventuele bijwerkingen. ■

LITERATUUR

1. Piraccini BM, Alessandrini A. Androgenetic alopecia. *G Ital Dermatol Venereol* 2014;149:15-24.
2. Nivel. Jaarcijfers aandoeningen – Huisartsregistraties. Utrecht: Nivel, 2021.
3. Damen Z, Verduijn MM. NHG-Behandelrichtlijn Alopecia. <https://richtlijnen.nhg.org/>. Utrecht: NHG, 2017.

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

De Koning M, Van Dongen TH. Welke behandelopties zijn er voor alopecia androgenetica? *Huisarts Wet* 2022;65(7):30-3. DOI:10.1007/s12445-022-1491-1.

Amsterdam UMC, locatie VUmc, Huisartsopleiding, Amsterdam: M. de Koning, huisarts, wetenschappelijk docent. Erasmus MC, afdeling Dermatologie, Rotterdam: T.H. van Dongen, dermatoloog i.o., lid domeingroep Haar en nagels, tvandongen@erasmusmc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Multipele sclerose

The times they are a-changin’

Gerald Hengstman

De kennis over oorzaken, diagnostiek en behandeling van multipele sclerose (MS) is de afgelopen jaren snel gegroeid. Daardoor zijn de vooruitzichten voor MS-patiënten sterk verbeterd. De doelen van de behandeling en begeleiding zijn veel ambitieuzer geworden en in de praktijk wordt al gewerkt aan multidisciplinaire zorg voor MS-patiënten. Huisartsen kunnen dan bijvoorbeeld te maken krijgen met een patiënt die immunomodulerende geneesmiddelen gebruikt, waardoor diens bloeduitslagen afwijken. Deze nascholing behandelt de laatste inzichten en mogelijkheden, vertelt waar relevante informatie te verkrijgen is en hoe de huisarts actief kan participeren in het zorgnetwerk rondom de patiënt met MS.

Multipele sclerose (MS) is de meest voorkomende neurologische aandoening op jongvolwassen leeftijd en kan tot blijvende invaliditeit leiden.¹ Tot het begin van deze eeuw konden artsen niet veel meer doen dan infuuskuren geven met methylprednisolon en het advies geven vooral rustig aan te doen. In de afgelopen 20 jaar zijn de mogelijkheden echter enorm gegroeid. Tegenwoordig is het doel van de behandeling de



Multipele sclerose is een neurologische aandoening op jongvolwassen leeftijd, die tot blijvende invaliditeit kan leiden. Foto: Shutterstock

CASUS: PIET, MS-PATIËNT MET JONGE KINDEREN

Piet is 41 jaar, vader van 2 jonge kinderen en voormalig timmerman. Zijn medische voorgeschiedenis was relatief blanco, met uitzondering van de ziekte van Pfeiffer op 17-jarige leeftijd, totdat 5 jaar geleden de diagnose MS werd gesteld. De ziekte verliep in de eerste paar jaar behoorlijk actief. Pas sinds een jaar lijkt er enige rust in het verhaal te komen.

Als gevolg van de ziekte heeft Piet problemen met lopen; zijn actieradius is een halve kilometer. Daarnaast heeft hij last van verhoogde aandrang, hij moet meer dan 15 keer per dag naar het toilet en wordt ook 's nachts regelmatig wakker om te plassen. Slapen is ook lastig door een brandende pijn in zijn benen. Hierdoor is Piet overdag moe en komt hij tot weinig. Zijn werk als timmerman heeft hij moeten opgeven. Overdag klussen in zijn schuur gaat moeilijk doordat staan niet altijd stabiel voelt en zijn energie vaak beperkt is. Buitenspelen met de kinderen gaat eigenlijk niet meer en als de kinderen in huis spelen, is hij vaak overprikkeld. Piet ziet het steeds somberder in. Sociale activiteiten kan hij moeilijk ondernemen en de relatie met zijn vrouw is volledig veranderd; er is al lange tijd geen sprake meer van een liefdesrelatie. De MS lijkt het afgelopen jaar wel wat tot rust gekomen, maar zijn leven voelt als een auto die total loss is.

Deels vanwege de mindere stemming en deels vanwege fysieke klachten zoals toenemende lagerugpijn heeft Piet de afgelopen periode wel eens contact gehad met de huisarts. Zijn vrouw is de afgelopen jaren vaker op het spreekuur van de huisarts geweest met onder andere hoofdpijnklachten en omdat zij 'niet lekker in haar vel zit'.

ziekte zo veel mogelijk te stoppen en soms zelfs functionele verbetering te bereiken. Deze nascholing geeft aan de hand van een casus een overzicht van de belangrijkste medische ontwikkelingen die ook voor de huisarts van belang zijn.

DE OORZAKEN

MS wordt beschouwd als een multicausale ziekte waarvan de exacte oorzaak onbekend is, maar over het ontstaan wordt wel steeds meer bekend. Er is bijvoorbeeld een bepaalde genetische kwetsbaarheid: kinderen van ouders met MS hebben een 10 keer hogere kans om de ziekte te krijgen.² Maar de kans dat de andere helft van een eeneiige tweeling ook MS ontwikkelt, is 35%. Er is dus meer dan alleen genetische kwetsbaarheid. Vooral factoren in de puberteit en de adolescentie spelen een belangrijke rol, waarschijnlijk omdat zowel het immuunsysteem als het centrale zenuwstelsel zich dan nog ontwikkelen. Bekend is dat in deze levensfase overgewicht, (passief) roken en een tekort aan vitamine D het risico op MS verhogen.² Recent Amerikaans onderzoek toont aan dat een in de adolescentie door-gemaakte infectie met het Epstein-Barrvirus (EBV) bijna een

voorwaarde is om MS te kunnen ontwikkelen.³ Een EBV-infectie kan – in combinatie met erfelijke aanleg en de pro-inflammatoire effecten van overgewicht, roken en verlaagd vitamine D – leiden tot het ontstaan van MS. Vanuit deze gedachte is een onderzoek gestart naar EBV-vaccinaties ter preventie van MS.

DE DIAGNOSE

De diagnose MS staat of valt met het aantonen van demyelinisatie op meerdere plaatsen in het centrale zenuwstelsel (waartoe ook de oogzenuw behoort), die recidiveert en waarvoor geen andere verklaring is te vinden.⁴ In de afgelopen decennia is MRI een steeds grotere rol gaan spelen in de diagnose, die meestal kan worden gesteld op basis van het klinische beeld en de MRI-bevindingen [figuur 1]. Hierdoor is een lumbaalpunctie meestal niet meer nodig.

In de praktijk kijkt men vaak naar het type MS, oftewel het beloop. Dan blijkt MS bij 80-90% van de patiënten een aanvalsgewijs beloop te hebben (*relapsing-remitting* MS, RRMS) en bij de overige 10-20% een primair progressief beloop (PPMS). Deze nog steeds veelgebruikte indeling doet geen recht aan wat er daadwerkelijk gebeurt en is in 2013 losgelaten. De nieuwe indeling onderscheidt alleen relapsing en progressieve MS.⁵ De achterliggende gedachte is dat er bij iedere patiënt vanaf het begin 2 ziekteprocessen gaande zijn. Het basisproces is een laaggradige smeulende ontsteking die klinisch zichtbaar wordt als een geleidelijke achteruitgang van het functioneren.⁶ Op MRI is hiervan niets te zien en wordt atrofie pas na lange tijd zichtbaar. Daarnaast kunnen er subacute ontstekingen zijn die zich klinisch vertalen als een terugval (*schub*) en op MRI

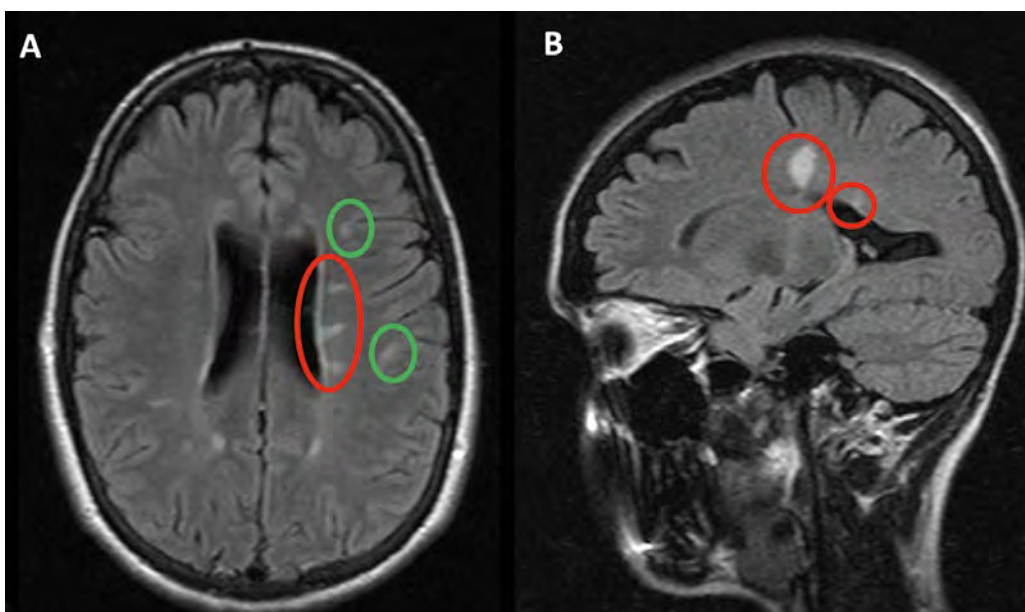
DE KERN

- Door grote verbeteringen in de behandeling kan de progressie van multiple sclerose [MS] sterk worden vertraagd.
- Kern van de moderne aanpak is zo vroeg mogelijk starten met zo sterk mogelijke immunomodulerende middelen.
- Het is van belang te weten welke medicatie een MS-patiënt gebruikt, omdat deze invloed heeft op de infectiegevoeligheid, de kans op het ontwikkelen van andere aandoeningen en de interpretatie van bloedonderzoek.
- Vanwege de verwevenheid van problemen vereist MS langdurig zorg en begeleiding vanuit een multidisciplinair team; de huisarts kan een rol spelen in dit netwerk van zorgverleners.

leiden tot zichtbare demyeliniserende laesies. Zie het als een smeulende heidebrand die af en toe opvlamt door de wind. In de loop van de tijd neemt de intensiteit van deze subacute ontstekingen af. Bij de meeste patiënten waren ze zichtbaar als RRMS maar zijn ze gaandeweg uitgedoofd, waarna alleen nog een gestage achteruitgang resteert die men secundair progressieve MS (SPMS) noemt. Bij een klein deel van de patiënten zijn deze subacute ontstekingen op MRI al wel te zien als demyeliniserende laesies, maar leiden ze niet direct tot klinische achteruitgang; die komt pas na verloop van tijd geleidelijk op gang. Men spreekt dan van PPMS, maar op pathologisch niveau is er geen verschil met SPMS.

Figuur 1

Voor MS kenmerkende MRI-afwijkingen

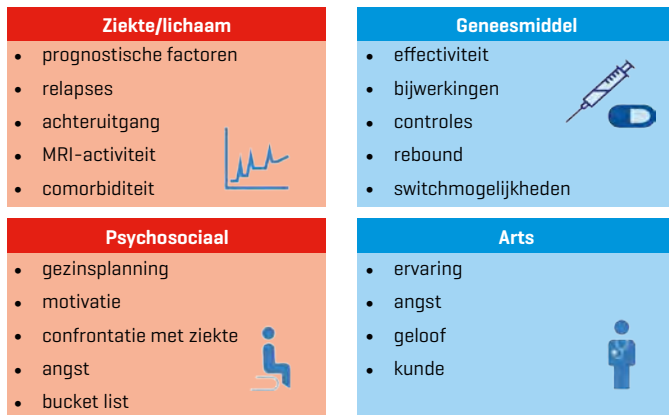


A. MRI brein, transversale FLAIR-opname, toont periventriculaire laesies die loodrecht op de ventrikels staan [rood] en enkele juxtacorticale laesies die direct onder de cortex gelegen zijn [groen].

B. MRI brein, sagittale FLAIR-opname, toont typische periventriculaire laesies loorechts op de ventrikels [rood], zogeheten Dawson fingers.

Figuur 2

De factoren die bij gezamenlijke besluitvorming de behandelkeuze bij MS bepalen



DE BEHANDELING

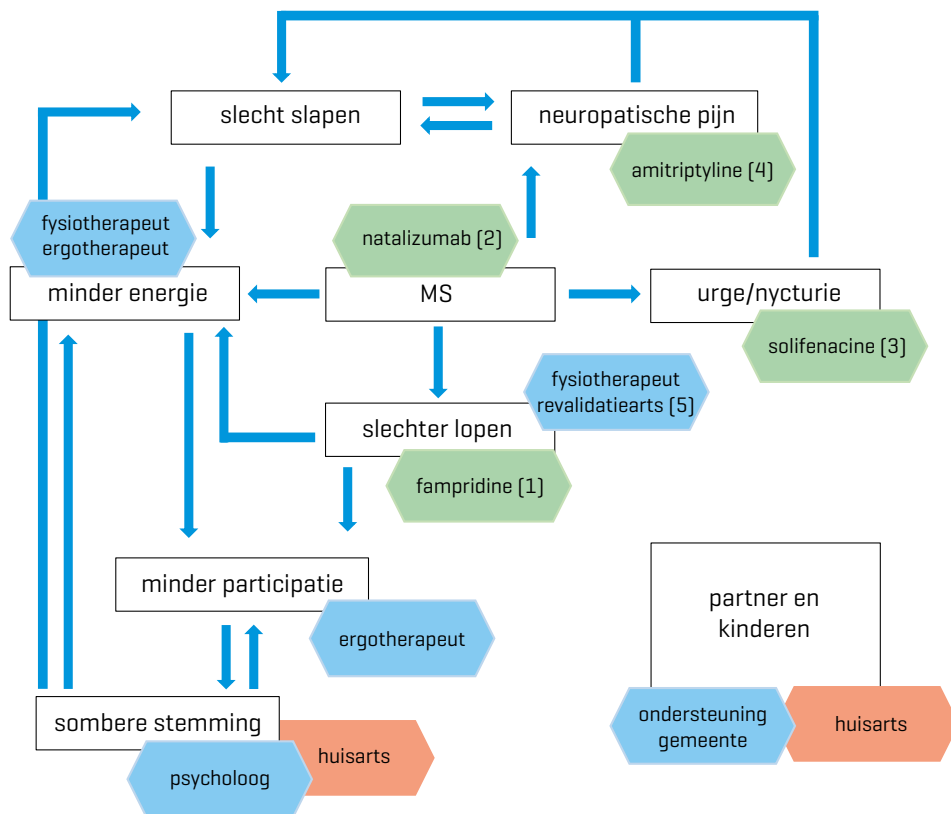
MS is niet te genezen, maar de progressie kan wel worden vertraagd. Belangrijk daarbij is dat de ziekte zo vroeg mogelijk tot rust komt. Onderzoeken laten steeds hetzelfde beeld zien: hoe vroeger en hoe krachtiger de ziekte wordt geremd, hoe beter

het de patiënt vergaat op de lange termijn.^{7,8} Trap je te laat op de rem, dan is de achterstand nooit meer in te halen. Dit inzicht staat haaks op het in Nederland veelgebruikte principe van *stepped care*, waarbij je start met een ‘eerstelijnsmiddel’ (matig effectief, maar veilig) en pas bij therapiefalen, als de klachten toch ernstiger worden, een effectiever maar minder veilig ‘tweedelijnsmiddel’ inzet. Legio onderzoeken hebben laten zien dat deze benadering bij MS op de lange termijn leidt tot veel meer ziekteprogressie en tot grotere invaliditeit dan direct starten met een zo effectief mogelijk middel.^{7,8}

Voor de huisarts is het van belang te weten welke medicatie een MS-patiënt gebruikt, omdat deze middelen invloed hebben op de infectiegevoeligheid, de kans op het ontwikkelen van andere aandoeningen en de interpretatie van bloedonderzoek. De ontwikkelingen zijn echter duizelingwekkend. Voor de behandeling van relapsing MS waren rond de eeuwwisseling 4 middelen beschikbaar, anno 2022 zijn dat er 18 [online tabel 1]. Sommige middelen zorgen voor continue immunosuppressie of immunomodulatie, andere ‘resetten’ het immuunsysteem als het ware, zodat na een korte behandeling lange tijd geen behandeling meer nodig is. Deze laatste categorie noemt men immuunreconstitutietherapieën (IRT). Voor de behandeling van progressieve MS zijn sinds kort 2 nieuwe middelen geregistreerd : ocrelizu-

Figuur 3

MS-problematiek en bijpassende interventies in de casus over Piet



Omdat veel problemen bij MS met elkaar verweven zijn, kan verbetering op een enkel punt een positief domino-effect opleveren. Groen zijn medicamenteuze interventies, blauw niet-medicamenteuze interventies, rood zijn domeinen waar de huisarts een belangrijke rol kan vervullen.

mab voor PPMS en siponimod voor SPMS [online tabel 2]. Hun effectiviteit is beperkt: op groepsniveau ziet men een lichte afremming van de achteruitgang in het functioneren, maar op individueel niveau is dat nog niet goed onderzocht. De keuze voor een bepaald middel kan afhangen van medische factoren (ziekteactiviteit), persoonlijke factoren (kinderwens, comorbiditeit) en psychologische factoren (IRT kan patiënten aanspreken die liever niet continu medicatie willen slikken, en patiënten juist afschrikken die onrustig worden van ‘niets doen tot de ziekte misschien terugkomt’ [figuur 2]). Het starten en kiezen van de behandeling is dan ook een zaak van gezamenlijke besluitvorming. In onze casus volgde de behandeling de principes van stepped care. Kort na de diagnose startte Piet met glatirameeracetaat. In de jaren daarna had hij nog regelmatig terugvallen waarvoor behandeling noodzakelijk was. Dit, en het feit dat ook de MRI toenemende afwijkingen toonde, was reden om over te gaan naar natalizumab. Sindsdien zijn er geen duidelijke terugvallen of veranderingen op MRI geconstateerd.

NETWERKGENEESKUNDE EN DE ROL VAN DE HUISARTS

Nagenoeg alle patiënten met MS hebben problemen op allerlei verschillende domeinen. Soms is er een indicatie voor revalidatiegeneeskunde, maar de invulling die de diverse revalidatiecentra daaraan geven, verschilt sterk. Regelmatig komt het voor dat een revalidatieperiode geen vervolg krijgt en dat de samenwerking met de eerste lijn hapert. Daarom zijn er regionale MS-zorgnetwerken op gang gekomen, meestal informeel en lokaal georganiseerd. De laatste jaren beginnen deze zich te bundelen en komt er meer landelijke coördinatie. Het grootste landelijke netwerk, MS Zorg Nederland, bundelt inmiddels meer dan 20 netwerken met meer dan 750 zorgverleners. Ook bij MS-patiënten, met hun complexe medische en paramedische problematiek, heeft de huisarts een centrale, coördinerende taak. Veelvoorkomende klachten zoals neerslachtigheid, rugpijn en plasproblemen kunnen direct of indirect gerelateerd zijn aan MS-problematiek of hebben daar weer effect op. Goede afstemming met de betrokken zorgverleners is dan ook van groot belang. Idealiter is er laagdrempelig contact over en weer en heeft de huisarts een actieve inbreng in het MS-behandelteam. Daarbij mag, nee moet, de huisarts eisen dat duidelijk is wie het directe aanspreekpunt is en dat deze persoon snel en laagdrempelig te contacteren is.

HET TOEKOMSTBEELD

Hoe ziet de toekomst er momenteel uit voor iemand met MS? Niets is te voorspellen en zeker niet bij een heterogene ziekte als MS. Toch geeft onderzoek wel enig houvast. De meeste mensen met MS komen niet in een rolstoel.⁹ Langetermijnonderzoek (in een tijd dat de ziekte nog niet echt behandelbaar was) laat zien dat 20 jaar na de diagnose ongeveer 45% minimaal 1 loophulpmiddel nodig heeft om 100 meter te kunnen lopen.¹⁰ Meer dan de helft dus niet! Er zijn mensen die de ziekte al 20 jaar hebben en volstrekt normaal functioneren, maar er zijn er ook die al op jonge leeftijd ernstig beperkt zijn. De grootste voorspeller voor het beloop is de eerste MRI-

CASUS: PIET, MS-PATIËNT MET JONGE KINDEREN (VERVOLG)

De neuroloog, fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog stellen in samenspraak met Piet een behandelplan op [figuur 3]. Om het lopen te optimaliseren start Piet met fampridine (een kaliumkanaalblokker) en krijgt hij fysiotherapie na een loopganganalyse. Daarnaast probeert men de nachtrust te verbeteren en zijn er enkele gesprekken met de psycholoog om te achterhalen of er sprake is van een bijkomende depressie. Piet krijgt amitriptyline vanwege de neuropathische pijn die het inslapen belemmert, en solifenacine om de nycturie en de urgeklachten overdag te bestrijden. Al snel gaat het slapen wat beter, Piet moet nog hooguit eenmaal 's nachts eruit om te plassen. Door de verbeterde nachtrust gaat het lopen ook iets beter. Met een paar aanpassingen wordt klussen in de schuur weer mogelijk gemaakt. Door deze merkbare verbeteringen van zijn kwaliteit van leven worden de somberheid en uitzichtloosheid minder. Ondertussen heeft de MS-verpleegkundige via de gemeente hulp en ondersteuning voor partner en kinderen geregeld, want ook zij moeten hun weg met de ziekte van Piet zien te vinden.

scan: hoe meer afwijkingen op die scan, hoe groter de kans op een slecht beloop. Ook afwijkingen in de hersenstam of het ruggenmerg zijn prognostisch ongunstig. Iemand die zich presenteert met een oogzenuwontsteking en op een MRI van de hersenen reeds 20 afwijkingen heeft (die dus ergens in het verleden zijn ontstaan), heeft een duidelijk grotere kans op meer letsels in de toekomst dan iemand bij wie slechts 2 afwijkingen te zien zijn. Sommige patiënten hebben vooral letsels in de hersenstam en/of het ruggenmerg, structuren die zo cruciaal zijn dat alles wat daar gebeurt bijna direct klinische consequenties heeft, maar de hersenen kennen ook veel 'stille' gebieden waar een laesie minder gevolgen heeft. In de dagelijkse praktijk is het dus goed mogelijk om een prognostische inschatting te maken en het behandelplan daarop te baseren. Waarom treedt demyelinisatie op bepaalde plaatsen op en niet diffuus door het hele centrale zenuwstelsel? Waarom gebeurt dit maar af en toe, terwijl de simpele gedachte van een auto-immunreactie toch continue blootstelling van het myeline aan het immuunsysteem veronderstelt? We hebben geen idee. Het wetenschappelijk onderzoek is ver gekomen en mede daardoor is het perspectief voor iemand die nu de diagnose 'MS' krijgt wezenlijk anders dan 20 jaar geleden. Maar er resteren nog veel vragen, naast de uitdaging om alle inzichten die we inmiddels hebben ook daadwerkelijk in de zorg toegepast te krijgen. ■

LITERATUUR

1. Dobson R, Giovannoni G. Multiple sclerosis – a review. Eur J Neurol 2019; 26:27-40.
2. Ascherio A, Munger KL. Epidemiology of multiple sclerosis: from risk factors to prevention – an update. Semin Neurol 2016;36:103-14.

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

Hengstman GJ. Multipelle sclerose. The times they are a-changin'. Huisarts Wet 2022;65(7):34-7. DOI:10.1007/s12445-022-1495-x. Upendo, Bostel: dr. G.J.D. Hengstman, neuroloog, algemeen directeur en grondlegger van MS Zorg Nederland, g.hengstman@upendo.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Kan een hoortoestel bij presbyacuis wachten?

Perry van der Heijden

Horen doe je niet alleen met je oren, maar ook met je brein. Prikfels voor de hersenen zijn belangrijk om de gehoorfunctie te behouden. Het is daarom belangrijk om gehoorverlies laagdrempelig te behandelen.

De ouderdom komt met gebreken en een daarvan is slechthorendheid. Presbyacuis (ouderdomsslechthorendheid) is de benaming voor geleidelijk toenemend gehoorverlies vanaf doorgaans het 50e jaar, vooral in de hoge tonen, doordat de haarcellen in het slakkenhuis langzamerhand uitvallen. Ongeveer 30% van de 65-plussers heeft presbyacuis en bij 80-plussers is dat 80%.¹ Niet iedereen doet er wat aan: slechts 2 op de 3 slechthorende 50-plussers hebben een hoortoestel. Men denkt dat de meeste mensen pas 10 jaar na de eerste tekenen een hoortoestel aanschaffen. Twee op de 3 zijn tevreden en 1 op de 5 gebruikt het toestel nooit.²

IS EEN HOORTOESTEL ALTIJD NODIG?

De kno-arts ziet dagelijks patiënten met gehoorverlies, vaak na een verwijzing door hun huisarts maar ook rechtstreeks via de audiciens. In de verwijsindicaties van het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH) – die gelden voor kno-artsen, klinisch fysici, audiologen en StAr-geregistreerde audiciens – staat dat audiciens bij duidelijke ouderdomsslechthorendheid hoortoestellen mogen verstrekken zonder tussenkomst van een kno-arts of audiologisch centrum, maar naar een kno-arts of audiologisch centrum moeten verwijzen als er twijfel bestaat over de oorzaak van het gehoorverlies.³ De NHG-Standaard Slechthorendheid sluit daarbij aan.

Indicaties voor verwijzing zijn gehoorverlies dat meer is dan verwacht, geleidingsverlies, asymmetrisch gehoorverlies, en leeftijd jonger dan 67 jaar. In onze [casus] is de leeftijd van meneer Aalbers de reden van de verwijzing. In de praktijk stelt de kno-arts of het audiologisch centrum dan meestal de indicatie en verwijst de patiënt terug naar de audicien, want ook bij niet-standaard presbyacuis is een hoortoestel vaak de beste behandeling. Bij een kleine minderheid vindt de kno-arts ergens in de gehoorgang, het middenoor, het binnenoor of retrocochleair een afwijking waarvoor een andere behandeling of nader onderzoek nodig is. Bij een afwijking van de gehoorbeentketen zoals otosclerose kan bijvoorbeeld



Veel ouderen horen niet goed meer, vooral niet in een rumoerige omgeving.

Foto: Shutterstock

een operatie worden overwogen. Een afwijking in de gehoorgang kan een contra-indicatie zijn voor een conventioneel hoortoestel vanwege verhoogde infectiekans of omdat het niet wordt verdragen. Dan kan worden gedacht aan een *bone conducting device*, een hoortoestel op een in de schedel geïmplanteerde schroef. Patiënten die zeer slecht horen, kunnen in aanmerking komen voor een cochleair implantaat. Asymmetrisch gehoorverlies, zeker in combinatie met een afwijkend spraakaudiogram of balansproblemen, kan wijzen op een brughoektumor.

De diagnostiek bestaat uit een combinatie van anamnese, otoscopie, stemvorkproeven, audiometrie en soms beeldvormend onderzoek. Essentiële onderdelen zijn het bepalen van de lucht- en de beengeleidingsdrempel, en een spraakaudiogram.

CASUS: MAN MET GEHOORVERLIES AAN BEIDE OREN

Meneer Aalbers, 65 jaar, komt op het spreekuur omdat zijn audicien hem heeft geadviseerd een kno-arts te raadplegen. Meneer heeft beiderzijds gehoorverlies en zijn familie vindt het lastig dat hij niet altijd adequaat reageert in een gesprek. Op hun verzoek heeft hij een afspraak gemaakt bij de audicien. Zelf vindt hij dat het wel meevalt, eigenlijk hoeft hij nooit iets te vragen omdat hij het niet goed heeft gehoord. Volgens hem mompelen mensen tegenwoordig veel meer. Gesprekken in een rumoerige omgeving vindt hij wel lastig. Hij kan dan niet meer goed horen waar het geluid vandaan komt. Bij navraag hoort hij wel eens een piep, maar die irriteert hem niet. Zijn balans is goed en hij heeft geen last van duizeligheid. Hij heeft nooit klachten of operaties aan de oren gehad. Meneer werkt al jaren in de bosbouw, waar hij altijd trouw zijn gehoorbescherming zegt te dragen. Hij gebruikt metoprolol voor de bloeddruk, die daarmee goed onder controle is. Andere medi-

catie gebruikt hij niet. Naast de bloeddruk en een knieoperatie is zijn voorgeschiedenis blanco.

U bekijkt het audiogram dat de audicien gemaakt heeft [figuur] en u onderzoekt de patiënt. Bij otoscopie zijn er geen afwijkingen aan de oren. De proef van Weber is mediaan. Bij de proef van Rinne hoort patiënt het geluid aan beide kanten naast het oor harder dan op het mastoïd.

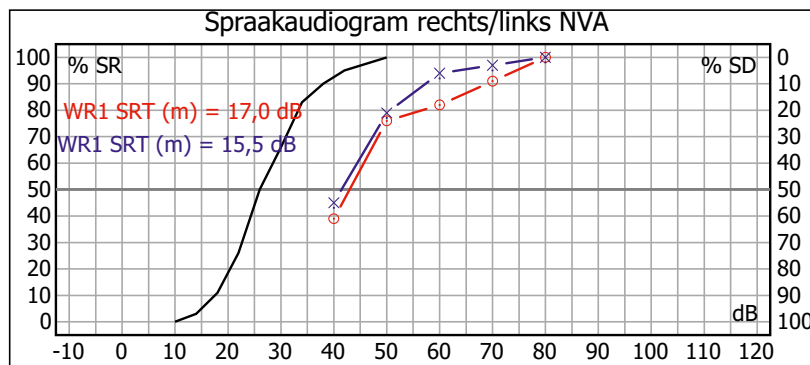
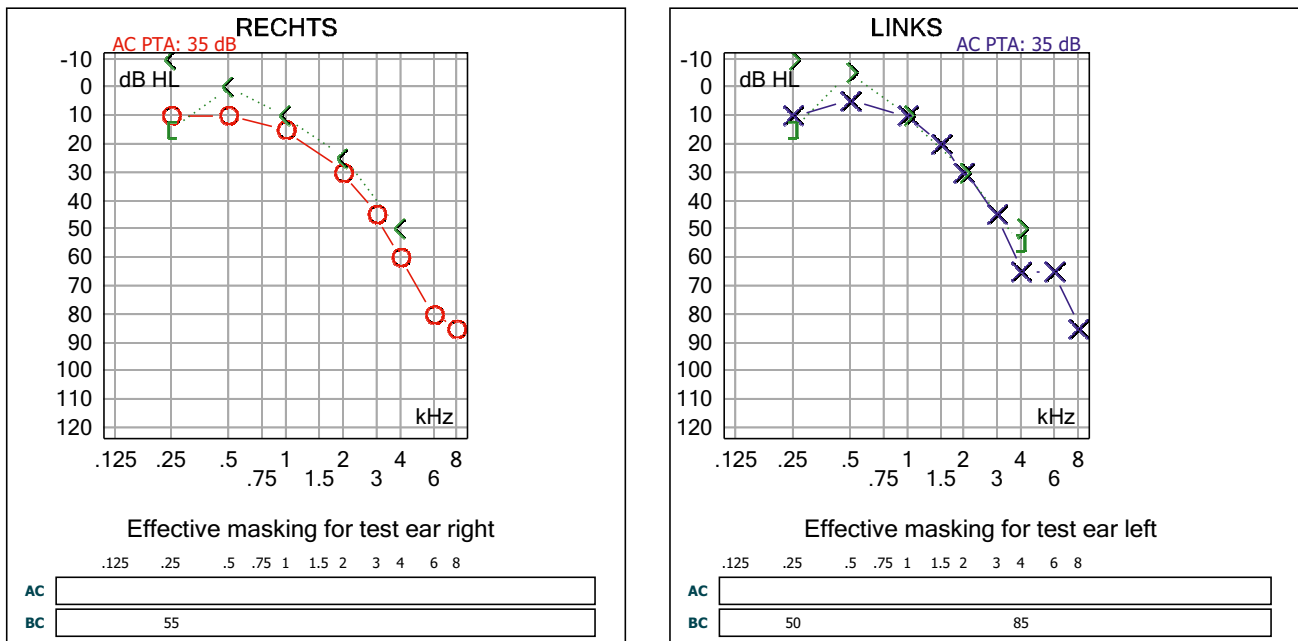
Opgave

1. Beschrijf het audiogram.
2. Wat is je beleid?
3. Is er een verwijfsindicatie?

Het antwoord staat op pagina 54 en op www.henw.org bij dit artikel.

Figuur

Het audiogram van meneer Aalbers.



AUD 06-04-2022 14:04
 REM 06-04-2022 07:55
 HIT 06-04-2022 07:55

AC PTA = air conduction pure tone average [gemiddeld gehoorverlies via luchtgeleiding op 1, 2 en 4 kHz]; HL = hearing level [te onderscheiden van sound pressure level [SPL]]; NVA = gestandaardiseerde woordenlijst voor spraakaudiometrie, opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Audiologie. WRI SRT = speech recognition threshold [geluidsniveau waarbij 50% goed wordt verstaan, met 0 als de 50%-drempel van een goed horende jongvolwassene].

KAN EEN HOORTOESTEL OOK BIJ WEINIG KLACHTEN GEÏNDICEERD ZIJN?

Het is bekend dat sommige mensen hun hoortoestel meer in de la laten liggen dan dat ze het dragen. Vaak is dat omdat ze het geluid onprettig vinden, blikkerig of met irritante bijgeluiden. Ze denken: 'Als ik later echt doof word, kan ik ze altijd nog in doen.' Het is echter niet verstandig om te wachten tot het gehoor te slecht is om te communiceren. Beter horen kan veel gezondheidswinst opleveren en op zijn minst zorgen voor makkelijkere communicatie, minder sociaal isolement en een betere kwaliteit van leven. Recente onderzoeken suggereren bovendien dat het behandelen van gehoorverlies de achteruitgang van cognitieve functies kan vertragen of zelfs deels kan omkeren.⁴ Er zijn voorbeelden van patiënten die toch minder dement bleken op het moment dat hun hoortoestel adequaat ingesteld was en ze het consequent droegen. Het brein heeft geluidsprakkers nodig om ook op latere leeftijd te kunnen profiteren van een hoortoestel.

Ook met de nieuwe technologieën kunnen hoortoestellen nog niet alle gebruikers tevreden stellen.⁵ De belangrijkste reden is dat ook de nieuwste modellen de verwachtingen niet helemaal kunnen waarmaken. Die verwachtingen zijn vaak echter te hoog. Vooral bij gesprekken in een rumoerige omgeving kan een hoortoestel het gehoorverlies niet volledig ongedaan maken. Harder zetten van het geluid compenseert het afgenomen discriminatievermogen niet volledig en als het geluid te hard staat, kan het spraakverstaan minder goed en zelfs onaangenaam worden door recruitment [**kader**].

De vermindering van het discriminatievermogen kan voor

DISCRIMINATIEVERMOGEN EN RECRUITMENT

Hoe meer haarcellen de cochlea bevat, des te beter kunnen verschillende geluiden onderscheiden worden. Dit wordt aangeduid als het 'discriminatievermogen'. Discriminatievermogen is nodig om spraak te kunnen scheiden van rumoer, om iemand te kunnen verstaan bij galm en om geluid te kunnen lokaliseren.² Naast de hoeveelheid haarcellen spelen ook de hersenen daarbij een belangrijke rol. Het discriminatieproces verloopt met de leeftijd steeds moeizamer als gevolg van cognitieve veroudering. Daarbij kan ook auditieve onderstimulatie een rol spelen: het discriminatievermogen van het gehoor gaat achteruit door langdurige [vaak jarenlange] geluidsdeprivatie: *use it or lose it*.

Mensen met een normaal gehoor kunnen zeer zachte geluiden waarnemen en tegelijkertijd zeer harde geluiden verdragen. Slechthorenden daarentegen kunnen geen zachte geluiden waarnemen, maar kunnen wel last hebben van harde geluiden. Net boven de waarnemingsdrempel klinkt het geluid direct sterk en daarna wordt het al snel onaangenaam hard. Deze versnelde toename van de luidheid heet 'recruitment'.

DE KERN

- Ouderdomslechthorendheid (presbycusis) komt veel voor, maar veel patiënten nemen geen maatregelen.
- Audiciens mogen aan ouderen > 67 jaar zonder verwijzing een hoortoestel aanmeten als zij onmiskenbaar ouderdomslechthorendheid hebben.
- Het geluid van een hoortoestel kan in het begin hinderlijk zijn; veel mensen hebben een gewenningsperiode van minimaal 2 maanden nodig.
- Zonder geluidsprakkers gaat het vermogen om geluiden te onderscheiden ook in de hersenen achteruit.

een deel worden omgekeerd door de hersenen te laten wennen aan de toevoer van nieuwe geluidsprakkers. Dat vereist wel geduld van de patiënt, want die mag de poging niet opgeven na een eerste onaangename en vaak overprikkelende ervaring met het geluid van het hoortoestel.² Het toestel moet consequent worden gedragen tijdens de hele gewenningsperiode, die minimaal 2 maanden duurt. Ook wanneer de gebruiker niet hoeft te communiceren moeten de hersenen weer wennen aan geluiden zoals het tikken van de klok of het gerammel van bestek. Ook moet men er rekening mee houden dat hoortoestellen vrijwel nooit in 1 keer goed zijn ingesteld en minstens eens per 2 weken moeten worden bijgesteld door de audiciens. Het is beter om geluidsdeprivatie en verlies van cognitief discriminatievermogen te voorkomen door ook bij weinig gehoorverlies een behandeling in te stellen.

LITERATUUR

1. Homans NC, Metselaar RM, Dingemans JG, Van der Schroeff MP, Brocaar MP, Wieringa MH, et al. Prevalence of age-related hearing loss, including sex differences, in older adults in a large cohort study. *Laryngoscope* 2017;127:725-30.
2. Pronk M, Versfeld N. Ouderdomslechthorendheid: Technieken van vandaag en morgen de communicatie verbeteren. *Geron* 2020;22(3).
3. Veldnorm hoortoestelverstrekking 2013: Voorwaarden voor kwaliteit. Utrecht: Federatie van Nederlandse Audiologische Centra/Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en van kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden/GAIN, Audiologische Industrie Nederland/Nationale Hoorstichting/Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven/Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus-, Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied/Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden, 2013.

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

Van der Heijden P. Kan een hoortoestel bij presbycusis wachten? *Huisarts Wet* 2022;65(7):38-40. DOI:10.1007/s12445-022-1498-7. Ziekenhuis St Jansdal, Harderwijk: dr. P. van der Heijden, kno-arts, p.vander.heijden@stjansdal.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose 'Groeven op de hoofdhuid'

Een 24-jarige man merkte 3 weken geleden groeven op zijn hoofdhuid op, nadat hij naar de kapper was geweest. Mogelijk zijn de groeven al langer aanwezig, maar ze vielen toen pas voor de eerste keer op. De patiënt heeft geen klachten. Hij bracht zelf foto's mee die hij net na het kappersbezoek heeft gemaakt.

Bij lichamelijk onderzoek zijn verticale longitudinale gegroefde lijnen (plooiën) op de hoofdhuid te zien, zonder epidermale afwijkingen (geen squamatie, ulceraties of iets dergelijks).

Wat is uw diagnose?

1. Angio-oedeem
2. Cutis verticis gyrata
3. Lipomen
4. Coup de sabre (lineaire sclerodermie)

➤ Het antwoord staat op pagina 54 en op www.henw.org, zoek op 'Uw diagnose' en 'Groeven op de hoofdhuid'.



Foto: de patiënt en André Moyakine

Met dank aan de patiënt en aan André Moyakine, dermatoloog.

Uw diagnose 'Vreemde puistjes'

Een 26-jarige man met een blanco voorgeschiedenis krijgt van zijn huisarts een verwijzing naar de dermatoloog, omdat hij sinds een half jaar last heeft van huiduitslag in het gezicht. De plekken zijn plotseling ontstaan, zonder dat hij uitlokkende factoren heeft opgemerkt. Zijn huisarts dacht aanvankelijk aan rosacea en gaf hem metronidazolcrème. Die had geen effect. Met de gedachte dat het dan om acne vulgaris moest gaan, schreef de huisarts vervolgens doxycycline (oraal), wat de patiënt nog steeds gebruikt. Dit lijkt wel wat te helpen. De patiënt heeft geen andere klachten. De huid van romp en ledematen is niet aangedaan.

WAT IS UW DIAGNOSE?

1. Acne vulgaris (conglobata)
2. Lupus miliaris disseminatus faciei
3. Rosacea papulo-pustulosa
4. Cutane sarcoidose

➤ Het antwoord staat op pagina 68 en op www.henw.org, zoek op 'Uw diagnose' en 'Vreemde puistjes'.



Foto: de patiënt en André Moyakine

Met dank aan de patiënt en aan André Moyakine, dermatoloog.

Temporomandibulaire disfunctie

Pieter Buis, Kees van Steenis, Maurits van Selms

Patiënten die pijn hebben in hun kauwspieren gaan meestal naar hun tandarts, maar melden zich soms eerst bij hun huisarts. Een diagnose stellen kan lastig zijn, onder andere omdat de klachten doen denken aan bijvoorbeeld kiespijn, otitis externa, sinusitis en trigeminusneuralgie. Er kan echter ook sprake zijn van temporomandibulaire disfunctie (TMD), een voor huisartsen minder bekende aandoening van het kauwstelsel. We gaan in op het ontstaan en de behandeling van 2 veelvoorkomende symptomen van TMD.

Temporomandibulaire disfunctie (TMD) is een verzamelnaam voor diverse musculoskeletale stoornissen van het kauwstelsel die betrekking hebben op de kauwspieren, de kaakgewrichten en de daarmee samenhangende structuren.¹ De bekendste TMD-klachten zijn pijn in de kauwspieren of in het kaakgewricht, een knappend of krakend kaakgewricht en een beperkte kaakfunctie.² Na dentogene pijn is TMD de meest

Figuur 1

Meten van de maximale mondopening met een liniaal



CASUS: VROUW MET PIJN ROND HAAR KAAKGEWICHT

Een 67-jarige patiënte met een blanco voorgeschiedenis komt bij de huisarts, omdat ze ongeveer 3 weken last heeft van pijn rond haar rechteroor en kaakgewricht. Ze vraagt zich bezorgd af of ze haar mond op den duur nog wel open en dicht kan doen als er niets aan wordt gedaan. Bij lichamelijk onderzoek merkt de huisarts dat ze last heeft van drukpijn op het kaakgewricht. Het openen van de mond gaat moeizaam en lukt maar in beperkte mate. Ze krijgt een verwijzing naar een fysiotherapeut met specialisatie orofaciale therapie. Deze constateert een sterk verminderde mobiliteit van de kaak en een mondopening van 26 mm, met een flinke afwijking naar rechts. De spierfunctie van de kaak is sterk verminderd. De orofaciaal fysiotherapeut adviseert een verwijzing naar een gnatholoog.

vastgestelde verklaring van pijnklachten van het kauwstelsel.³ TMD-pijn doet zich soms voor in het kaakgewricht (artrogene TMD-pijn of artralgie), maar in de meeste gevallen heeft de patiënt last van pijn in de kauwspieren (myogene TMD-pijn of myalgie).^{1,4} Ook kunnen er bij TMD functionele klachten optreden, zoals een beperkte of asymmetrische mondopening en knappende en/of crepiterende kaakgewrichtsgeluiden die optreden bij het bewegen van de onderkaak.^{3,5}

De etiologie van TMD is multifactorieel, waarbij relatieve overbelasting door verkeerde mondgewoonten, een aangezichtstrauma, systemische aandoeningen (bijvoorbeeld osteoartritis), genetische factoren en – vooral bij chronische patiënten – psychosociale factoren een rol spelen.^{3,6} Verkeerde mondgewoonten zijn onder andere tandenknarsen, klemmen, tongpersen en bijten op potloden of pennen. Hoewel men er lang van uitging dat het niet goed op elkaar passen van de bovenste en onderste tandenrij (malocclusie) resulteert in een onevenwichtige krachtverdeling, lijkt hiervoor geen rol te zijn weggelegd in de etiologie van TMD.⁷

Vaak gaan patiënten met TMD-klachten naar de tandarts, die deze patiënten voor diagnostiek en eventuele behandeling kan doorverwijzen naar een tandarts-gnatholoog. Deze specialist heeft uitgebreidere kennis en vaardigheden op het gebied van kaakklachten en pijn in het gezicht. Deze patiënten melden zich ook geregeld bij hun huisarts. Volgens het Nivel Zorgregistraties Jaarrapport 2020 (Zorg door de huisarts) ligt de incidentie van kaak(gewricht)symptomen/-klachten (ICPC-code L07) op 4,4 per 1000 per jaar.⁸

MOND OPENEN EN SLUITEN

Normaal gesproken ligt de maximale mondopening tussen 40-60 mm, waarbij vrouwen gemiddeld een iets kleinere

mondopening hebben dan mannen [figuur 1]. Tijdens het openen van de mond maken de kaakkopjes in eerste instantie voornamelijk een draaiende beweging in de gewrichtskom (rotatie), waarna ze bij het verder openen naar voren/beneden schuiven (translatie). Deze translatie van het kaakkopje is ook voelbaar: plaats een vinger net voor de gehoorgang en open vervolgens de mond. U voelt dan het kaakkopje naar voren (en naar buiten) bewegen. Door de combinatie van rotatie en translatie kan de onderkaak naar alle kanten bewegen (links, rechts, voorwaarts en allerlei combinaties hiervan).

TMD-PIJN

TMD-pijn heeft een multifactoriële, biopsychosociale etiologie.⁹ Denk aan onderliggende systemische aandoeningen (bijvoorbeeld reumatoïde artritis), slaapstoornissen, trauma's en schadelijke mondgewoonten (parafuncties). Parafuncties betreffen alle extra activiteiten van de mond naast de normale functies (kauwen, slikken en spreken). Daaronder verstaan we onder andere klemmen en tandenknarsen (bruxisme), kauwgom kauwen, nagelbijten, lip- en wangbijten en op pennen bijten. Daarnaast spelen genetische factoren en psychosociale factoren als werk- en/of privéproblemen, stress en ingrijpende levensgebeurtenissen een rol bij het ontstaan van TMD.^{3,10}

De prevalentie van TMD-pijn bedraagt circa 8% van de volwassen Nederlandse bevolking.¹¹ Slechts een klein deel zoekt hulp bij de huis- of tandarts. Myogene TMD-pijn heeft meestal geen progressief verloop, is doorgaans mild van karakter en fluctueert veelal over de tijd. De intensiteit is afhankelijk van orale functies (bijvoorbeeld kauwen of gapen).¹² Daarnaast rapporteren veel patiënten met myogene TMD-pijn ook pijn in andere delen van het lichaam, bijvoorbeeld in de nek of onderrug.^{13,14} Zeurende, doffe pijn of een vermoeid gevoel duidt vaak op spiergerelateerde pijn, terwijl artralgie meer wordt omschreven als scherp/stekend.¹⁵ De meeste TMD-patiënten met pijn die behandeling zoeken, zijn vrouwen in de leeftijdscategorie van 20 tot 45 jaar.¹⁶

Net als bij andere chronische pijn-aandoeningen spelen psychosociale factoren waarschijnlijk een belangrijke rol.¹⁷ Ook gaat chronische pijn vaak gepaard met depressieve klachten en angst, die op hun beurt de pijn weer in stand kunnen houden.¹⁸ Differentieel diagnostisch kunnen we bij sommige TMD-klachten denken aan andere klachten in het kno-gebied, zoals otitis externa, enkelzijdige sinusitis, speekselklierproblemen, arteriitis temporalis of spanningshoofdpijn. Ook zijn neurologische oorzaken mogelijk (zoals trigeminusneuralgie) of tandheelkundige oorzaken (kiespijn, een wortelkanaalontsteking). In het geval van chronische TMD-pijn ontbreken doorgaans de puur fysiologische verklaringen voor de klachten/symptomen (volledig) en kunnen we deze beschouwen als aanhoudende lichamelijke klachten (ALK).¹⁹

KAAGEWRICTSGELUIDEN

Bij de meeste mensen beweegt het kaakkopje soepel in het kaakgewricht. Soms kan de beweging gepaard gaan met ge-

DE KERN

- Temporomandibulaire disfunctie (TMD) gaat doorgaans gepaard met klachten van de kauwspieren en/of het kaakgewricht.
- Differentieel diagnostisch kan TMD lijken op kiespijn, otitis externa, sinusitis en trigeminusneuralgie.
- TMD-pijn verergert tijdens het bewegen van de onderkaak, zoals bij kauwen.
- Myogene TMD heeft vaak een gunstig beloop.
- De behandeling bestaat altijd uit counseling [geruststellen, en uitleg en adviezen geven].

luiden uit het kaakgewricht of met een beperkte of asymmetrische mondopening. Afhankelijk van wat er in het gewricht mis is, zijn er diverse soorten kaakgewrichtsgeluiden mogelijk (van knappend tot zanderig/schurend). Zo kan een deel van de discus articularis zich bijvoorbeeld niet óp het kaakkopje bevinden, maar ervóór. Hierdoor vormt zich als het ware een soort drempel, waar het kaakkopje tijdens het openen van de mond eerst tegenaan duwt om er vervolgens overheen te schieten. Dit gaat dan vaak gepaard met een knappend geluid: een kaakgewrichtsgeluid. Hierbij schiet de discus dus terug op zijn normale plaats. Bij het sluiten van de mond gebeurt het omgekeerde: de discus blijft niet boven op het kaakkopje zitten, maar glipt weer vóór het kaakkopje, wat soms vergezeld gaat met een hoorbare sluitknop.²⁰ Deze functiestoornis noemen we een anterieure discusverplaatsing met reductie (het terug op zijn plek schieten heet 'reductie').²¹ Dit was bijvoorbeeld aan de hand bij de patiënte uit de casus. Een anterieure discusverplaatsing met reductie komt veel voor, geeft weinig problemen en ontstaat meestal tijdens de adolescentie. De prevalentie onder mensen boven de 18 jaar kan oplopen tot circa 20%.²²

Bij patiënten met incidentele bewegingsbeperkingen blijkt de anterieure discusverplaatsing met reductie zich vaak te ontwikkelen tot een anterieure discusverplaatsing zonder reductie: de discus schiet niet meer terug op het kaakkopje. Het knappende geluid is verdwenen. De mond gaat dan dus scheef open. Bij klachten vereist een anterieure discusverplaatsing zonder reductie een actieve behandeling, waarbij een verwijzing naar een orofaciaal fysiotherapeut is aan te bevelen.²¹

DIAGNOSTIEK

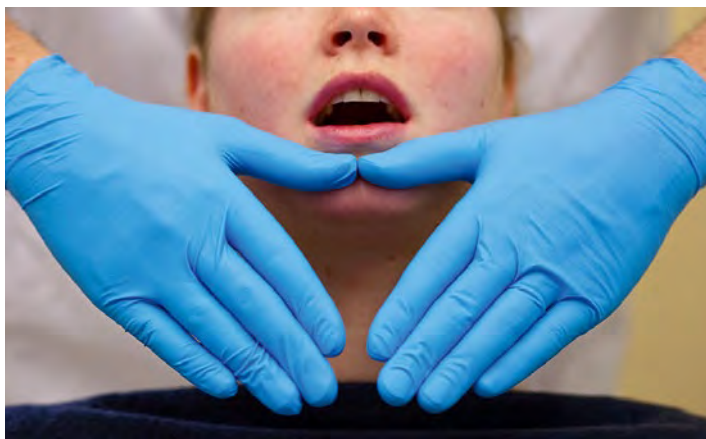
Wanneer een patiënt zich met mogelijke TMD-klachten meldt, begint u met een anamnese. Bij pijnklachten binnen het kauwstelsel bestaat het lichamelijk onderzoek uit inspectie van de mondholte (de status van het gebit en afwijkingen van het slijmvlies), bewegings- en palpatieonderzoek, en pijnprovocatie-tests. De diagnose TMD-pijn stelt u op grond van een combinatie van een pijnklacht in het gebied van de kauwspieren en/of het kaakgewricht, en verergering van de pijnklacht bij het bewegen van de onderkaak in verschillende richtingen en

VERVOLG CASUS

De gnatholoog constateert dat de kauwspiermusculatuur zeer pijnlijk is. De patiënt heeft aan de rechterzijde veel pijn bij tractie en palpatie. Op het OPT zijn geen bijzonderheden te zien. De voorlopige diagnose luidt: anterieure discusverplaatsing zonder reductie aan de rechterzijde. Tevens zijn er forse myogene TMD-klachten aanwezig. Etiologische factoren zijn afbijten, klemmen, knarsen en tongpersen. Het beleid bestaat uit: adviezen en leefregels, vervaardigen van een harde stabilisatieopbeetplaat in de bovenkaak, en fysiotherapie van het kauwstelsel, met aandacht voor automassage en stretching. Mevrouw krijgt ook ontspanningsoefeningen en *habit-reversal*-technieken. Negen maanden later ontvangt haar huisarts de ontslagbrief van de gnatholoog: de patiënt is vrijwel pijn- en klachtenvrij, en kan weer probleemloos haar mond gebruiken. Ze blijft de opbeetplaat als *night guard* gebruiken en laat die tijdens tandheelkundige controle beoordelen op pasvorm en occlusie/articulatie.

Figuur 2

Voorbeeld van een dynamische test, waarbij de patiënt de mond sluit met een beetje tegendruk



Figuur 3

De opbeetplaat



tegen weerstand.¹⁰ Zodra dynamische en statische tests (bewegen van de onderkaak actief en tegen weerstand) pijn uitlokken die de patiënt als de bekende pijnklacht herkent, levert dit een betrouwbare en valide TMD-pijndiagnose op [figuur 2].²³ Als u behoefte heeft aan aanvullend beeldvormend onderzoek met een orthopantomogram (OPT; ook wel panoramische röntgenopname genoemd), kunt u de patiënt verwijzen naar de tandarts-gnatholoog of kaakchirurg. Met een OPT wordt niet alleen een overzicht verkregen van alle tanden en kiezen in de boven- en onderkaak, maar ook van eventuele ontstekingen aan de wortelpunten.

BEHANDELING

Omdat TMD-pijn doorgaans mild is en meestal geen progressief verloop heeft, dient de behandeling een reversibel en non-invasief karakter te hebben.¹⁰ Naast counseling kan de behandeling van TMD bestaan uit opbeetplaattherapie, farmacotherapie, fysiotherapie en psychotherapie. Incidenteel kan de kaakchirurg uitkomst bieden. Dit geldt bijvoorbeeld voor artrocentese (spoeling van het kaakgewricht) in geval van artralgie.

Counseling

Counseling omvat 3 onderdelen: geruststellen, uitleg geven en adviezen geven. Geruststelling heeft betrekking op het vaak milde beloop van de klachten. Leg de patiënt uit hoe stress, parafunctionaliteit, spierspanning en TMD kunnen samenhangen. U kunt ook de volgende adviezen geven:

- Probeer het kauwstelsel zo veel mogelijk te ontspannen.
- Probeer belastende mondgewoonten, zoals nagelbijten en kauwgom kauwen, te vermijden.
- Probeer bij acute klachten tijdelijk het afbijten en kauwen van hard of taai voedsel te vermijden.
- Probeer de mond zo min mogelijk wijd te openen (houd met gapen bijvoorbeeld een vuist onder de kin voor tegendruk).
- Probeer zo veel mogelijk aan de pijnlijkste zijde te kauwen wanneer er aan 1 kant meer kaakgewrichtspijn is dan aan de andere.

Opbeetplaattherapie

Na counseling is de opbeetplaat de meest toegepaste behandelstrategie voor TMD. Verwijs hiervoor naar een tandarts. Andere woorden voor opbeetplaat zijn stabilisatieopbeetplaat, spalk of splint [figuur 3]. De opbeetplaat is een hard, doorzichtig kunststof plaatje dat bij voorkeur op de gebits-elementen van de bovenkaak wordt geplaatst. De vermeende werkingsmechanismen zijn het verhinderen van verkeerde mondgewoonten, zoals nagelbijten, het anders belasten van de spieren en de gewrichten, en het beïnvloeden van repetitieve spieractiviteit. Een mogelijk placebo-effect valt echter niet uit te sluiten. Toch is het volgens de multidisciplinaire richtlijn Chronische aangezichtspijn aangetoond dat stabilisatieopbeetplaten effectief zijn bij de behandeling van TMD-pijn.²⁴

Farmacotherapie

Pijnstillers zijn vooral aangewezen bij acute klachten en ter ondersteuning van een andere behandeling voor TMD-pijn (bijvoorbeeld van fysiotherapie en/of opbeetplaattherapie, waarvan bekend is dat ze in het begin gepaard kunnen gaan met een toename van de klachten).¹⁰

De farmacologische bestrijding van chronische TMD-pijn vereist een andere aanpak, namelijk in de vorm van tricyclische antidepressiva of anti-epileptica.²⁴

Fysiotherapie

Ook fysiotherapeutische interventies via oefentherapie (bijvoorbeeld bewegingsoefeningen, mobilisaties of ontspanningsoefeningen) en myofeedback (biofeedback) zijn toepasbaar bij de behandeling van TMD-pijn.²⁵ De orofaciale fysiotherapeut is hierin speciaal geschoold. Afhankelijk van de klacht verdient fysiotherapie als initiële therapie soms de voorkeur boven occlusale opbeetplaattherapie, al moet toekomstig onderzoek hierover meer duidelijkheid verschaffen.²⁶ Voor de effectiviteit van technieken als *transcutaneous electrical nerve stimulation*, ultrageluid en low-level-lasertherapie is geen of slechts zwak bewijs gevonden.²⁴ Raadpleeg de website van de Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie voor een orofaciale fysiotherapeut bij u in de buurt.

Psychotherapie

Ook psychotherapie kan worden toegepast voor de behandeling van TMD-pijn, in het bijzonder bij al langer bestaande TMD-pijnklachten en/of comorbiditeit.²⁴ Er is zwak bewijs dat psychosociale therapie, in de vorm van cognitieve gedragsthe-

rapie, een positief effect kan hebben bij de behandeling van TMD-pijn.^{27,28}

CONCLUSIE

De klachten van TMD kunnen lijken op andere, veel voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Veel van deze klachten zijn goed door de huisarts te behandelen, eventueel in samenwerking met de tandarts. ■

LITERATUUR

1. De Leeuw R, Klasser GD. Differential diagnosis and management of TMDs. In: De Leeuw R, Klasser GD, editors. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. Hanover Park (IL): Quintessence Publishing Co Inc, 2018:143-207.
2. Dimitroulis G. Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ* 1998;317:190-4.
3. Durham J, Newton-John TR, Zakrzewska JM. Temporomandibular disorders. *BMJ* 2015;350:h1154.

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

Buis PAJ, Van Steenis CP, Van Selms MKA. Temporomandibulaire disfunctie. *Huisarts Wet* 2022;65(7):46-9. DOI:10.1007/s12445-022-1490-2.
Gezondheid Centrum Harderwijk, Harderwijk: dr. P.A.J. Buis, huisarts. Maasstadziekenhuis Rotterdam, afdeling Mondziekten, kaakchirurgie en aangezichts chirurgie, Rotterdam: C.P. van Steenis, kaakchirurg. Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, sectie Orofaciale Pijn en Disfunctie, Amsterdam: M.K.A. van Selms, onderzoeker, m.v.selms@acta.nl.
Mogelijke belangenverstreming: niets aangegeven.

Oproep: duurzame columns gezocht

Op welke manier bent u als huisarts (in opleiding) bezig met duurzaamheid? Heeft u bewuste - duurzame - keuzes gemaakt en pakken die goed uit? Of leveren ze juist frustratie op? Schrijf uw ervaringen op in een column van 250 woorden en stuur deze naar H&W.

Huisarts en Wetenschap heeft duurzaamheid hoog op de agenda staan. We zijn erg benieuwd naar de ervaringen van huisartsen met dit thema. Daarom nodigen we u van harte uit om uw ervaringen op te schrijven in de vorm van een column van 250 woorden en deze naar H&W te sturen. Dat kan tot uiterlijk 1 oktober 2022. De beste columns worden gepubliceerd.



Mail uw column naar: redactie@nhg.org.

Het sensitisiatiemodel als hulpmiddel bij aanhoudende lichamelijke klachten

Carine den Boer, Berend Terluin, Annette Blankenstein, Henriëtte van der Horst

Voor veel patiënten is het moeilijk om hun aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) te accepteren. Ze blijven vaak (te) lang zoeken naar een verklaring. Huisartsen staan voor de lastige taak om hen te motiveren om op een adequate manier met hun klachten om te gaan. Bij de uitleg hiervan kunnen ze van centrale sensitisatie gebruikmaken, een van de verklaringsmodellen van ALK. Een stappenplan.

Voor huisartsen vormen patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK [kader 1]) vaak complexe casussen en ze vinden het lastig om hen uit te leggen waarom de klachten niet overgaan.¹⁻³ De langdurige zoektocht naar een verklaring kan bij huisarts en patiënt tot machteloosheid en frustratie leiden, ook al bieden richtlijnen handvatten voor diagnostiek en beleid.⁴⁻⁷ Huisartsen herkennen ALK snel en kunnen ze goed inschatten.^{8,9} Toch duurt het vaak (te) lang – soms wel 2 tot 3 jaar – voordat patiënten met hun klachten en de gevolgen daarvan aan de slag gaan. De conditie van patiënten heeft hier vaak onder te lijden, net als hun sociale contacten. Ze ervaren ook een gebrek aan erkenning, verminderd functioneren of een hoog ziekteverzuim, en kunnen zelfs hun baan kwijtraken. ALK kunnen ook tot hoge maatschappelijke kosten leiden.¹⁰⁻¹² Wanneer huisartsen het aanhouden van de klachten tijdig kunnen uitleggen en verklaren, kan dit bij patiënten met ALK tot acceptatie leiden. Ze blijven dan ook niet langer zoeken naar een diagnose en gaan met de klachten aan de slag.¹³ Huisartsen kunnen hiervoor van centrale sensitisatie (CS) gebruikmaken. We geven concrete handvatten om CS te gebruiken bij het uitleggen van ALK.

CASUS: PATIËNT MET AANHOUDENDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN

Mevrouw Kramer, 45 jaar, komt op het spreekuur. Onlangs is ze naar een reumatoloog en een internist geweest vanwege aanhoudende pijnklachten en vermoeidheid, maar dat leverde niets op. Mevrouw Kramer wil graag van haar klachten af. Haar huisarts wil eerst meer weten over de klachten en de gevolgen hiervan in haar dagelijks leven. Dit levert verrassend veel nieuwe informatie op. Volgens de huisarts kunnen haar klachten versterkt worden doordat mevrouw liever niet om hulp vraagt en last heeft van somberheid. Haar huisarts nodigt haar op korte termijn uit voor een volgend dubbelconsult voor verdere uitleg.

VERVOLG CASUS

In een volgend consult legt haar huisarts uit dat het waarschijnlijk is dat de klachten van mevrouw Kramer aanhouden door centrale sensitisatie. Haar centrale zenuwstelsel is overgevoelig geworden voor prikkels, zodat ze gewone lichaamssignalen als pijn of vermoeidheid ervaart. De huisarts gebruikt de alarmmetafoor: het alarm blijft afgaan terwijl er geen reden (meer) voor is. Ze legt ook uit dat lichaam en geest een geheel zijn: alle signalen uit het lichaam worden in de hersenen verwerkt. Bij CS worden op zich onschuldige signalen in het ruggenmerg versterkt en in de hersenen verder versterkt of onvoldoende geremd. De huisarts bespreekt met mevrouw Kramer dat haar neiging om 'alsmaar door te gaan' zonder tijdig hulp te vragen en haar somberheid de klachten kunnen beïnvloeden. Mevrouw Kramer snapt het nu beter en gaat akkoord met verwijzing naar de POH-ggz en (psychosomatische) fysiotherapie.

WAT IS CS EN WAAROM UITLEG MET CS?

CS betreft een overgevoeligheid van het centrale zenuwstelsel voor sensorische prikkels. Bij CS worden deze prikkels versterkt door een toename van receptoren en neurotransmitters in de dorsale hoorn van het ruggenmerg. Wanneer de prikkels als signalen van gevaar worden geïnterpreteerd, worden ze in de hersenen verder versterkt; als gevaar afwezig lijkt te zijn, worden ze geremd.¹⁴ Deze overgevoeligheid kan worden veroorzaakt door duidelijke weefselschade, waarna de klachten niet meer overgaan of zelfs verergeren. De klachten kunnen ook beginnen na fysieke of mentale overbelasting. In andere gevallen is het onduidelijk wat CS uitlokt. Het idee van CS lijkt goed aan te sluiten bij het referentiekader van huisartsen en patiënten – de laatste kunnen het herkennen en het is meetbaar.¹⁵ Ook maakt het duidelijk hoe lichaam en geest een geheel vormen: de hersenen verwerken alle sensorische prikkels vanuit

KADER 1: VAN SOLK NAAR ALK

Door de jaren heen zijn er verschillende termen in omloop geweest voor klachten die patiënten en artsen vaak voor een raadsel stellen. Vanaf 2010 wordt de term 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' [SOLK] gebruikt. De laatste tijd geven steeds meer patiënten, onderzoekers en behandelaren de voorkeur aan de term 'aanhoudende lichamelijke klachten', die neutraler is en daarom meer geaccepteerd wordt dan SOLK. Bij ALK gaat het niet langer om de oorzaak van de klacht, maar ligt de focus meer op het gegeven dat de klachten aanhouden en de gevolgen die dat voor het functioneren van patiënten heeft. ALK zijn dus klachten die ten minste enkele weken duren, lijdensdruk geven en het functioneren beperken. Hoewel de term 'ALK' nog niet zo gangbaar is, zijn er goede redenen om deze voortaan te gebruiken [zie www.nalk.info]. Daarom gebruiken we deze term hier, ook bij verwijzingen naar onderzoek naar SOLK.

het lichaam, en versterken of remmen deze, afhankelijk van de interpretatie. Hierbij zijn verschillende hersengebieden betrokken, onder andere de hersenstam en hypothalamus

(met reacties als vechten, vluchten en bevriezen), het limbisch systeem (met emoties en sociaal gedrag) en de neocortex (onze ratio).¹⁶

ALK IN 7 STAPPEN



STAP 1

IN GESPREK OVER ALK

Het is meestal al snel duidelijk dat het om ALK gaat. Sluit pathologie eerst uit. Als er voldoende redenen zijn om uit te gaan van ALK, is het aan te raden om het gesprek hierover te beginnen.



STAP 2

TOESTEMMING VRAGEN VOOR EXPLORATIE

Besprek vervolgens met de patiënt of deze openstaat voor een gesprek over de klachten en gevolgen daarvan. Ook als de patiënt nog verder onderzoek wil, maar zo'n gesprek niet afwijst, kunt u hier al mee beginnen.



STAP 3

EXPLORATIE MET SCEGS

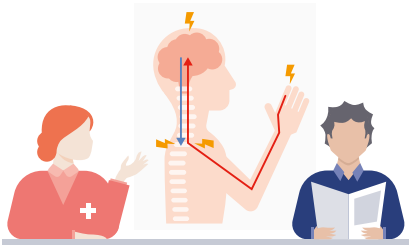
Exploratie van de klachten vindt plaats met behulp van SCEGS: somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale factoren in relatie tot de belangrijkste klachten. Leg uit dat alle aanhoudende klachten invloed hebben op het lichaam, de geest en de sociale omgeving, en dat al deze factoren van belang zijn. De 4DKL is een handig hulpmiddel om te screenen op veel voorkomende comorbiditeit bij ALK, zoals distress, angst en depressie, en geeft een indruk van somatisatie.



STAP 4

GEZAMENLIJKE PROBLEEMDEFINITIE

Een gezamenlijke probleemdefinitie is nodig om verder te kunnen met de uitleg en het formuleren van een behandelplan. Voor u beiden is het duidelijk dat er voldoende onderzoek is gedaan en het tijd is om de klachten aan te pakken. Wanneer een gezamenlijke probleemdefinitie ontbreekt, is het noodzakelijk om te bespreken wat ervoor nodig is om deze (weer) te krijgen. Soms leidt dat tot aanvullend onderzoek of een verwijzing.



STAP 5

UITLEG VAN ALK MET BEHULP VAN CS

Er zijn verschillende verklaringmodellen om ALK uit te leggen, waaronder CS (zie het vervolg van de casus).¹⁷ U kunt op allerlei manieren vertrouwd raken met de uitleg van CS, bijvoorbeeld door een training te volgen, achtergrondinformatie te lezen, instructiefilmpjes te bekijken en/of zelf te oefenen, bijvoorbeeld met een collega of aios (zie de eerste link in [kader 2]). Ook voor patiënten is er veel informatiemateriaal, zoals boeken, (online) cursussen en filmpjes [online kader 2]. Metaforen werken vaak goed en worden ook goed onthouden. Via een metafoor kunnen patiënten het probleem bovendien beter aan anderen uitleggen. Er zijn veel geschikte metaforen, zoals het kapotte alarmsysteem, volumeknoppen die de signalen versterken of verzwakken, de zoomlens die te veel uitvergroot, de stressemmer die overloopt, de rivierbedding die zich verlegt of nieuwe paadjes in het gras die zich vormen als alternatieve route terwijl de oude route dichtgroeit [online kader 2]. Een afbeelding van de werking van het zenuwstelsel en versterking van prikkels bij CS kan daarbij behulpzaam zijn [figuur].



STAP 6

BESPREKEN WELKE FACTOREN DE KLACHTEN BEÏNVLOEDEN

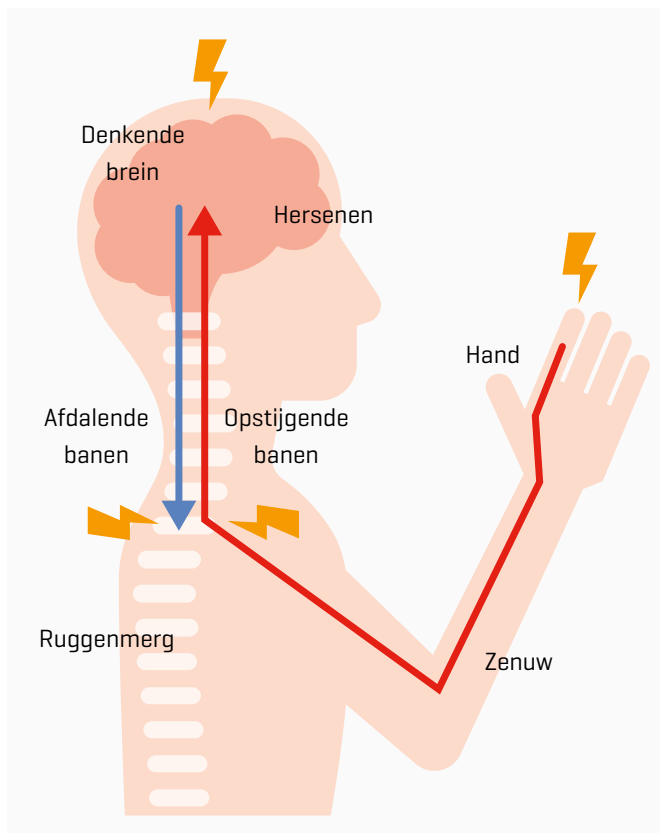
De SCEGS-exploratie heeft een overzicht opgeleverd van de biologische, psychologische en sociale factoren die een rol spelen bij de klachten. Bespreek nu welke factoren invloed kunnen hebben op de klachten van de patiënt.¹⁸ Maak eventueel gebruik van een vicieuze cirkel. Leg de patiënt uit dat lichaam en geest 1 geheel vormen en dat beide invloed hebben op de klachten. Maak ook duidelijk dat het zenuwstelsel en de hersenen flexibel zijn en er nieuwe paden gevormd kunnen worden. Dit biedt hoop op herstel.



STAP 7

OPSTELLEN VAN EEN BEHANDELPLAN

Sluit bij het opstellen van het behandelplan zo veel mogelijk aan bij wat voor de patiënt waardevol is, zodat deze voldoende gemotiveerd wordt om de behandeling te volgen. Overweeg om de patiënt te verwijzen naar (psychosomatische) fysio- of oefentherapie, de POH-ggz of een eerstelijnspsycholoog die ervaring heeft met het behandelen van ALK. Verwijs in geval van ernstige klachten bij voorkeur naar een multidisciplinair werkend behandelcentrum. Het is belangrijk dat de betrokken zorgverleners dezelfde termen gebruiken. Vermeld in de verwijsbrief wat de patiënt precies is verteld. Na verwijzing stellen de meeste patiënten het op prijs wanneer hun huisarts (telefonisch) contact houdt en dat ze laagdrempelig op consult kunnen komen als de klachten veranderen of wanneer ze ongerust zijn.



Figuur De werking van het zenuwstelsel bij centrale sensitisatie

UITLEG BIJ ALK

We beschreven de diagnostiek en behandeling van ALK in 7 stappen en gebruikten hierbij CS als verklaringmodel. Zorgverleners gebruiken CS al vaak bij de uitleg van aanhoudende (pijn)klachten. CS is een fysiologisch mechanisme dat de wisselwerking tussen lichaam en geest beschrijft en daarmee een integrale verklaring voor ALK biedt. Huisartsen die meededen aan ons onderzoek naar uitleg met behulp van CS vonden deze uitleg goed wetenschappelijk onderbouwd, bruikbaar en geloofwaardig. Ze rapporteerden dat patiënten dankzij de uitleg van CS beter leken te begrijpen waarom de klachten niet overgingen en meer gemotiveerd leken om te kiezen voor een behandeling waar ze baat bij zouden kunnen hebben.¹⁹

Naast CS kunnen bij ALK ook andere mechanismen een rol spelen. Wanneer ALK na een infectieziekte ontstaat, ligt het voor de hand om bij de uitleg in te gaan op ontregeling van het immuunsysteem en het autonome zenuwstelsel. Als ALK na een periode van langdurige stress begon, is uitleg over ontregeling van het stresshormoonstelsel op zijn plaats.¹⁸ Soms spelen psychische factoren een belangrijke rol, zoals somatosensorische amplificatie (te veel focussen op klachten) en emoties.¹⁹ Ten slotte is er bij patiënten met ernstige ALK geregeld sprake van trauma's, onveilige hechting, emotionele verwaarlozing, seksueel misbruik of parentificatie.²⁰ Het is dus van belang om bij een complex probleem als ALK een integrale aanpak te hanteren en verschillende verklaringmodellen in te zetten, toegespitst op de situatie van de persoon.

Zoals bij alle uitleg geldt ook hier het advies om niet te veel tegelijk te vertellen, eenvoudige taal te gebruiken en ondersteuning te geven met tekeningen, plaatjes en filmpjes. Het kan in het begin oncomfortabel voelen om een nieuwe manier van uitleggen toe te passen, maar na enige oefening bleken de huisartsen die onze training volgden meer werkplezier te ervaren.

CONCLUSIE

Tijdig bespreken dat er sprake is van ALK en de patiënt goed uitleggen welke factoren het herstel kunnen beïnvloeden, kunnen leiden tot begrip en acceptatie bij de patiënt. Deze zal dan eerder de juiste hulp zoeken om aan de klachten en de gevolgen ervan te gaan werken. Voor de uitleg zijn verschillende verklaringmodellen en metaforen geschikt, waaronder centrale sensitivatie. Deze uitleg vergt wel enige oefening, maar hier zijn trainingen en hulpmiddelen voor beschikbaar. ■

LITERATUUR

1. Terpstra T, Gol JM, Lucassen P, Houwen J, Van Dulmen S, Berger MY, et al. Explanations for medically unexplained symptoms: a qualitative study on GPs in daily practice consultations. *Fam Pract* 2020;37:124-30.
2. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do

DE KERN

- Het is belangrijk dat patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten [ALK] een goede uitleg van hun klachten krijgen.
- Als ze begrijpen waarom de klachten niet overgaan, zullen ze hun zoektocht naar een diagnose als verklaring voor de klachten eerder stoppen en sneller op een adequate manier met hun klachten aan de slag gaan.
- Een van de verklaringmodellen die de huisarts kan gebruiken is centrale sensitivatie, een model waarin de wisselwerking tussen lichaam en geest bij het ontstaan en aanhouden van de klachten wordt uitgelegd.
- Huisartsen kunnen centrale sensitivatie goed aan de patiënt uitleggen.

general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:68.

3. Den Boeft M, Huisman D, Morton L, Lucassen P, Van der Wouden JC, Westerman MJ, et al. Negotiating explanations: doctor-patient communication with patients with medically unexplained symptoms – a qualitative analysis. *Fam Pract* 2017;34:107-13.

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

Den Boer C, Terluin B, Blankenstein AH, Van der Horst HE. Het sensitivatiemodel als hulpmiddel bij aanhoudende lichamelijke klachten. *Huisarts Wet* 2022;65(7):50-3. DOI:10.1007/s12445-022-1489-8. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling huisartsgeneeskunde, Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam: C. den Boer, huisarts, promovendus, kaderhuisarts ggz, c.denboer@amsterdamumc.nl; dr. B. Terluin, huisarts n.p., senior onderzoeker; dr. A.H. Blankenstein, huisarts n.p., senior onderzoeker; prof. dr. H.E. van der Horst, huisarts n.p., hoogleraar huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Oplossing Uw diagnose 'Groeven op de hoofdhuid'

Het juiste antwoord is cutis verticis gyrata.

Bij primaire cutis verticis gyrata is er sprake van overgroei van de huid op de scalp (de behaarde schedelhuid), met als gevolg de vorming van symmetrische groeven of cerebriforme vouwen in de huid. Er is geen sprake van faciale betrokkenheid. Cutis verticis gyrata kan geïsoleerd voorkomen, maar zien we ook wel eens in samenhang met neurologische problemen (statische encefalopathie, chronische epileptische insulden, microcefalie en mentale retardatie) en/of oftalmologische problemen (strabisme, cataract, nystagmus en keratoconus). In beide gevallen komt het vaker voor bij mannen. Dit verschijnsel kan vanaf de geboorte aanwezig zijn, maar ook op latere leeftijd ontstaan, meestal na de puberteit. Verder kan cutis verticis gyrata secundair voorkomen bij een andere onderliggende aandoening, zoals acromegalie en myxoedeem, maar ook paraneoplastisch. Wanneer hier klinisch of anamnestic aanwijzingen voor zijn, is doorverwijzing naar de desbetreffende specialist op zijn plaats. Er bestaat geen goede behandeling voor dit huidbeeld. Als het beeld in ernst blijft

toenemen, valt een chirurgische behandeling bij de plastisch chirurg te overwegen. Enkele onderzoeken melden goede kortetermijnresultaten van deze behandeling. NB. Geen enkele van de genoemde differentiële diagnoses veroorzaakt dergelijke symmetrische groeven op de scalp. Coup de sabre komt meestal voor op het voorhoofd, maar kan in zeldzame gevallen geïsoleerd op de scalp voorkomen. Het blijft hierbij echter bij 1 solitaire groef. ■

LITERATUUR

1. Aslan C, Tan O, Hosnuter M, Isik D. Primary cutis verticis gyrata. *J Craniofac Surg* 2015;26:974-5.
2. Chang GY. Cutis verticis gyrata, underrecognized neurocutaneous syndrome. *Neurology* 1996;47:573-5.
3. Cribier B, Lipsker D, Mutter D, Grosshans E. Pachydermie vorticellée occipitale: traitement chirurgical de réduction [Cutis verticis gyrata: reduction surgical treatment]. *Ann Dermatol Venerol* 1993;120:542-5.
4. Zhao L, Fang F, Xu J, Wang Y, Qian G, Lin J, et al. Giant primary cutis verticis gyrata successfully treated with surgical excision and tissue expansion. *Dermatol Surg* 2006;32:753-5.

Antwoorden casus 'Kan een hoor- toestel bij presbycusis wachten?'

ANTWOORDEN BIJ DE CASUS VAN MENEER AALBERS

1. In het audiogram is in de hoge tonen een symmetrisch verlies te zien tot 80 dB. Het beengeleidingsaudiogram (groen) is vrijwel gelijk aan het luchtgeleidingsaudiogram (rood voor rechts en blauw voor links), wat wijst op puur perceptief gehoorverlies. In het spraakaudiogram zijn de curves ongeveer 20 dB naar rechts verschoven. Dat wil zeggen dat de woorden 20 dB harder moeten worden aangeboden om hetzelfde resultaat te halen als de norm (een goed horend jong persoon). Als de woorden hard genoeg worden aangeboden, haalt meneer Aalbers 100% spraakverstaan, wat wil zeggen dat hij nog niet aan discriminatievermogen heeft ingeleverd. Voor hoge tonen is 80 dB nodig om het geluid te horen. Dat is vergelijkbaar met vioolspel.

2. Hoewel meneer Aalbers zelf nog weinig hinder ervaart in het sociale verkeer is het toch verstandig om hem te verwijzen naar een kno-arts voor nader onderzoek en een eventuele indicatie voor gehoorverbetering.

3. Omdat meneer Aalbers jonger is dan 67 jaar moet hij worden verwezen naar een kno-arts of audiologisch centrum. Met deze gegevens heeft de kno-arts geen reden voor beeldvorming of operatief ingrijpen. Als meneer ouder was geweest, zou de audicien zelf de hoortoestellen hebben mogen verstrekken. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet het gehoorverlies op 1, 2 en 4 kHz aan beide oren gemiddeld minstens 35 dB zijn. Meneer Aalbers voldoet daaraan.

Ecg-casus 'Het hoofd koel houden'

Robert Willemsen, Guusje Bertholet, Karen Konings

CASUS

Patiënt: Een 29-jarige man belt om 8:00 uur 's morgens de spoedlijn van de huisarts. Hij is om 6:00 uur doodsbang wakker geschrokken, met hartbenzen en pijn op de borst. De pijn werd minder toen hij ging rondrentelen in de woonkamer, maar zodra hij weer ging zitten, nam deze weer toe. De patiënt heeft de avond ervoor hevige ruzie gehad met zijn vriendin. De relatie is feitelijk voorbij en ze moeten hun huis gaan verkopen. Hij kon de slaap niet vatten en heeft toen vrij veel biertjes gedronken. De doktersassistente roept vanwege de hevige ongerustheid van de man meteen de aios huisartsgeneeskunde erbij.

Voorgeschiedenis: Blanco.

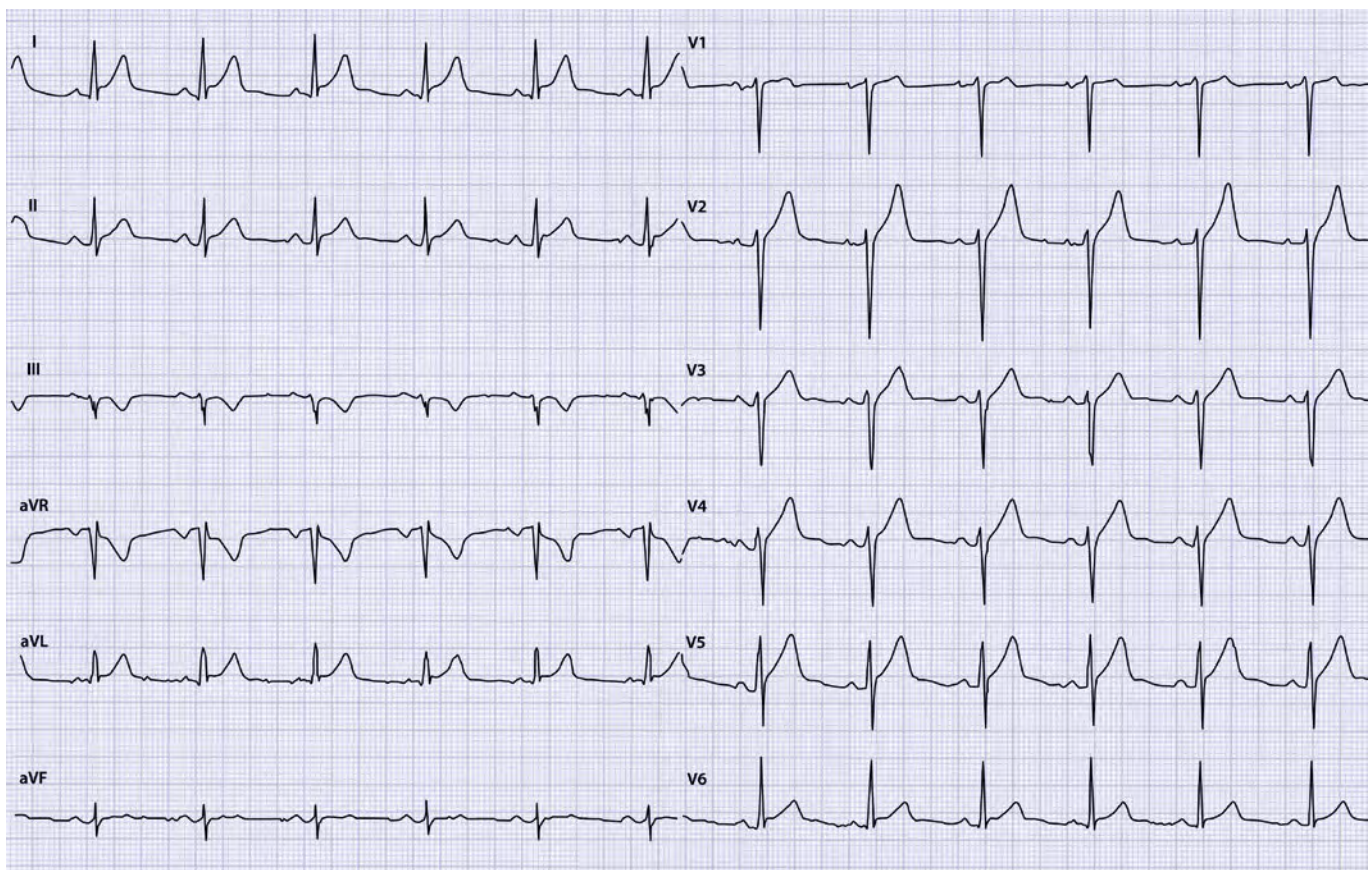
Medicatie: Geen.

Anamnese: In de familie zijn er geen hart- en vaatziekten (beide ouders zijn zeer vitaal). De patiënt rookt niet en haalt ruimschoots de beweeg-

norm [hij werkt als dakdekker en sport geregeld]. De aios wil de patiënt graag zien om hem gerust te kunnen stellen en verder te helpen. Ze denkt niet aan een acuut coronair syndroom.

Lichamelijk onderzoek: Onrustige en vermoeide indruk, hevig ongerust. Bloeddruk 123/72 mmHG. Puls 73/min, regulair. Saturatie 98%. Temperatuur 36,5° C. Geen dyspneu, geen tachypneu. Hart: normale harttonen, geen souffles. Longen: vesiculair ademgeruis, geen bijgeluiden. Hals: geen opgezette lymfeklieren, schildklier geen zwelling of onregelmatigheid palpabel. Thorax: geen drukpijn op te wekken.

Mede op verzoek van de patiënt volgt er 'ter geruststelling' een ecg. De automatische interpretatie vermeldt een 'acuut lateraal myocardinfarct'.



Illustratie: Guusje Bertholet

OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG 10⁺.^{1,2}
2. Wat is uw verdere beleid? Is er inderdaad een infarctbeeld?

➤ Het antwoord staat op pagina 67 en op www.henw.org bij dit artikel, zoek op 'Ecg-casus' en 'Het hoofd koel houden'.

LITERATUUR

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

Langetermijngevolgen voor werk van niet-aangeboren hersenletsel

Judith van Velzen, Coen van Bennekom

Mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kunnen na een herstelperiode vaak weer aan het werk. Het kan echter gebeuren dat mensen jaren later alsnog problemen ervaren. Ze komen dan vaak met klachten bij hun huisarts terecht. Voor de huisarts is het dikwijls lastig om te zien dat de klachten verband kunnen houden met het eerdere NAH.

In Nederland leven naar schatting ruim 600.000 mensen met een vorm van NAH met een al dan niet traumatische oorzaak.¹ Vierentachtig procent van de mensen met traumatisch hersenletsel en ongeveer 30% van de mensen met niet-traumatisch hersenletsel zijn jonger dan 65 jaar op het moment dat ze het letsel oplopen.^{2,3} Volgens internationale onderzoeken is ongeveer 40% van de mensen die voor het NAH werk hadden binnen 2 jaar in staat terug te keren naar het eigen, aangepast of ander werk.⁴ Niettemin kunnen mensen na geslaagde arbeidsre-integratie na enige tijd, soms pas jaren na het ontstaan van NAH, alsnog problemen en klachten krijgen die het werken onmogelijk maken. Ze melden zich dan vaak met vage, op burn-out lijkende klachten bij hun huisarts. Dat het eerder opgetreden NAH (mede) de oorzaak kan zijn van het disfunctioneren wordt dan vaak niet onderkend (zie de casussen).⁵ We laten zien hoe u als huisarts kunt achterhalen of de klachten op het werk gerelateerd kunnen zijn aan het eerder opgelopen NAH. Daarnaast gaan we in op de in 2021 verschenen herziene richtlijn NAH en arbeidsparticipatie.⁶

NIET-AANGEBOREN HERSENLETSEL

NAH is een paraplu-begrip voor hersenletsel met een traumatische oorzaak (zoals bij een ongeval, trauma of val) of een niet-traumatische oorzaak (zoals bij een beroerte, infectie of tumor). Progressieve aandoeningen als dementie en kwaadaardige hersentumoren vallen niet onder dit begrip. In overeenstemming met de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie richten wij ons in dit artikel op de mensen bij wie een neuroloog hersenschade heeft vastgesteld.

Neurologisch herstel vindt vooral plaats in de eerste 3 tot 6 maanden. Daarna berust verbetering van het functioneren vooral op het leren omgaan met de gevolgen van het letsel, waarbij de patiënt bijvoorbeeld compensatiestrategieën aanleert. De individuele gevolgen en de ernst van de gevolgen lopen uiteen, wat onder andere samenhangt met de grootte en

CASUS 1: EEN VROUW DIE WERK WEIGERT

Mevrouw Maas (60 jaar) is 30 jaar werkzaam bij hetzelfde bedrijf. Sinds een beroerte 4 jaar geleden draait mevrouw alleen nog avonddiensten. Op zeker moment moet iedereen in het bedrijf alle diensten gaan draaien om bedrijfsorganisatorische redenen, ook mevrouw Maas. Ze heeft sindsdien moeite haar werk naar behoren uit te voeren. Dit leidt tot een arbeidsconflict met haar leidinggevende. Mevrouw meldt zich ziek. Huisarts en bedrijfsarts vinden geen oorzaak voor de haperende uitvoering van de werktaken. De bedrijfsarts concludeert dat het om werkweigering gaat.

CASUS 2: EEN MAN MET EEN BURN-OUT

Meneer Nasr (32 jaar) heeft sinds enkele weken problemen op zijn werk: hij is snel moe en geprikkeld, en kan zich slecht concentreren. Ook thuis reageert hij vaak geïrriteerd op zijn vrouw en kind. De huisarts denkt aan een burn-out. Vermoeidheid kan een rol spelen, omdat het kind een jaar geleden is geboren.

locatie van de schade in de hersenen, en met de persoonlijke aanleg van de patiënt en diens omstandigheden. De gevolgen kunnen fysiek, cognitief, emotioneel en/of gedragsmatig van aard zijn.⁷ Het is niet altijd direct duidelijk wat de gevolgen zijn, omdat deze soms zo subtiel zijn dat ze pas duidelijk worden wanneer de patiënt het dagelijkse leven weer volledig oppakt.

BELOOP VAN HET HERSTEL

Na het ontstaan van het letsel en het stellen van de diagnose begint de neuroloog of neurochirurg met een behandeling. Op deze acute fase volgt de herstelfase, waarbij het gaat om functieherstel. Zoveel mogelijk terugkeren naar het eigen dagelijkse leven is dan het doel.⁸ Vaak wordt hierbij een eerstelijnsfysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en/of psycholoog ingeschakeld. Wanneer de gevolgen van NAH ernstiger en complexer zijn, kan de patiënt voor behandeling worden verwezen naar een revalidatiecentrum of afdeling revalidatiegeneeskunde van een ziekenhuis. Tot slot volgt een adaptatiefase, waarin de patiënt zich voortdurend moet aanpassen aan de (blijvende) gevolgen van het NAH [figuur]. Deze fase kan levenslang duren, want ook als na verloop van tijd een stabiele situatie ontstaat, kan een kleine verandering in de omstandigheden dat evenwicht verstoren. De patiënt moet dan een nieuwe balans in het leven vinden.

NAH EN WERK

Voor mensen met NAH is het verliezen van het werk een van de moeilijkst te accepteren veranderingen na het oplopen van het letsel.⁸ Ze raken niet alleen werk en inkomen kwijt, maar ook hun sociale contacten en een bepaalde identiteit. Dit kan hun zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde aantasten.

Wanneer ze voor het letsel werk hadden, hoort terugkeer naar werk bij het herstel van het eigen dagelijkse leven. Hoeveel mensen in Nederland na het ontstaan van NAH in staat zijn weer aan het werk te gaan, is niet bekend. Wel weten we dat in maart 2020 bijna 19.000 mensen een UWV-uitkering ontvingen vanwege een vorm van NAH.

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) onderscheidt 5 domeinen die van invloed zijn op de arbeidsparticipatie: de aandoening (in dit geval het NAH), functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, en externe en persoonlijke factoren.⁹ Om te kunnen participeren, moet er een zeker evenwicht bestaan tussen deze factoren. Er ontstaan problemen wanneer dat evenwicht wordt verstoord. De aangeleerde compensatiestrategieën werken plotseling niet meer. Niet iedereen is in staat om zonder hulp nieuwe strategieën te bedenken en toe te passen. Dit kan zowel korte als lange tijd na het ontstaan van het NAH gebeuren. Veranderingen waar gezonde mensen nauwelijks last van hebben – zoals nieuwe apparatuur op het werk of een nieuwe collega –, kunnen het leven van mensen met NAH behoorlijk in de war schoppen. Het aanleren van nieuwe vaardigheden en het aanpassen aan nieuwe omstandigheden zijn voor mensen met NAH niet altijd gemakkelijk.

In de casussen gaat het om veranderingen in werktijden of de komst van een kind. In beide gevallen kregen de patiënten problemen op hun werk. Wat uit de tweede casus ook duidelijk wordt, is dat de klachten waarmee iemand zich bij de huisarts (of bedrijfsarts) meldt soms eerder lijken te wijzen op een burn-out, dan op de gevolgen van NAH. Het onderscheid tussen een 'gewone' burn-out en de gevolgen van NAH is niet altijd even gemakkelijk te maken. De fysieke en geestelijke vermoeidheid die bij burn-out optreden, kunnen ook voorkomen bij NAH. Mogelijk gebeurt dit bij mensen met NAH sneller doordat ze kwetsbaarder zijn voor de factoren die samen-

DE KERN

- De huisarts is de aangewezen persoon om alert te zijn op de relatie tussen eerder opgelopen niet-aangeboren hersenletsel [NAH] en ontstane problemen op het werk, ook langere tijd na het ontstaan van het NAH.
- De huisarts speelt een cruciale rol bij het tijdig doorverwijzen naar de juiste begeleiders en kan daardoor escalatie van de problemen helpen voorkomen.
- De richtlijn NAH en arbeidsparticipatie biedt de huisarts handvatten voor de juiste begeleiding en doorverwijzing.

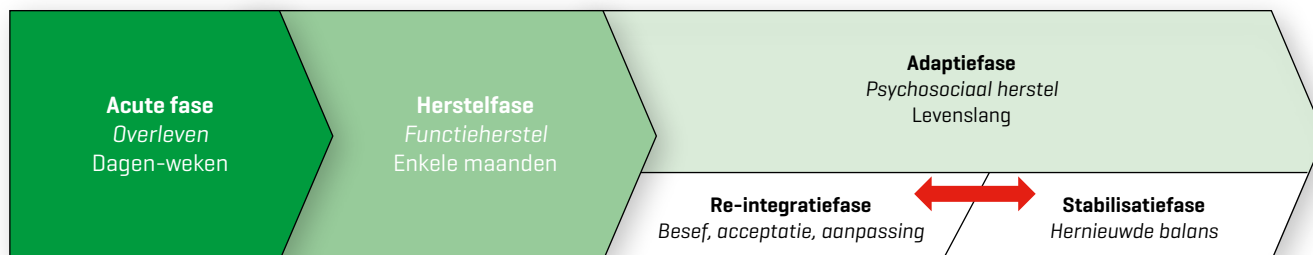
hangen met burn-out. Ook de onzichtbaarheid van de meeste gevolgen van NAH speelt hierbij een rol, want deze maakt dat mensen al snel worden overschat en/of overvraagd. Wanneer het achterliggende NAH niet wordt (h)erkend, kunnen de problemen op termijn blijven bestaan of zelfs groter worden omdat behandeling en begeleiding uitblijven. De activiteiten van mensen met NAH dienen niet alleen rustig te worden opgebouwd, maar er moet ook rekening worden gehouden met de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van het NAH. Vaak is daarbij begeleiding van een psycholoog, jobcoach of arbeidsdeskundige met kennis van NAH nodig. Daarnaast kan een aanpassing van de werktijden, -plek en/of -taken nodig zijn om een burn-out of terugval te voorkomen.

VERVOLG CASUS 1: EEN ONTERECHE CONCLUSIE

De beschuldiging van werkweigering blijkt onterecht. Uit een arbeidsbelastbaarheidsonderzoek blijkt dat er als gevolg van de eerdere beroerte sprake is van cognitieve beperkingen. Door het werken in ploegdienst in plaats van alleen tijdens de avonddienst werd het weekschema van mevrouw in de war gegooid, had ze niet altijd voldoende tijd tussen de diensten om goed te herstellen en was haar werkplek minder rustig. Dit zorgde voor concentratieverlies, een korter lontje, ernstige vermoeidheid en daarmee verminderd functioneren. De problemen verdwenen toen mevrouw weer alleen avonddiensten kon werken verdwenen. Het duurde echter nog een tijd voor ze weer met plezier naar haar werk ging. Eerdere onderkenning van de oorzaak van het probleem had het arbeidsconflict en de negatieve ervaringen van mevrouw kunnen voorkomen.

Figuur

Biopsychosociaal model van de zorgfasen na hersenletsel⁸



VERVOLG CASUS 2: EEN AANGEPASTE DIAGNOSE

De conclusie van de huisarts dat het om een burn-out gaat, verandert als ze in het patiëntendossier ziet staan dat meneer 3 jaar eerder door een val traumatisch hersenletsel heeft opgelopen. De huisarts vermoedt dat de thuissituatie door de komst van het kind dusdanig is veranderd dat de balans tussen werk en privé die na het NAH was gecreëerd, werd verstoord. De huisarts verwijst meneer door naar een revalidatiecentrum voor hulp bij het hervinden van de balans. Tijdens de revalidatiebehandeling krijgt hij meer handvatten om beter met de toename van prikkels thuis om te gaan. Omdat herstellen na het werk moeilijk blijft, gaat meneer ook minder uren werken. Hierdoor komt de balans tussen werk en privé weer op orde. Het snelle ingrijpen heeft een langdurige ziekmelding voorkomen. Meneer kon met plezier blijven werken en het ook thuis fijn hebben met zijn gezin.

Wat de gevolgen van het niet vroegtijdig onderkennen of behandelen kunnen zijn, wordt duidelijk in het vervolg van de 2 casussen.

BESCHOUWING

De rol van de huisarts

Wanneer mensen lichamelijke of psychische klachten hebben, melden ze zich in eerste instantie vaak bij hun huisarts. Vooral als ze geen revalidatietraject hebben doorlopen en/of geen bedrijfsarts hebben, is de huisarts de aangewezen persoon voor hulp. Als er in het verleden sprake is geweest van NAH, moet mogelijk een andere behandeling worden ingezet dan wanneer dat niet het geval is. Daarbij kan de beslisregel voor het opsporen van NAH van pas komen.¹⁰ Alarmsignalen voor een (dreigende) uitval uit het werk waarbij eerder opgelopen NAH mogelijk een rol speelt, zijn onder andere: onbegrepen moeheid, veranderingen in concentratievermogen, geheugenproblemen, verminderde prikkeltolerantie, emotionele labiliteit, depressie en/of angst, verminderde kwaliteit en/of kwantiteit van de werkzaamheden en een verstoorde werk-privébalans.⁶ Het voor zorgverleners ontwikkelde signaleringsinstrument SIGEB, signaleringsinstrument voor de langetermijngevolgen van een beroerte, en de signaleringslijst Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel kunnen de huisarts (en/of de POH(-ggz)) helpen bij het in kaart brengen van de niet direct zichtbare gevolgen van NAH.¹¹⁻¹³ Omdat het invullen van de SIGEB gemiddeld 85 minuten duurt, kan de POH(-ggz) met kennis van NAH deze het beste invullen, om de resultaten vervolgens met de huisarts te bespreken.¹¹ Wanneer het specifiek om cognitieve en emotionele problemen gaat, kan het voldoende zijn om alleen de Checklijst Cognitie en Emotie (CLCE-24) uit de SIGEB in te vullen. Dit verkort de invultijd sterk.

De POH-ggz kan ondersteuning bieden bij een verstoorde werk-privébalans. Gedragsproblemen en ernstige depressie kunnen worden behandeld door een eerstelijnspsycholoog, bij grote vermoeidheid en problemen met de energiebalans kan een eerstelijnsgergotheapeut behulpzaam zijn. Verder zijn er verschillende landelijke en regionale organisaties die zich bezighouden met de behandeling van mensen met NAH. Voor-

Tabel

Aanbevelingen voor de huisarts uit de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie⁶

Fase	Aanbeveling
Acute fase	Adviseer de patiënt om de mogelijke gevolgen van NAH in een zo vroeg mogelijk stadium met de bedrijfsarts te bespreken wanneer er al problemen met werken worden verwacht voordat de patiënt weer aan het werk gaat.
Herstelfase	Wees alert op de gevolgen van NAH en verwijs zo nodig voor arbeidsgerichte interventies. Neem, na toestemming van de patiënt, contact op met de bedrijfsarts wanneer er problemen zijn met de terugkeer op de werkvloer of als de patiënt werkgerelateerde problemen ervaart.*
Langetermijnfase	Wees ook in de adaptatiefase alert op veranderingen in het werkgerelateerde functioneren. Betrek de bedrijfsarts er tijdig bij om bij signalen van overbelasting de oorzaak van de verandering in kaart te brengen. Zorg ervoor dat de patiënt en diens naasten tijdig geïnformeerd worden over de WIA-aanvraag [de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen], zodat ze de juiste stappen kunnen zetten en op de hoogte zijn van de procedure.

* Elders is dit artikel en in de module 'Geen werkgever' van de richtlijn wordt beschreven met wie patiënten contact kunnen opnemen wanneer ze geen werkgever [en daarmee geen bedrijfsarts] hebben.

beelden zijn InteraktContour, Siza en het landelijke netwerk Hersenz. Wanneer de patiënt kampt met complexere problematiek waarvoor samenwerking tussen disciplines nodig is, kan deze een verwijzing krijgen naar een revalidatie-instelling met expertise op het gebied van NAH en arbeid.^{6,14} Een tijdige en juiste verwijzing helpt de patiënt bij het terugkeren naar en behouden van werk. De Breinlijn (www.breinlijn.nl) is een gratis landelijk loket waar zowel de patiënt als een professional – zoals een huisarts of POH(-ggz) – een hersenletseldeskundige uit de eigen regio kan vinden, die kan meedenken over verwijzing naar passende zorg en ondersteuning.

In 2021 verscheen de herziene multidisciplinaire richtlijn NAH en arbeidsparticipatie.⁶ Deze is opgebouwd volgens de fasen die iemand na het letsel doorloopt. Ze bevat aanbevelingen voor de acute fase, herstelfase (uitgesplitst in de onderwerpen 'voorspellen terugkeer naar werk' en 'interventies ten aanzien van arbeidsparticipatie'), bijna-aan-het-werkfase en de langetermijnfase. Daarnaast geeft de richtlijn informatie en aanbevelingen over de relevante wet- en regelgeving op het gebied van arbeids(on)geschiktheid voor mensen met en zonder werkgever. Omdat hard bewijs ontbreekt, zijn de meeste aanbevelingen gebaseerd op *expert opinion*. Beoogde gebruikers van de richtlijn zijn ook de huisarts en POH(-ggz). Zij spelen immers binnen vrijwel alle genoemde fasen een belangrijke rol.

Aanbevelingen

De [tabel] bevat een overzicht van de aanbevelingen uit de richtlijn waarbij de huisarts een rol speelt. Het is belangrijk om alert te blijven op veranderingen in het (arbeidsmatig) functioneren, ook op de lange termijn. Verwijs tijdig voor specialistische behandeling en begeleiding wanneer terugkeer



Ook op de lange termijn kan NAH klachten geven en die worden vaak niet als zodanig herkend.

Foto: Shutterstock

naar en behoud van werk problemen opleveren. Wanneer de patiënt daarvoor toestemming geeft, kunt u bij signalen van overbelasting verwijzen naar de bedrijfsarts om de mogelijke oorzaken van veranderingen in het functioneren in kaart te brengen en zo verdere escalatie te voorkomen. Wanneer er geen bedrijfsarts bij de patiënt is betrokken, kunt u de medisch adviseur van de particuliere verzekeraar inschakelen (als de patiënt een zzp'er is met een arbeidsongeschiktheidsverzekering) of de verzekeringsarts Ziektewet (wanneer de patiënt onder het vangnet van de Ziektewet valt). Adviseer een bijstandsgerechtigde patiënt om contact op te nemen met de gemeente. De module 'Geen werkgever' in de richtlijn gaat hier verder op in. Wie de betrokken partners ook zijn: communicatie tussen en samenwerking met de betrokken disciplines is en blijft belangrijk.^{6,15}

CONCLUSIE

Ook op de lange termijn kan NAH klachten geven die tot verminderde arbeidsprestaties kunnen leiden. Blijf daarom alert op NAH in de voorgeschiedenis, zodat u vroegtijdig een juiste behandeling kunt inzetten. In de eerste 3 tot 6 maanden vindt neurologisch herstel plaats. Na die tijd kunnen deze patiënten nog wel beter gaan functioneren doordat ze met hun beperkingen leren omgaan. Ze blijven evenwel verhoogd kwetsbaar. Een ogenschijnlijk kleine verandering in de privé- of werksituatie kan daardoor tot grote problemen leiden. Mensen die

in eerste instantie hun werkzaamheden konden oppakken, vallen in een later stadium soms alsnog uit. Om verergering en langdurige problemen te voorkomen, is het belangrijk om de relatie tussen NAH en de ontstane problemen snel te (h)erkennen. Als huisarts speelt u hierbij een cruciale rol, bij voorkeur in samenwerking met andere disciplines. De richtlijn NAH en arbeidsparticipatie biedt handvatten voor de juiste begeleiding en doorverwijzing.⁶ ■

LITERATUUR

1. Hersenstichting. Cijfers over patiënten. <https://www.hersenstichting.nl>. Geraadpleegd op 17 februari 2022.
2. Hersenstichting. Traumatisch hersenletsel. <https://www.hersenstichting.nl>. Geraadpleegd op 14 april 2022.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Medisch Specialistische Zorg; DBC's naar diagnose (detail). <https://opendata.cbs.nl>. Geraadpleegd op 14 februari 2022.

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

Van Velzen JM, Van Bennekom CAM. Langetermijngevolgen voor werk van niet-aangeboren hersenletsel. Huisarts Wet 2022;65(7):56-9. DOI:10.1007/s12445-022-1494-y. Heliomare Research & Development, Wijk aan Zee: dr. J.M. van Velzen, senior onderzoeker, j.van.velzen@heliomare.nl; prof. dr. C.A.M. van Bennekom, revalidatiearts, manager R&D. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Lean werken in de huisartsenpraktijk

Ulrich Schultz, Margareth Heuveling

Lean ('slank') werken is een werkwijze die in de negentiende eeuw in de Japanse industrie is ontwikkeld om het productieproces te verbeteren en tegelijkertijd de kwaliteit te verhogen. Vanaf 2010 pasten de auteurs van deze nascholing de 'lean'-werkwijze voor het eerst in de huisartsenpraktijk in Nederland toe. Steeds meer praktijken zijn hen daarin gevolgd. De auteurs leggen uit wat de zin is van 'lean' werken en wat het oplevert in de huisartsenpraktijk.

Lean ('slank') is een werkwijze die in de negentiende eeuw door de Japanse fabrikant Toyota (een voorloper van de autofabriek) is ontwikkeld om het productieproces efficiënter, veiliger, sneller en kwalitatief beter te maken. Deze manier van werken heeft in Nederland navolging gekregen en kan ook in de huisartsenpraktijk goede diensten bewijzen. De Patiëntenfederatie publiceerde in 2021 een rapport waaruit bleek dat patiënten erg tevreden waren over de huisartsenzorg, maar ook dat de toegankelijkheid onder druk stond.¹ Daarnaast blijkt dat burn-out en gevoelens van overspannenheid veel voorkomen onder huisartsen.² Belangrijke stressfactoren zijn de praktijkadministratie en het managen van personeel en praktijk, en juist die lenen zich prima voor de 'lean'-benadering.

Over de 'lean'-methode in het algemeen en over de implementatie ervan in fabrieken en ziekenhuizen is veel gepubliceerd.³⁻⁸ De werkwijze gaat uit van 5 basisprincipes: klantwaarde, waardestromanalyse, *flow*, *pull* en streven naar perfectie. De nadruk bij het toepassen van 'lean'-instrumenten en oplossingsstrategieën ligt steeds op het aanpakken van concrete knelpunten, die expliciet door de praktijkmedewerkers zelf worden ervaren en benoemd. Uit een inventarisatie van knelpunten in > 750 huisartsenpraktijken over een periode van 12 jaar komt een top-10 van knelpunten naar voren die goed zijn aan te pakken met de 'lean'-methode [kader].

We lichten hierna de 5 basisprincipes kort toe. Daarna gaan we in op het krachtigste instrument voor het oplossen van complexe, multidisciplinaire knelpunten, de waardestrom-

TOP-10 VAN KNELPUNTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

- Drukte aan de telefoon
- Veel controletijd
- Voorraadbeheer
- Werkdruk voor iedereen
- Spreekuuronderbrekingen
- Misgrijpen, zoeken
- Afspraken niet nakomen
- Postverwerking
- Uitslagen communiceren
- Samenwerking met ketenpartners

analyse.⁹ Tot slot bespreken we de implementatie van de 'lean'-werkwijze in de praktijk en de knelpunten daarbij.

BASISPRINCIPES

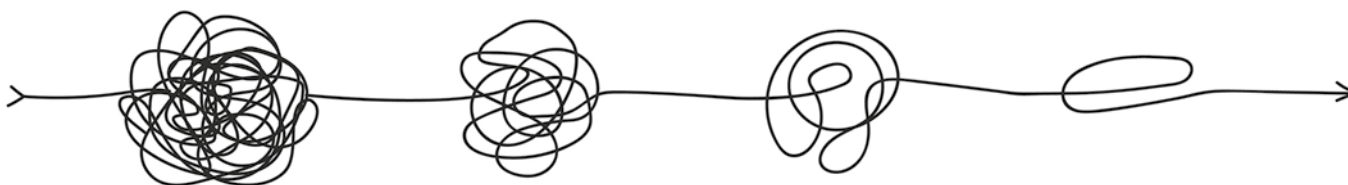
Het toepassen van de volgende 5 basisprincipes is essentieel in de 'lean'-werkwijze. Ze zorgen ervoor dat je de mogelijke oorzaken van het ontstaan en voortduren van knelpunten op een andere manier bekijkt dan je gewend was.

Klantwaarde

Bekijk ieder proces vanuit het oogpunt van de klant. Welke processtappen zijn van directe of indirecte waarde voor de klant? En welke processtappen beslist niet? Processtappen die niet van waarde zijn worden, indien mogelijk, geëlimineerd of efficiënter ingericht. In de huisartsenpraktijk kan 'de klant' een patiënt zijn, een praktijkmedewerker of een zorgverlener buiten de praktijk.

Waardestromanalyse

In het 'lean'-denken zijn knelpunten suboptimaal verlopen-de processen. Ontleed deze processen in de kleinst mogelijke stappen en beschrijf ze. De belangrijkste vragen zijn: wie



'Lean' werken kan de praktijkvoering efficiënter en doelmatiger maken.

Foto: Shutterstock

een gestandaardiseerde manier aan te pakken ontstaat een sfeer van ‘continu verbeteren’. Door processen efficiënter in te richten komt er meer rust en focus in de praktijk en blijft er meer tijd over voor directe patiëntenzorg. Huisartsen noemen diverse redenen om ‘lean’ werken te implementeren in hun praktijk:

- het gevoel van regie- en controleverlies over de praktijk
- preventie van (recidief) burn-out
- het gevoel dat het werk nooit af is (werk mee naar huis nemen, visites rijden na 17:00 uur)
- niet aan de eisen van een zorggroep kunnen voldoen
- erg veel tijd kwijt zijn om te voldoen aan de eisen van een zorggroep
- het gevoel dat processen in de praktijk niet efficiënt verlopen
- de praktijk aantrekkelijk maken voor overname

Vrijwel alle praktijken gaan na een introductietraining wel enigszins aan de slag met de ‘lean’-methode. Vaak blijft het bij enkele aanpassingen op het gebied van voorraadbeheer en het verminderen van controletijd door de assistentes, dingen die snel meetbare tijdwinst opleveren. We hopen dat dit ‘laaghan-

gende fruit’ naar meer smaakt, want met de methode is veel meer winst te boeken in tijd, ruimte, kwaliteit en werkplezier. Een manier om praktijken te laten zien waar zij zich bevinden in het ‘lean’-traject en op welke processen nog winst te behalen is, is het ‘lean’-huis [figuur 2].

Het grootste knelpunt bij het implementeren van ‘lean’ werken is het verschillende besef van urgentie bij verschillende medewerkers. Niet zelden zien we dat het werk de assistentes tot aan de lippen staat, terwijl de huisartsen dat niet zo ervaren, omdat die het normaal zijn gaan vinden dat ze niet om 17:00 uur klaar zijn en werk mee naar huis nemen. Het accepteren van knelpunten omdat die er nu eenmaal bij horen en toch niet zijn op te lossen, is de grootste hindernis die we tegenkomen, naast het gevoel dat medewerkers wel verandering in de praktijk willen, maar zelf niet willen veranderen.

Vaak hebben medewerkers het voor hun gevoel veel te druk om (eenmalig) tijd te investeren en een knelpunt voor eens en voor altijd op te lossen. Het is voor de deelnemende praktijken iedere keer weer een pijnlijke confrontatie als ze zien hoeveel tijd ze kwijt zijn aan zoeken naar, wachten op, voor de zoveelste keer openen van, moeten overleggen met, controleren van, enzovoort.

DRUKTE AAN DE TELEFOON

Drukke aan de telefoon staat in de meeste praktijken in de top-3 van knelpunten.

In vrijwel alle praktijken treden de volgende knelpunten op in het huidige proces:

- variatie in triage tussen assistentes en op verschillende momenten
- patiënten krijgen een afspraak omdat er een vrije plek in de agenda is en niet op basis van medische urgentie
- veel overlegmomenten door een gebrek aan schriftelijke werkafspraken
- variatie in de mate van zelfzorgadvies
- een patiënt heeft meerdere keren contact met de praktijk over dezelfde hulpvraag voordat deze is beantwoord
- hulpvragen komen terecht bij de verkeerde zorgverlener
- disbalans in de belasting van de verschillende zorgverleners in de praktijk
- hulpvragen die niet in een huisartsenpraktijk thuis horen

Na analyse van mogelijke oorzaken van knelpunten volgt een nulmeting. Zaken als aantal en inhoud van telefoontjes, [telefonische] consulten, overlegmomenten en visites aanvragen worden een aantal weken nauwkeurig bijgehouden.

Nadat de metingen zijn gedaan en alle gegevens zijn

verzameld, wordt een nieuw proces ontwikkeld waarin geen stappen ontbreken of dubbel worden gedaan.

Verbeterideeën:

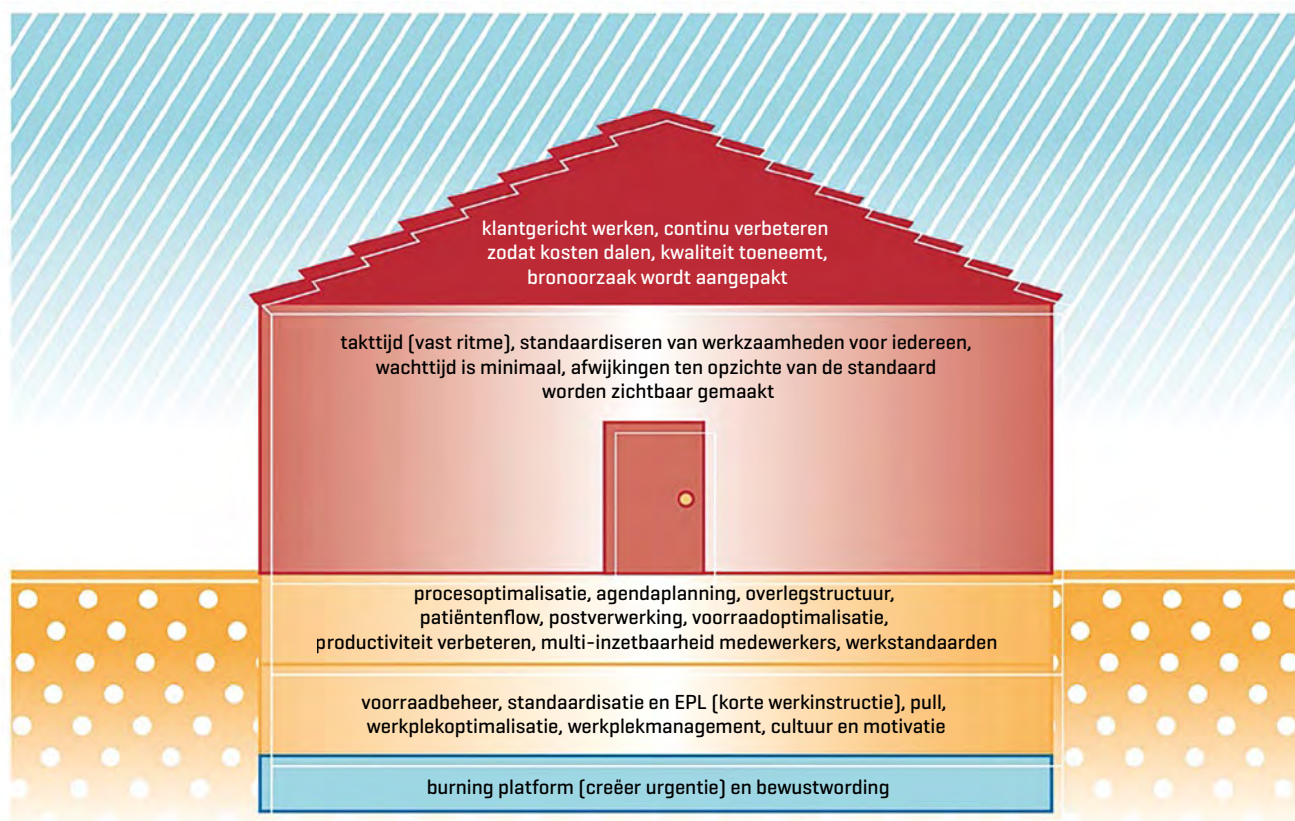
- triagetraining voor assistentes
- degenen die de digitale post verwerken wordt op het hart gedrukt het vervolgbeleid te noteren, zodat de assistentes de uitslagen in 1 keer met de patiënt kunnen communiceren
- instructie aan assistentes hoe ze een digitale verwijzing kunnen omzetten naar een andere zorginstelling
- duidelijke, schriftelijke werkinstructies voor assistentes zodat zij meer zaken zelfstandig kunnen afhandelen [bijvoorbeeld een protocol ‘urineinfecties’ of een protocol medicatie voor zelfzorgadvies]
- eenduidige afspraak welke collega’s met welke hulpvragen direct telefonisch met de huisarts doorverbonden mogen worden

Als het nieuwe proces met alle medewerkers van de praktijk is gecommuniceerd, wordt het – met eventuele aanpassingen – geïmplementeerd. Na 3 maanden vindt een evaluatie plaats en worden de bereikte resultaten gepresenteerd.

Het is belangrijk scherp te controleren of de resultaten standhouden en of alle collega’s zich aan de gemaakte afspraken te houden. Als een huisarts een processtap vergeet die maar een paar seconden kost, kan dat in het hele proces enkele minuten tijdverlies geven.

Figuur 2

Het 'lean'-huis



Voor uitgebreide uitleg zie Lean in de eerste lijn.¹⁰

CONCLUSIE

'Lean' werken kan de praktijkvoering efficiënter en doelmatiger maken. Het helpt om knelpunten aan te pakken en een prettige werkomgeving voor alle praktijkmedewerkers te creëren. Rust in de praktijk en een gevoel van controle over de praktijkprocessen zijn het resultaat. Doordat de 'lean'-methode de praktijkmedewerkers bij de verbeterprocessen betreft, ontstaat enthousiasme en worden veranderingen breed gedragen. De 'lean'-werkwijze beschouwt 'de klant' als koning, maar de praktijk als keizer. ■

LITERATUUR

1. Patiëntenfederatie Nederland. Patiënt is tevreden over huisarts(-enpraktijk), toegankelijkheid staat wel onder druk. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, 2021.
2. Van den Brekel-Dijkstra K, Cornelissen M, Van der Jagt EJ. De dokter gevloerd. Hoe voorkomen we burn-out bij huisartsen? *Huisarts Wet* 2020;63:40-3.
3. Imai M. Kaizen: Het stap voor stap bezig zijn met verbetering van een product of dienst. De filosofie achter het Japanse succes. Amsterdam: Boom, 2012.

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

Schultz U, Heuveling M. Lean werken in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2022;65(7):60-3. DOI:10.1007/s12445-022-1496-9.
Arnhem: U. Schultz, huisarts en 'lean'-adviseur, ulrich@l-1.nl.
Eindhoven: M. Heuveling, 'lean'-adviseur.
Mogelijke belangenverstremgeling: de auteurs zijn oprichters van 'Lean in de eerste lijn', een bedrijf dat ondersteuning biedt bij het implementeren van het lean werken in de eerste lijn in het algemeen en in huisartsenpraktijken in het bijzonder.

Hoofdbonken of jactatio capitis

Lisanne Groeneveld, Sjoerd Bruggink, Just Eekhof

Hoofdbonken is een meestal onschuldige ritmische bewegingsstoornis bij kinderen, die zelden voortduurt tot voorbij het vierde levensjaar. Als het op latere leeftijd persisteert, kan het zijn geassocieerd met ontwikkelingsachterstand, autisme, mentale retardatie, gehoorstoornissen en visusstoornissen of andere psychopathologie. Het beleid bestaat uit uitleg, geruststelling en begeleiding. Medicatie wordt niet aangeraden.

Hoofdbonken (jactatio capitis) behoort tot de ritmische bewegingsstoornissen, een groep waartoe ook *head rolling*, *body rocking* en *body rolling* behoren. Hoofdbonken is de meest onderkende variant in deze groep. Ritmische bewegingsstoornissen bestaan uit stereotiepe, herhaalde bewegingen van de grote spieren, meestal van het hoofd en de nek.¹ Het hoofdbonken gebeurt meestal vlak voor het in slaap vallen en kan continueren in lichte slaap. Het kan ook voorkomen gedurende rustige waaktiviteiten, zoals tijdens het luisteren van muziek of het reizen in een voertuig. Verder komt hoofdbonken voor in stressvolle situaties, zoals bij boosheid, opwinding en angst. Hoofdbonken kan zich op 3 verschillende manieren presenteren. Het kind ligt voorovergebogen en brengt herhaaldelijk het hoofd of het gehele bovenlichaam omhoog om vervolgens het hoofd terug te laten vallen in kussen of matras. Een andere presentatie is dat het kind op handen en knieën staat en de bovenkant van zijn hoofd of voorhoofd tegen de wand of het ledikant aan bonkt (combinatie van hoofdbonken en body rocking). Het kind kan ook met zijn rug tegen de muur of het ledikant zitten en vervolgens herhaaldelijk met de achterkant van zijn hoofd naar achteren bonken.

De frequentie van het hoofdbonken kan erg variëren, de snelheid is vaak 0,5-2 keer per seconde. De duur verschilt per kind. Meestal duurt een aanval niet langer dan 15 minuten, in zeldzame gevallen kan een aanval urenlang aanhouden.²

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Hoofdbonken komt voor vanaf de leeftijd van 5 maanden. Gemiddeld begint het rond 8 maanden en verdwijnt het op de leeftijd van 2-3 jaar. De meeste kinderen zijn gezond. Hoofd-



Hoofdbonken is bij een gezond kind meestal een onschuldige aandoening.

Foto: Shutterstock

bonken na het vierde levensjaar is ongebruikelijk. In zeldzame gevallen komt het voor op volwassen leeftijd. Mocht het hoofdbonken niet verdwijnen, dan zullen duur en intensiteit afnemen. Als het hoofdbonken op latere leeftijd persisteert, kan het geassocieerd zijn met ontwikkelingsachterstand, autisme, mentale retardatie, gehoorstoornissen en visusstoornissen of andere psychopathologie.^{3,4}

Acuut ziek-zijn kan het hoofdbonken doen toenemen, zoals bij oorontstekingen of kinderziekten. Het komt vaak voor in combinatie met andere ritmische bewegingsstoornissen, zoals body rocking.^{3,5}

Hoofdbonken veroorzaakt meestal geen en soms kleine verwondingen. Grote traumatische schade komt bij kinderen zelden voor, en dan voornamelijk bij mentaal geretardeerde kinderen. In zeldzame ernstige gevallen kan het hoofdbonken een subduraal hematoom of retinale petechiën veroorzaken. Verder kan door chronische irritatie van de schedel callusvorming ontstaan. Bij letsel dat niet helemaal past bij hoofdbonken moet worden gedacht aan kindermishandeling.⁵

De oorzaak van hoofdbonken is onbekend. Grofweg is er een psychologische en een neurobiologische hypothese over het ontstaan van stereotiep gedrag.

Psychogeen

Voorstanders van de psychologische hypothese suggereren dat het zou gaan om een vorm van zelfstimulatie, een manier waarop het kind kan omgaan met omgevingsprikkels of juist

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

met gebrek daaraan, als uiting van dwangmatig gedrag of van gebrekkige impulscontrole of angst. De vestibulaire stimulatie door het hoofdbonken zou een geruststellend effect hebben op het kind.

Neurogeen

De neurobiologische theorie is gebaseerd op het feit dat ritmische bewegingsstoornissen vaker voorkomen bij kinderen met aandoeningen van het centraal zenuwstelsel, zoals autisme, mentale retardatie en na een insult. Ritmische bewegingsstoornissen vinden hun oorsprong mogelijk in het corticostriatohalamocorticale circuit, dat ook is betrokken bij andere bewegingsstoornissen zoals tics en chorea. Omdat bij 20-25% van de normaal ontwikkelde kinderen met een ritmische bewegingsstoornis die stoornis ook voorkomt bij eerstegraads familieleden, zou er sprake kunnen zijn van mendeliaanse overerving.²⁻⁴

DIFFERENTIAALDIAGNOSE EN EPIDEMIOLOGIE

Anders dan bij epileptische aanvallen reageren kinderen tijdens het hoofdbonken op aanspreken. Dit wijst erop dat het tijdens het waken of in lichte non-remslaap plaatsvindt. Hoofdbonken komt voornamelijk voor in de leeftijd van 8 maanden tot 4 jaar. De in de literatuur beschreven prevalentie is 3-15%.⁶ Hoofdbonken komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes, de verhouding is 4 op 1. Verder wordt hoofdbonken vaker gezien bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand, autisme, mentale retardatie, gehoorstoornissen en visusstoornissen.

Het is niet bekend hoe vaak Nederlandse huisartsen worden geconsulteerd in verband met deze problematiek. De aandoening wordt waarschijnlijk geregistreerd onder verschillende ICPC-codes zoals N06 (Andere sensibiliteitstoornis/onwillekeurige bewegingen), P10.02 (Tics/stereotypie) of P22 (Andere zorgen gedrag kind).⁷

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Ouders zoeken hulp bij de huisarts als het hoofdbonken lichamelijk letsel veroorzaakt bij het kind of als het hoofdbonken de slaap onderbreekt van andere familieleden. Meestal melden ouders zich, omdat zij zich zorgen maken over het gedrag van hun kind. Ze vragen zich af of hun kind gezond is, of zijn bang voor een ernstige neurologische of psychiatrische ziekte. Daarbij zijn ouders bang dat hun kind schade oploopt tijdens het hoofdbonken. Verder bestaat er een stigma bij ouders met betrekking tot het gedrag van hun kind.^{3,8}

ANAMNESE

Vraag naar de volgende punten:

- wanneer de klachten zijn begonnen
- wat het kind precies doet tijdens een aanval
- de ernst van het letsel dat het kind zichzelf aandoet
- de omstandigheden waaronder het hoofdbonken plaatsvindt (rondom de slaap, in stressvolle situaties of daarbuiten)

DE KERN

- Hoofdbonken is de meest voorkomende ritmische bewegingsstoornis.
- Hoofdbonken ontstaat gemiddeld rond de leeftijd van 8 maanden en is ongebruikelijk na de leeftijd van 4 jaar.
- Hoofdbonken is bij een gezond kind meestal een onschuldige aandoening die vanzelf weer overgaat.
- Het is belangrijk dat het kind zich tijdens het hoofdbonken in een veilige omgeving bevindt, zodat het zo min mogelijk schade kan oplopen.

- of het kind kan stoppen met hoofdbonken als dat wordt gevraagd
- de voorgeschiedenis (visus- of gehoorproblemen, ontwikkelingsachterstand)
- neurologische en/of lichamelijke bijverschijnselen
- de reactie van de ouders op het hoofdbonken

ONDERZOEK

Lichamelijk onderzoek levert vaak niets op, omdat hoofdbonken meestal voorkomt bij gezonde kinderen. Als er anamnetisch aanwijzingen zijn voor otitis media, gehoorstoornissen, visusstoornissen, mentale retardatie en hersenbeschadiging, moet gericht lichamelijk onderzoek worden gedaan.⁶ Aanvullend onderzoek, zoals eeg en polysomnografie, is alleen geïndiceerd als er bij anamnese of lichamelijk onderzoek aanwijzingen zijn gevonden voor een specifieke somatische of psychische oorzaak. Dit onderzoek zal dan in de tweede lijn plaatsvinden. Een video van het hoofdbonken gemaakt door de ouders kan nuttig zijn voor het stellen van de diagnose.³

BELEID

Uitleg

Het beleid bestaat uit uitleg, geruststelling en begeleiding. Het belangrijkste is een veilige omgeving tijdens het hoofdbonken, waar het kind zo min mogelijk schade kan oplopen. Leg uit dat het hoofdbonken bij de meeste kinderen na het vierde levensjaar zal verdwijnen.^{1,9}

Aandacht voor het kind

Stress in de thuissituatie moet zo veel mogelijk worden gereduceerd. Verder moet worden gezorgd voor adequate stimulatie van het kind. Als het kind onvoldoende aandacht krijgt, moet de ouders worden aangeraden extra tijd met het kind door te brengen. Vooral extra aandacht voor het slapengaan is belangrijk. Aandacht geven tijdens het hoofdbonken heeft een averechts effect.⁵

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling wordt niet aangeraden. In uitzonderlijke gevallen valt bij kinderen met ernstig hoofdbonken en comorbiditeit behandeling met een benzodiazepine

of antidepressivum te overwegen. Dit valt nadrukkelijk buiten het terrein van de huisartsgeneeskunde.³

WAT IS AANGETOOND?

Gecontroleerd onderzoek bij kinderen met hoofdbonken is niet gevonden. Het beleid berust op consensus en ervaring. Behandelingen zoals hypnose en het kind overdag aanleren om de amplitude van de hoofdbeweging te verkleinen, zodat het de nieuw aangeleerde gewoonte in zijn slaap doorvoert, zijn slechts sporadisch beschreven.⁹ De effectiviteit van benzodiazepines, antidepressiva en melatonine is niet systematisch onderzocht.

VERWIJZEN

Bij aanwijzingen voor epilepsie moet de kinderneuroloog verder onderzoek doen.^{1,9} Als het hoofdbonken persisteert voorbij het vierde levensjaar of als de familie problemen heeft in de omgang met het kind, kan de huisarts het kind verwijzen naar een psycholoog.⁵

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Uitleg aan de ouders omtrent het onschuldige karakter van het hoofdbonken en het zelflimiterende beloop is vaak voldoende. Verder is het belangrijk om adviezen te geven over het creëren

van een veilige omgeving waar het hoofdbonken plaatsvindt. Het plaatsen van een kussen tegen de bedhekken is zelden nodig.¹ ■

LITERATUUR

1. Hamburger HL, Schimsheimer RJ. Parasomnieën. In: Verbraeken J, Buysse B, Hamburger H, Van Kasteel V, Van Steenwijk R, redactie. Leerboek slaap en slaapstoornissen. Leuven/Den Haag: Acco, 2013.
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. Darien (IL): AASM; 2014.
3. Bonnet C, Roubertie A, Doummar D, Bahi-Buisson N, Cochen de Cock V, Roze E. Developmental and benign movement disorders in childhood. *Mov Disord* 2010;25:1317-34.

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

Groeneveld EJ, Eekhof JA. Hoofdbonken of jactatio capitis. *Huisarts Wet* 2022;65(7):64-6. DOI:10.1007/s12445-022-1479-x.
Waddinxveen: E.J. Groeneveld, huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde, Leiden: dr. S.C. Bruggink, huisarts te Rijnsburg; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, j.a.h.eekhof@lumc.nl.
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.



Antwoord ecg-casus

‘Het hoofd koel houden’

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie en regelmaat* | In deze 10-seconderegistratie van de hartactiviteit zien we van links naar rechts 12 R-toppen; de frequentie is dus $12 \times 6 = 72$ slagen/min. Het ritme is regelmatig.
2. *As* | Normaal. De meest positieve extremitetsafleiding is afleiding I (horizontaal). Het meest iso-elektrisch is afleiding avF (verticaal, loodrecht daarop is eveneens horizontaal). De as is dus min of meer horizontaal (0 graden).
3. *P* | Normaal. Nergens te breed (< 3 mm) of te hoog (< 2,5 mm). Positief in alle afleidingen, alleen avR en V1 hebben logischerwijs een negatieve component omdat deze afleidingen als enige aan de rechterzijde van het hart liggen.
4. *PQ-tijd* | Normaal (< 5 mm).
5. *Q* | Normaal. Fysiologische, kleine q-golven.
6. *QRS* | Slank QRS. Normale voltages. Afwezige R-progressie en afwezige S-regressie van V1-4. Normale R-progressie van V5-6.
7. *ST-segment* | 1,5 mm ST-elevatie lateraal (in I, V5 en V6). Er is nergens een (reciproke) depressie. In een aantal andere afleidingen (aVL, II, V2-4) ligt het J-punt (de overgang van S-top naar ST-segment) eveneens boven de basislijn. Het ST-segment is in al deze afleidingen hol oplopend van vorm. De elevatie begint dus direct na het QRS-complex en er is nergens een horizontaal ST-segment.
8. *T-top* | T-top-inversie in V1-4. De voltages van de T-toppen zijn vrij hoog, maar in overeenstemming met de voltages van het QRS in elke afleiding. In ieder geval zijn er geen spitse symmetrisch smalle T-toppen (obeliskken), zoals die voorkomen bij elektrolytstoornissen.
9. *QT-tijd* | Normaal: < 10 mm (dus < 400 ms) en minder dan de helft van de totale cyclusduur.
10. *Ritme* | Normaal sinusritme. Normale P-toppen, voorafgaand aan alle QRS-complexen.
- + *Samenvatting en conclusie* | Afwezige R-progressie van V1-4. ST-elevatie in I, V5-6 en eveneens ST-elevatie/verhoogd J-punt in veel andere afleidingen, met oplopende komvormige ST-segmenten. T-inversie V1-4. Relevante klachten, mogelijk op basis van een (lateraal) myocardinfarct.

2. HET VERDERE BELEID

De patiënt heeft pijn op de borst met een afwijkend ecg, er lijkt sprake van ST-elevated myocardial infarction (STEMI). De huisarts-geneeskunde belt de ambulance. De patiënt krijgt een oploaddosis ascal en wordt met spoed vervoerd naar het dichtstbijzijnde interventiecentrum. Bij hartkatheterisatie zijn gawe kransslagaders te zien. Het hs-troponine-T blijkt bij herhaling ver onder de normaalwaarde te liggen. Bij echocardiografie wijkt de hartfunctie niet af en is er geen akinesie van het myocard. Al met al blijkt er sprake van een normale variant op het ecg met vroege repolarisaties, zijn de klachten terug te voeren op een paniekaanval en mag de patiënt de volgende dag zonder cardiale medicatie het ziekenhuis verlaten. Het patroon van ST-elevaties met J-puntverhoging en komvormige, oplopende ST-segmenten die – zonder horizontaal stukje – direct overgaan in de T-toppen en waarbij geen sprake is van onderliggende ischemie, noemen we vroeg repolarisatiepatroon. Dat patroon komt vaak voor in V2 en V3, vooral bij jonge mannen. Om deze reden zijn de criteria voor ST-elevatie in V2 en V3 dan ook minder streng. Waar in alle andere afleidingen geldt dat er ST-elevatie is bij een J-puntstijging van ≥ 1 mm, geldt in V2-3 dat er ST-elevatie is wanneer het J-punt:

- $\geq 2,5$ mm boven de iso-elektrische lijn ligt bij mannen < 40 jaar
- ≥ 2 mm boven de iso-elektrische lijn ligt bij mannen ≥ 40 jaar
- $\geq 1,5$ mm boven de iso-elektrische lijn ligt bij vrouwen, ongeacht de leeftijd

In deze casus was het patroon van elevaties echter veel uitgebreider. Er was immers 1,5 mm elevatie in I, V5 en V6, waarmee de patiënt aan de criteria voor ST-elevaties en dus STEMI voldeed. Daardoor was het uiteindelijk gevonden vroege repolarisatiebeeld – zeker gezien de thoracale klachten – aanvankelijk niet van een myocardinfarct te onderscheiden. ■

Oplossing Uw diagnose 'Vreemde puistjes'

Het juiste antwoord is lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF), oftewel acne agminata.

LMDF hoort tot de groep van de acneïforme dermatosen. Sommige specialisten zien het als onderdeel van rosacea (in een ernstige granulomateuze vorm), terwijl andere het als een aparte entiteit beschouwen. Deze aandoening begint meestal rond het 20e levensjaar. De oorzaak is onbekend. LMDF verloopt vaak fulminant en kan ook littekens achterlaten, wat bij deze patiënt ook is gebeurd (zie [foto's]). Een biopt kan de diagnose bevestigen. De patholoog ziet dan zogenaamde tuberculoïde granulomen (granulomen die centrale necrose vertonen).

De behandeling van LMDF verloopt vaak moeizaam. LMDF kan na enkele jaren spontaan genezen, maar meestal wordt er vanwege het fulminante beeld en littekenvorming niet afgewacht. De behandelingsladder is vergelijkbaar met die van rosacea, met als kanttekening dat topicale therapie vaak wordt overgeslagen. Aangezien deze patiënt reeds doxycycline kreeg en dit onvoldoende effect had, startte de dermatoloog isotretinoïne (aanvankelijk in doseringen van 30 mg/dag en later 20 mg/dag per os). De patiënt is zeer tevreden met het tot nu toe behaalde resultaat [foto's].

Een huisarts met voldoende ervaring zou een dergelijk beeld zelf kunnen diagnosticeren (eventueel met een biopt) en behandelen met isotretinoïne. In de praktijk krijgt de patiënt vanwege de uitgebreidheid, het fulminante karakter en de zeldzaamheid van deze aandoening al snel een verwijzing naar de tweede of zelfs derde lijn.

Acne vulgaris kan direct worden uitgesloten omdat de patiënt geen comedonen had. Rosacea papulo-pustulosa zou het wel kunnen zijn, maar het beeld daarvoor is iets te fulminant en er is sprake van littekenvorming. Omdat het bovendien om een jonge man gaat, wordt de diagnose rosacea iets minder waarschijnlijk. Cutane sarcoïdose kan zich klinisch op een vergelijkbare manier uiten, maar meestal heeft de patiënt dan ook luchtwegklachten. Het biopt dat bij deze patiënt is genomen, moest onder andere sarcoïdose uitsluiten. ■



4 maanden na de start van de behandeling



15 maanden na de start van de behandeling

Foto's: de patiënt en André Moyakine

LITERATUUR

1. Zakboek huidziekten. Lupus miliaris disseminatus faciei (acne agminata). <https://www.huidziekten.nl>, geraadpleegd op 3 mei 2022.

Hoofdpijn

- Onder meer slaapstoornissen, stress en roken zijn risicofactoren voor het ontstaan van medicatieovergebruiks- hoofdpijn (MOH). Wat vormt nog meer een risicofactor?¹
 - Cafeïnegebruik
 - Hoog opleidingsniveau
 - Leeftijd onder de 50 jaar
 - Spanningshoofdpijn als primaire hoofdpijn
- Bij gebruik van welke soort acute hoofdpijnmedicatie, naast triptanen, is het risico op ontstaan van MOH het grootst?¹
 - Paracetamol
 - NSAID
 - Opioiden
- Bij het staken van acute hoofdpijnmedicatie treden onttrekkingsverschijnselen op, zoals misselijkheid, braken, hartkloppingen, angst en slaapstoornissen. Bij welke soort medicatie duren deze verschijnselen doorgaans het kortst?^{1,2}
 - Paracetamol
 - NSAID
 - Triptanen
 - Opioiden
- De huisarts heeft bij de heer Van Zanten, 38 jaar, vastgesteld dat er sprake is van MOH die oorspronkelijk begon als spanningshoofdpijn. Hij gebruikt veelvuldig paracetamol en ibuprofen. De huisarts legt uit dat hij moet stoppen met alle pijnmedicatie om van de klachten af te komen. De heer Van Zanten vraagt op welke manier hij moet stoppen. Welk antwoord is juist?^{1,2}
 - Abrupt stoppen met zowel paracetamol als ibuprofen.
 - Abrupt stoppen met ibuprofen, na een maand afbouwen van paracetamol.
 - Abrupt stoppen met paracetamol, na een maand afbouwen van ibuprofen.
 - Gelijktijdig afbouwen van paracetamol en ibuprofen.
- De heer Van Zanten vraagt of er andere medicatie is ter ondersteuning van het stopproces. Welk antwoord is juist?¹
 - Nee, ondersteunende medicatie wordt niet aangeraden.
 - Ja, ondersteuning met prednison is effectief.
 - Ja, ondersteuning met botuline-A-injecties is effectief.
- Mevrouw Slingelant, 67 jaar, heeft regelmatig hoofdpijn. Hiervoor slikt zij ongeveer 10 dagen per maand paracetamol. Zij gebruikt verder acetylsalicylzuur, nifedipine en simvastatine. De huisarts overweegt een medicamenteuze oorzaak van de hoofdpijn. Welk middel is in dit geval de vermoedelijke oorzaak van haar hoofdpijnklachten?^{2,3}
 - Acetylsalicylzuur (bijwerking)
 - Nifedipine (bijwerking)
 - Paracetamol (medicatie-overgebruikshoofdpijn)
 - Simvastatine (bijwerking)
- De huisarts bespreekt met mevrouw Silic, 48 jaar, de onttrekkingsverschijnselen bij het abrupt staken van sumatriptan in verband met MOH. Ze vraagt hoe lang deze klachten meestal aanhouden. Welk antwoord is in dit geval juist?^{1,2}
 - Een tot 2 dagen
 - Een tot 2 weken
 - Twee tot 4 weken
- Dennis, 8 jaar, komt met zijn moeder op het spreekuur. Hij werd zojuist wakker met heftige hoofdpijn en moest overgeven. Een aantal weken geleden had hij vergelijkbare klachten, die na een paar uur verdwenen. Bij beweging worden de klachten erger. Dennis valt vaak pas laat in slaap en is regelmatig moe. Dennis ziet bleek bij onderzoek, verder zijn er geen bijzonderheden. Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?²
 - Intracranieel proces
 - Migraine
 - Spanningshoofdpijn
- De aios overlegt met haar opleider over Soraya, 11 jaar. Ze kwam op het spreekuur met heftige, stekende hoofdpijn die ze regelmatig krijgt als ze iets kouds eet of drinkt. De klachten houden soms wel 2 minuten aan. De aios denkt aan ijSCOHOOFDPIJN, maar vraagt zich af of de duur van de klachten daarbij past en welk beleid is geïndiceerd. Welk antwoord is juist?⁴
 - Ja, de klachten kunnen tot wel 5 minuten aanhouden. Ze kan Soraya geruststellen.
 - Nee, de duur past niet bij ijSCOHOOFDPIJN. Soraya moet worden doorverwezen voor nadere diagnostiek.

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

LITERATUUR

- Poelen J, Mulleners WM, Heitkamp-van Deursen M, Geerts-van den Boogaard S, Schers HJ. Herkennen en behandelen van medicatieovergebruikshoofdpijn. Huisarts Wet 2022;65:27-9. DOI:10.1007/s12445-022-1492-0.
- NHG-werkgroep Hoofdpijn. NHG-Standaard Hoofdpijn. <https://richtlijnen.nhg.org>.
- Farmacotherapeutisch Kompas. <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/n/nifedipine>.
- Eekhof JAH, Bruggink S, Scherptong-Engbers M, Kruijs A, Bonten T. Kleine kwalen bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2022.

ANTWOORDEN

1c, 2c, 3c, 4a, 5a, 6b, 7b, 8b, 9a



Meer plaats voor hormoontherapie in nieuwe versie NHG-Standaard De overgang

Tjerk Wiersma, Maureen van den Donk, Corlien de Vries

In de herziene NHG-Standaard De overgang is meer plaats ingeruimd voor hormoontherapie. De werkgroep acht de risico's bij een therapieduur < 5 jaar acceptabel als de vrouw ernstige hinder ondervindt door vasomotorische klachten. Verder worden bij vulvovaginale klachten nu ook indifferente middelen geadviseerd. Niet-hormonale behandelingen zoals zilverkaars, fyto-oestrogenen, afvallen en meer bewegen helpen niet tegen opvliegers. Stress-reducerende therapie lijkt wel enig effect te hebben.

Bij de herziening van de NHG-Standaard De overgang is vooral opnieuw gekeken naar de effectiviteit van hormoontherapie en de risico's die deze behandeling met zich meebrengt. De vorige versie van de standaard was erg terughoudend ten aanzien van hormoontherapie, vooral vanwege de toename van het risico op borstkanker. Dat leverde de afgelopen jaren het verwijt op dat de standaard leidde tot onderbehandeling van vrouwen met vermijdbare lijdensdruk.

Op basis van nieuw literatuuronderzoek blijkt dat die risico's van hormoontherapie er wel zijn, maar bij een therapieduur < 5 jaar doorgaans acceptabel blijven. Daarom is er bij de herziening meer ruimte gecreëerd om bij ernstige hinder door vasomotorische klachten de voor- en nadelen van hormoontherapie samen met de vrouw af te wegen. Omdat deze klachten doorgaans enkele jaren aanhouden, adviseert de standaard ook niet langer om al na een half jaar een stoppoging te ondernemen.

Andere, minder in het oog springende wijzigingen zijn de wat ruimere plaats van transdermaal oestrogeen en de introductie van indifferente middelen bij vulvovaginale overgangsklachten. In dit artikel lichten we de veranderingen nader toe. De volledige tekst van de nieuwe versie van de standaard is te vinden op <https://richtlijnen.nhg.org>.

OVERGANGSKLACHTEN

Typerend voor de overgang zijn vasomotorische klachten (opvliegers): spontane aanvallen van perifere vasodilatatie die samengaan met een gevoel van hitte, blozen, (hevig) transpireren en toegenomen hartslag. Als ze 's nachts optreden spreekt men ook wel van nachtelijke zweetaanvallen. Opvliegers duren meestal 3-5 minuten en de frequentie kan variëren van een paar per maand tot enkele per uur. Ongeveer 80% van de vrouwen in de overgang krijgt er in meer of mindere mate last van. In het eerste jaar na de menopauze zijn de klachten het meest frequent en ze houden doorgaans 3-7 jaar aan. Ook gewrichtsklachten, depressieve klachten, vergeetachtigheid en problemen met de concentratie worden wel in verband gebracht met de overgang, maar of dit een oorzakelijk verband is, is onduidelijk.

Vrouwen in de overgang kunnen ook klachten krijgen van vulvovaginale atrofie. De prevalentie van dergelijke klachten is lager: ongeveer 30% van de vrouwen krijgt ze.

EFFECTIVITEIT EN BIJWERKINGEN VAN HORMOONTHERAPIE

Hoeksteen van de behandeling is hormoontherapie (oestrogeen, meestal gecombineerd met progestageen). Alleen van deze behandeling is de effectiviteit overtuigend aangetoond. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met gemiddeld 10 opvliegers per dag na 3 maanden oestrogeentherapie gemiddeld nog 2 opvliegers per dag hadden (in de placebogroep daalde het tot 5 per dag). Ook de ernst van de opvliegers nam vermoedelijk af.¹ De behandeling vergroot wel de kans op borstkanker: op basis van observationeel onderzoek schat men de extra kans na 3 jaar gebruik van hormonen op 2 per 1000 gebruikers. Bij langduriger gebruik neemt deze extra kans belangrijk toe, daarom wordt hormoontherapie > 5 jaar ontraden.² Een andere ernstige bijwerking betreft de kans op veneuze tromboembolieën. Deze kans neemt naar schatting toe met 2 per 1000 bij 3 jaar gebruik. De risicoverhogende invloed van hormoongebruik op endometriumcarcinoom, coronaire hartziekten en beroerte is minder duidelijk.

Op basis van bovenstaande gegevens stelt de standaardwerkgroep voor om samen met de vrouw te bespreken of ze, gelet



De risico's van hormoontherapie zijn acceptabel als vrouwen ernstige hinder ondervinden door vasomotorische klachten.

Foto: Shutterstock

op de mate van hinder die ze heeft van overgangsklachten, wil starten met hormoontherapie.

Oraal of transdermaal

De laatste jaren zijn er meer transdermale toedieningsvormen van oestrogeen op de markt gekomen. Naast oestrogeenpleisters zijn er inmiddels ook een gel en een spray. De effectiviteit van pleisters is het best onderzocht; deze blijkt vergelijkbaar met die van oraal oestrogeen. Ook de kans op bijwerkingen lijkt even groot, al zijn er beperkte aanwijzingen dat de kans op een veneuze trombo-embolie bij transdermaal gebruik iets lager is. Deze aanwijzingen zijn echter niet sterk genoeg om een voorkeur voor transdermaal gebruik uit te spreken. Wel zijn de indicaties voor transdermaal gebruik in de nieuwe versie van de standaard verruimd. In de vorige versie waren oestrogeenpleisters alleen een optie voor vrouwen zonder uterus, die geen progestagenen nodig hebben, nu zijn ze een optie voor alle vrouwen. Dit betekent wel dat er naast de pleister nog een tablet nodig is, want progestagenen kunnen alleen oraal worden gebruikt.

NIET-HORMONALE BEHANDELINGEN

Vanwege de vele vragen daarover keek de werkgroep bij de herziening ook naar de effectiviteit van maatregelen zoals afvallen bij overgewicht en meer lichaamsbeweging bij een weinig actieve levensstijl. Hoewel beide een positief effect op de gezondheid hebben, dragen ze niet aantoonbaar bij aan het verhelpen van overgangsklachten.

Daarnaast keek de werkgroep naar de werkzaamheid van zilverkaars (*black cohosh*) en fyto-oestrogenen. Ook deze blijken overgangsklachten niet aantoonbaar te verminderen. Het gebruik van zilverkaars lijkt zelfs niet geheel zonder risico, vanwege meldingen over leverschade. De werkgroep beveelt het gebruik van deze niet-hormonale middelen daarom niet aan.

Psychologische interventies gericht op stressreductie, zoals mindfulness en cognitieve gedragstherapie, bleken wel een effect te hebben. Uit onderzoek bleek dat vrouwen met 8 opvliegers per dag na een stressreducerende psychologische interventie ongeveer 3 opvliegers minder hebben. Dit is dus een optie bij vrouwen bij wie stress een rol lijkt te spelen, zeker als hormoontherapie vanwege contra-indicaties of eventuele bijwerkingen niet gewenst is.

Bij contra-indicaties voor hormoontherapie kan ook gekozen

worden voor clonidine. Het effect daarvan is beperkt en de werkgroep is er dan ook niet enthousiast over. Het advies is terughoudend te zijn met clonidine.

VULVOVAGINALE KLACHTEN

Door de lagere oestrogeenspiegels na de menopauze wordt het slijmvlies van de vagina dunner. Daarnaast is er vaak verminderde vaginale doorbloeding en een langzamere lubricatie. Dit kan leiden tot vulvovaginale klachten zoals irritatie, jeuk, een droge vagina en dyspareunie. Dat laatste is vaak te verhelpen door meer aandacht te hebben en meer tijd te nemen voor seksuele stimulering.

De werkgroep heeft het beleid over vaginaal oestrogeen bij vulvovaginale klachten ongewijzigd gelaten. Nieuw is dat ook kan worden gekozen voor indifferente middelen zoals een vochtinbrengende gel of een crème met hyaluronzuur. Voordeel van deze middelen is dat ze direct werken, nadeel is dat het effect kort aanhoudt. Een aantal vrouwen kan hiermee echter adequaat worden geholpen. ■

LITERATUUR

1. Grant MD, Marbella A, Wang AT, Pines E, Hoag J, Bonnell C, et al. Menopausal symptoms: comparative effectiveness of therapies. Report No. 15-EHC005-EF. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2015.
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet* 2019;394:1159-68.

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

Wiersma Tj, Van den Donk M, De Vries CJ. Meer plaats voor hormoontherapie in nieuwe versie NHG-Standaard De overgang. *Huisarts Wet* 2022;65(7):70-1. DOI:10.1007/s12445-022-1485-z.

Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker, kenniscentrum@nhg.org; dr. M. van den Donk, senior wetenschappelijk medewerker en epidemioloog; C.J.H. de Vries, wetenschappelijk medewerker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep die de herziene NHG-Standaard De overgang heeft geschreven bestond uit dr. J.W. Blom, C.J.H. de Vries, H. Eekhof, H.F. Engel, E. Hoenjet, dr. C.A.H. Janssen, dr. A. Schep, N.T.J.M. Stevens, dr. M. van den Donk, dr. Tj. Wiersma en S.J.C. Woudstra.

Helpen pijnstillende oordruppels bij kinderen met otitis media acuta?

Joline de Sévaux

Kinderen met otitis media acuta krijgen nogal eens oorpijn, waartegen pijnstillers vaak geen soelaas bieden. Nieuw onderzoek naar de effectiviteit van pijnstillende oordruppels biedt mogelijk uitkomst.

Hoewel de huidige COVID-19-pandemie een aanzienlijke impact heeft op de incidentie van otitis media acuta (OMA), blijft deze aandoening bij kinderen een van de belangrijkste redenen voor een bezoek aan de huisarts.¹ De gebruikelijke pijnstillers – zoals paracetamol en ibuprofen – en op indicatie antibiotica helpen vaak niet voldoende tegen de oorpijn. Oorpijn en ongemak bij het kind hebben een aanzienlijke impact op het gezin door de doorwaakte nachten, en het school- en werkverzuim. Het is daarom belangrijk dat we blijven zoeken naar behandelingen die de klachten adequaat kunnen verlichten.

Eenmalige toediening van pijnstillende oordruppels lijkt bij oudere kinderen met OMA een snel maar kortdurend effect te hebben op oorpijn vergeleken met een placebo.² Het huidige bewijs is echter onvoldoende om dit routinematig aan te bevelen.³ Een recent Brits onderzoek werd voortijdig afgebroken

vanwege problemen met de levering van placebodruppels.⁴ Bij de 84 geïncludeerde kinderen leek herhaalde toediening van pijnstillende oordruppels een gunstig effect te hebben op oorpijn en antibioticagebruik.⁴ Om een definitievere conclusie te kunnen trekken is echter verder onderzoek nodig. De in 2018 opgestelde Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde onderkent het belang hiervan.⁵

Daarom verrichten we een door ZonMw gesubsidieerd gecontroleerd gerandomiseerd onderzoek onder kinderen van 1 tot 6 jaar die de huisarts bezoeken met een OMA. We gaan na of het herhaaldelijk toedienen van pijnstillende oordruppels (lidocaïne hydrochloride 5 mg/g) boven op de standaardzorg leidt tot onder andere minder oorpijn (op een schaal van 0 tot 10), verminderd antibioticagebruik en een afname van vervolggeluiden. We randomiseren 300 kinderen voor ofwel 1) standaardzorg plus lidocaïne hydrochloride 5 mg/g, maximaal 6 keer/dag 1 tot 2 druppels gedurende 7 dagen, ofwel 2) alleen standaardzorg.

De inclusie van deelnemers is in september 2021 gestart. De eerste resultaten verwachten we begin 2025. ■

LITERATUUR

1. Hulleger S, Schilder AGM, Marchisio P, De Sévaux JLH, Van der Velden AW, Van de Pol AC, et al. A strong decline in the incidence of childhood otitis media during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *Front Cell Infect Microbiol* 2021;11:768377.
2. Foxlee R, Johansson A, Wejfalk J, Dawkins J, Dooley L, Del Mar C. Topical analgesia for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD005657.
3. NHG-werkgroep Otitis media acuta bij kinderen. NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen (derde herziening). Utrecht: NHG, 2014. <https://richtlijnen.nhg.org>.

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



De gebruikelijke pijnstillers, zoals paracetamol en ibuprofen, helpen vaak onvoldoende tegen oorpijn.

Foto: Shutterstock

De Sévaux JLH. Helpen pijnstillende oordruppels bij kinderen met otitis media acuta? *Huisarts Wet* 2022;65(7):72. DOI:10.1007/s12445-022-1481-3. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: J.L.H de Sévaux, aioto, j.l.h.desevaux-2@umcutrecht.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: ZonMw subsidieert dit onderzoek.

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

Welk effect hebben amfetamines bij volwassenen met ADHD?

Ravian Wettstein, Glenn Dumont

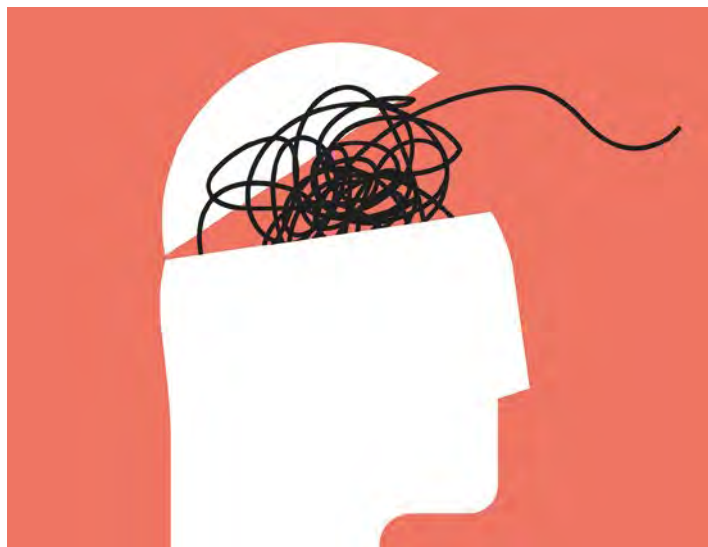
De meeste volwassenen met ADHD functioneren goed wanneer ze amfetamines krijgen. Het is alleen nog niet duidelijk waarom de ene patiënt er beter op reageert dan de andere. Het IDEAL-onderzoek moet meer inzicht geven in de effecten die de in Nederland voorgeschreven amfetamines gedurende de dag hebben.

Huisartsen krijgen geregeld te maken met patiënten die worden terugverwezen vanuit de gespecialiseerde ggz nadat ze de diagnose ADHD hebben gekregen en zijn ingesteld op psychofarmaca.¹ Bij 70 tot 80% van de volwassenen met ADHD zijn amfetamines effectief in het reduceren van problemen in het dagelijks functioneren, mits de patiënten goed zijn ingesteld.² De effecten kunnen per patiënt echter sterk variëren, wat verband kan houden met de farmacokinetische eigenschappen van de voorgeschreven amfetamine.

In Nederland zijn 2 vormen van amfetamines beschikbaar voor de behandeling van ADHD bij volwassenen: dexamfetamine en lisdexamfetamine. Beide preparaten bevatten dezelfde werkzame stof, maar leiden in de praktijk tot verschillende effecten door de dag heen en worden daarom anders ingezet.³ Lisdexamfetamine wordt in principe eenmaal daags gedoseerd om tot een adequate dagdekking te komen, en dexamfetamine 2 keer. Tot nu toe is er bij volwassenen met ADHD vrijwel geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit (de reductie in symptomen) en de hoogte van de bloedconcentraties, in relatie tot verschil in het effect van dexamfetamine en lisdexamfetamine. Ons onderzoek vergelijkt de effecten van dexamfetamine en lisdexamfetamine bij volwassenen met ADHD en relateert deze effecten aan de farmacokinetiek van deze middelen.

Het IDEAL-onderzoek is medio 2021 van start gegaan. Op basis van de huidige evidence en ervaringen uit de klinische praktijk verwachten we dat dexamfetamine tot een snellere symptoomreductie leidt en dat de middagdoserings een groter effect op de symptomen heeft dan lisdexamfetamine. We verwachten ook dat lisdexamfetamine een hogere piekconcentratie in het bloed veroorzaakt, waardoor waarschijnlijk meer bijwerkingen ontstaan. Als het lukt om een verband tussen de farmacodynamiek en -kinetiek aan te tonen, wordt het in de praktijk makkelijker om patiënten met ADHD in te stellen op medicatie. De eerste resultaten van dit onderzoek verwachten we in het tweede kwartaal van 2022.

Zie voor meer informatie over het IDEAL-onderzoek: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04946461>. ■



Het is onduidelijk waarom de ene patiënt beter op amfetamines reageert dan de andere.

Foto: Shutterstock

LITERATUUR

1. NHG. Aandachtspunten bij patiënten ≥ 18 jaar die ADHD-middelen gebruiken. Bijlage bij het NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie. <https://richtlijnen.nhg.org>. Utrecht: NHG, 2018.
2. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatr* 2018;5:727-38.
3. Dolder PC, Strajhar P, Vizeli P, Hammann F, Odermatt A, Liechti ME. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of lisdexamfetamine compared with D-amphetamine in healthy subjects. *Front Pharmacol* 2017;8:617.

Wettstein RKRW, Dumont GJH. Welk effect hebben amfetamines bij volwassenen met ADHD? *Huisarts Wet* 2022;65(7):75. DOI:10.1007/s12445-022-1480-4. ADHDcentraal, Research en Development, Amsterdam/Amsterdam UMC, locatie AMC, Klinische farmacologie en ziekenhuisapotheek, Amsterdam: R.K.R.W. Wettstein, arts, promovendus, ravianwettstein@adhdcentraal.nl; dr. G.J.H. Dumont, klinisch farmacoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

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

Webtip oogartsen.nl

Bart Timmers, Annet Solлие

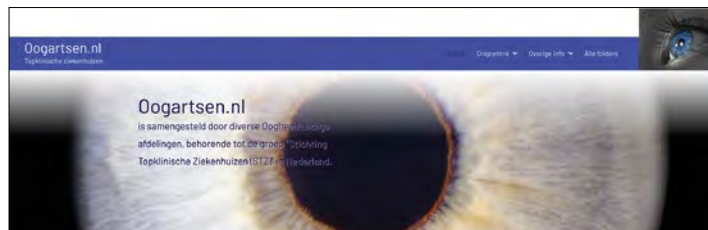
Wat ziet een patiënt met maculadegeneratie of glaucoom eigenlijk precies? Dat is soms lastig om uit te leggen. Zoekt u betrouwbare informatie voor patiënten die zij nog even kunnen nalezen? Hebt u een plaatje nodig om toe te lichten hoe een staaroperatie werkt? Dit alles vindt u op de website oogartsen.nl, die sinds 2004 in de lucht is.

De website oogartsen.nl is samengesteld door een aantal oogheelkundige afdelingen binnen de groep Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ) in Nederland. Deze klinieken hebben een onderling samenwerkingsverband afgesloten. Het doel daarvan is het verbeteren van de kwaliteit van de oogheelkundige zorg, kennisuitwisseling en het optimaliseren van voorlichting voor patiënten en zorgverleners.

De website omvat 12 onderdelen, die direct via de homepage benaderbaar zijn: het oog, glasvocht/netvlies, hoornvlies/slijmvlies, oogleden, overige oogziekten, refractiechirurgie, ooglens/staar, diabetesoogzorg, zenuwen/oogkas, brilsterkte, laserbehandelingen en contactlenzen.

Onder het onderdeel 'het oog' staat uitgebreide informatie over de anatomie en werking van het oog, goed geïllustreerd met filmpjes en afbeeldingen. Ietwat verstopt onder 'het oog' en 'stoornissen in de waarneming' vindt u van een aantal oogziekten de beelden van wat een patiënt waarneemt. Ook nuttig zijn de uitleg en mooie illustraties bij de verschillende oogziekten. Handig voor de huisarts om als link aan de patiënt mee te geven is bijvoorbeeld de uitleg over oogdruppelen, te vinden onder 'instructies' bij 'het oog'.

Doordat de website in de loop van de jaren zo groot is geworden, is het soms lastig informatie snel te vinden. De vrij goede zoekfunctie helpt daarbij. De site bevat ook een contactformulier, dat is bedoeld voor mensen die de websitebeheer-



der vragen willen stellen of op- of aanmerkingen hebben over de site en inhoud van de folders. Dit formulier is niet bedoeld om medische vragen te stellen. Daarvoor wordt de bezoeker verwezen naar de eigen oogarts.

Zet deze website in uw favorietenlijst: om zelf als naslagwerk te gebruiken of om patiënten van uitleg te voorzien. Hier en daar is de website te uitgebreid, vooral als je snel wat wilt opzoeken. Tip van ons aan de makers: optimaliseer de structuur en neem een apart overzicht op met links naar alle beschikbare filmpjes. ■

Naam	Oogartsen.nl
Makers	Dr. V.P.T. Hoppenreijns, oogarts van het Deventer Ziekenhuis [oogheelkunde-afdelingen Stichting Topklinische Ziekenhuizen STZ]
Doel	Kennisuitwisseling, optimaliseren informatievoorziening over oogheelkundige zorg
Prijs	Gratis
Oordeel	●●●



TYPEFOUT IN ARTIKEL 'HYPOXEMIE DETECTEREN MET DE ROTH-SCORE'

In het artikel 'Hypoxemie detecteren met de Roth-score' van Charlotte ten Broeke, et al. is in de lead een kleine maar essentiële typfout gesloten. Bij het counting number staat een \geq [groter dan of gelijk aan-teken], terwijl het een \leq [kleiner dan of gelijk aan-teken] moet zijn. Online is dit gecorrigeerd, in de printuitgave (H&W 6, juni) op pagina 36 staat dit verkeerd.

De juiste zin moet zijn: We lieten 33 huisartsen de Roth-test uitvoeren bij 105 patiënten en vonden dat een **counting number ≤ 20** samenhangt met een verlaagde SpO₂ [sensitiviteit 93,3%, specificiteit 77,8%].



ANTI-AFBRANDBOEK VOOR ARTSEN

Hans Rode | Het is maar werk | Utrecht: De Tijdstroom, 2021 | 175 pagina's | € 27,50 | ISBN 9789058983435

Hoe kun je je staande houden op het pad van de medische loopbaan, met alle voetangels en klemmen die je daarop tegenkomt? Hans Rode geeft een flink aantal handvatten om een burn-out te voorkomen en het plezier in je werk te behouden. Doordat hij put uit zijn eigen en andermans ervaringen is het een heel toegankelijk en praktisch boek geworden, geschikt voor alle artsen in elke fase van hun carrière.

Wat waren ook alweer je motieven en drijfveren toen je inder tijd voor het doktersvak koos? Tot welke problemen leiden die motieven in de dagelijkse praktijk? Faciliteert je werkomgeving je voldoende om vast te houden aan die motieven? En wat kun je zelf doen om genoeg energie en werkplezier te behouden tijdens je loopbaan? Autonomie en teambuilding zijn hiervoor in ieder geval belangrijke ingrediënten. Wat verder belangrijk is om je motieven en drijfveren vast te houden lees je in dit boek. Een hoofdstuk dat mij veel inzichten heeft opgeleverd gaat over de 4 generaties die zich binnen het artsengilde tot elkaar moeten verhouden. Rode beschrijft de babyboomers en de generaties X, Y en Z, met al hun verschillende interesses en eigenaardigheden. Dit helpt je om de behoeften van andere generaties te begrijpen. Het stelt je ook in staat om te vermijden dat de rekening tussen de generaties blijft rouleren (ik heb vroeger als aios hard moeten werken, dus moet jij dat nu ook). Wanneer je de eisen blijft stellen die in jouw generatie belangrijk zijn, kan dat uiteindelijk tot aanhoudende stress leiden.

Is het artsenvak een roeping, werk of gewoon een baan? Voor de meesten is ons werk meer dan een baan, denk ik. Wanneer het een roeping is, wordt de kans wel groter dat je andere belangrijke zaken in het leven gaat verwaarlozen, wat vervolgens het risico op een burn-out vergroot. Rode adviseert om in ieder geval 20% van je tijd te besteden aan werk waar je een echte passie voor hebt en de overige tijd vooral *niet* te besteden aan allerlei administratief gedoe dat anderen ook prima kunnen doen. Een belangrijk advies dat ook leidinggevend ter harte mogen nemen.

In een hoofdstuk over de balans tussen werk en privéleven beschrijft Rode de signalen die erop wijzen dat je over je grenzen heengaat. Ik herken het wel: artsen zijn vaak slecht in zelfzorg! Welke activiteit zeg je af als je veel stress hebt?

Het valt niet altijd mee om je patiënten ertoe te brengen om te doen wat je verstandig lijkt. Ook dat kan spanning opleveren. Aan de hand van de beïnvloedingsstrategieën van de psycholoog Cialdini beschrijft Rode hoe je patiënten kunt overtuigen en zo je werk beter en bevredigender kunt maken. Hoe leuk wordt het als patiënten ook echt gaan doen wat je adviseert! Het laatste hoofdstuk gaat over 6 ingrediënten die je als professional topfit houden. Bijvoorbeeld teamgevoel, geen propvolle agenda en een goede privé-werkbalans – die elementen zijn niet alleen voor jou als praktiserend arts van belang, maar zeker ook voor werkgevers en startende collega's.

Ik kan dit boek van harte aanbevelen – mocht je nog een gaatje in je agenda hebben... ■

Pieter Buis

BEOORDELING: ●●●●●

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. Lianne Stolwijk [huisarts] en dr. Kim van Wijck [huisarts].
Gastredactie themanummer Kopzorgen: dr. Alexandra Bendsdorp [huisarts], dr. Pieter Buis [huisarts], dr. Richard Stramans [huisarts], dr. Lianne Stolwijk [huisarts] en dr. Kim van Wijck [huisarts].

Redactie bureau

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

NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Beeld: Unsplash, Margot Scheerder [tevens beeldredactie]. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org, 088 506 55 00.

Uitgever

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

Advertentieverkoop

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

Abonnementen

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

Het koesteren van de huisartsenzorg vraagt ook iets van ons



De kwaliteit van zorg in Nederland is hoog, niet in het minst door de bijdrage van de huisartsenzorg. Een zorgstelsel zonder huisartsen valt in Nederland niet voor te stellen. En toch is dat waar de discussie de laatste tijd over gaat: zijn er straks nog jonge mensen die huisarts willen worden? Houdt u het zelf nog vol? Is het nog leuk?

Huisartsenzorg is een succesnummer: zorg is er goedkoop, dichtbij, laagdrempelig en van goede kwaliteit. Dat klinkt beleidsmakers als muziek in de oren: het idee lijkt dat alles dat niet goedkoop, dichtbij of laagdrempelig is dat kan worden, door het door huisartsen te laten doen. De huisartsenzorg dreigt zo ten onder te gaan aan haar eigen succes. Daarmee wordt voorbijgegaan aan wat huisartsenzorg zo succesvol maakt, namelijk de langdurige relatie tussen huisarts en patiënt. Vertrouwen en contextkennis helpen bij het vertalen van algemene evidencebased medische kennis naar voor individuele patiënten behulpzame en bruikbare adviezen. Op die manier wordt rationele zorg passende zorg; betekenisvol voor patiënten en een prachtig vak voor ons. Huisartsen zijn meesters in het omgaan met onzekerheid, in het balanceren tussen *watchful waiting* en tijdig ingrijpen. Normaliseren, ondersteunen en begeleiden zijn krachtige en bewezen middelen in de huisartsgeneeskunde. Zoals Balint al schreef is de dokter vaak zelf het medicijn. Een medicijn dat werkt door die vertrouwensband en het kennen van de patiënt in zijn of haar context. Een sterke huisartsenzorg verkleint bovendien gezondheidsverschillen en vermindert ongelijkheid in kwaliteit van zorg en in toegang tot zorg. Huisartsenzorg is iets om trots op te zijn en te koesteren. Dat vereist goede randvoorwaarden. Maar het vraagt ook van ons om die onmisbare kern, de kracht van onze kernwaarden, steeds te blijven uitdragen. Het is belangrijk om gezamenlijk na te denken hoe we die kernwaarden in een veranderende samenleving en beroepsgroep kunnen blijven vormgeven op een manier die bij ons past, die tegelijkertijd de kracht van de huisartsenzorg overeind houdt. Want alleen dan blijft huisartsenzorg passende zorg, zowel voor onze patiënten als voor ons.

Wendy Borneman

Huisarts en voorzitter Raad van Bestuur NHG

'Huisartsenzorg is iets om trots op te zijn en te koesteren'

Warme huisartsenzorg dicht bij huis

De huisarts staat onder druk en vraagt terecht om aandacht. Het gaat om knelpunten waar we samen met anderen een oplossing voor moeten vinden. Maar we moeten ook zelf aan de bak! De huisartsenzorg kan verder verbeteren en moderniseren. De hoogste prioriteit verdienen het verbeteren van processen in de praktijk en het mogelijk maken van zelfmanagement bij de patiënt die dat kan en wil. Daarnaast moeten een aantal regelzaken de individuele praktijk uit en op regionaal niveau aangepakt worden. Digitale innovatie kan helpen om warme huisartsenzorg dicht bij huis te blijven garanderen.



Patrick Bindels



Henk Schers

Als we naar de afgelopen decennia kijken, heeft de huisarts zich al enorm ontwikkeld. Wel is nu een verhoogde inzet en een sterk beleid nodig om te kunnen blijven innoveren. Om dat te benadrukken hebben de academische afdelingen huisartsgeneeskunde, verenigd in het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH), en het NHG de minister van VWS om concrete steun gevraagd. De huisarts van morgen vraagt om blijvende innovatie van de opleiding, de verdere onderbouwing van ons vak vraagt om gedegen wetenschappelijk onderzoek. Een sterke rol van de huisarts in de regio vraagt om een sterke infrastructuur waar we aan vernieuwing van zorg kunnen werken. De academie wil daar aan werken in nauwe samenwerking met de regionale huisartsen, huisartsenorganisaties en andere betrokken partijen. 'Samen' is niet voor niets toegevoegd als vierde kernwaarde aan het vak. Nederland staat overigens niet alleen, elders spelen dezelfde uitdagingen. Een van de leden van het UNH schreef naar aanleiding daarvan een column. Laten we er samen mee aan de slag gaan!

'De huisarts van morgen vraagt om blijvende innovatie van de opleiding, de verdere onderbouwing van ons vak vraagt om gedegen wetenschappelijk onderzoek'

Prof. dr. Patrick Bindels (voorzitter) en prof. dr. Henk Schers, namens het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde

Lees elders op deze site de brief vanuit het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde en het NHG aan de minister van VWS en de bijdrage van Henk Schers.

Geachte minister Kuipers,

Voortbordurend op het coalitieakkoord ‘Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst’ wordt momenteel bij de totstandkoming van een Integraal Gezondheidszorg Akkoord volop nagedacht over oplossingen voor de uitdagingen waar de gezondheidszorg en samenleving voor staan. Bij veel van deze oplossingen speelt de huisarts een belangrijke rol. We staan met elkaar voor een grote maatschappelijke opgave waarbij voldoende goed toegeruste huisartsen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan passende en duurzame zorg.

Al decennia leveren huisartsen persoonsgerichte, continue medisch-generalistische zorg van hoge kwaliteit. Huisartsgeneeskunde is een vak met eigen epidemiologie, diagnostiek en behandeling, gestoeld op degelijk huisartsgeneeskundig onderzoek. De uitstekende kwaliteit van de Nederlandse huisartsenzorg steunt op een sterke wetenschappelijke basis. De huisartsenzorg vervult daarmee een onmisbare en cruciale factor in het (betaalbaar houden van het) Nederlandse zorgsysteem.

Wij, de zeven academische afdelingen huisartsgeneeskunde en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), zien het duurzaam blijven ontwikkelen en versterken van de huisartsgeneeskunde, als onze voornaamste taak. Wij doen dit door het geven van uitstekend onderwijs, het opleiden van de huisartsen van de toekomst, het doen van excellent wetenschappelijk onderzoek met een goede vertaling in richtlijnen en hulpmiddelen voor in de spreekkamer van de huisarts, en het ontwikkelen van zorginnovatie met krachtige impact op de dagelijkse praktijk. Echter, het huidige systeem knelt op verschillende punten, waardoor de beoogde versterking van de rol van huisartsen vanuit de academie in gevaar komt. Voor toekomstbestendige huisartsgeneeskundige zorg, en om te kunnen voldoen aan de ambities uitgesproken in het coalitieakkoord, is structurele financiering van de academische huisartsgeneeskunde nodig. Wij vragen u daarbij om het volgende:

1. Investeer in opleidingen voor de huisarts van de toekomst

De toekomstige huisarts opleiden vraagt om innovatie van de opleiding met het oog op het veranderende zorglandschap. Ontwikkelingen rondom verplaatsing van zorg, digitalisering, netwerkzorg en samenwerking met het sociale domein vragen aanvullende kennis en vaardigheden van huisartsen die aan de orde moeten komen in de opleiding. Deze innovatie kan alleen gedaan worden wanneer er een investering gedaan wordt in de huisartsenopleidingen, zowel voor aanpassing van het curriculum, als voor het opleiden van extra huisartsen. Ook het blijvend investeren in de opleiding van huisarts-onderzoekers is van groot belang. Deze ‘clinical scientists’ spelen voor de beroepsgroep een zeer belangrijke rol in de academische onderbouw van het vak en zijn daardoor onmisbaar voor het behoud van een toekomstbestendig zorgsysteem.

2. Zorg voor voldoende financiële middelen voor huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek

Kennisontwikkeling door wetenschappelijk onderzoek is een noodzakelijke en onmisbare bouwsteen voor het behoud van kwalitatief hoogwaardige huisartsenzorg. Onderzoeksbudgetten, beschikbaar via ZonMw-fondsen, dienen zowel voor het uitvoeren en versterken van huisartsgeneeskundig onderzoek als voor het opleiden van huisarts-onderzoekers. De ZonMw-programma’s ‘Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde’ (HGOG) en het ‘Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde’ (KPHAG) lopen beide in 2022 af. Het is van eminent belang dat er voldoende onderzoeksgelden voor toekomstige huisartsgeneeskundig onderzoek en voor het opleiden van huisarts-onderzoekers beschikbaar blijven komen.

3. Ondersteun een goede onderzoeksinfrastructuur voor de eerste lijn

Huisartsgeneeskundig onderzoek vindt niet plaats in ziekenhuizen maar, geïnitieerd vanuit de zeven academische afdelingen huisartsgeneeskunde, in vele huisartsenpraktijken. Dit vraagt ondersteuning en coördinatie. De hiervoor benodigde structurele financiering van regionale academische huisartsgeneeskundige infrastructuren ontbreekt echter. In deze werkplaatsen wordt het ontwikkelen van veranderkracht gericht op regionale zorginnovatie geborgd. Ook wordt het onderhoud en de doorontwikkeling van huisartsgeneeskundige routinezorgdatabases

ten behoeve van onderzoek en monitoring mogelijk gemaakt. Op die manier wordt de academisering van de huisartsgeneeskunde solide vorm gegeven, wordt gewerkt aan regionaal maatwerk samen met andere eerstelijns zorgaanbieders, de tweede lijn en het sociale domein. Wij achten het noodzakelijk om te investeren in academische werkplaatsen huisartsgeneeskunde, in lijn met de reeds geboden ondersteuning aan academische werkplaatsen van specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

4. Behoud de belangrijke relatie tussen onderzoek en praktijk

De kennis voortkomend uit wetenschappelijk onderzoek wordt door het Nederlands Huisartsen Genootschap vertaald naar richtlijnen en hulpmiddelen voor gebruik in de huisartsenpraktijk. Onder andere de NHG-Standaarden en de website Thuisarts.nl hebben in de implementatie van nieuwe kennis zowel voor huisartsen als patiënten een belangrijke toegevoegde waarde. Hierdoor komt nieuwe kennis zo snel mogelijk op de plaats waarvoor hij bedoeld is: bij de patiënt.

Kennislacunes die worden onderkend tijdens het vertalen van de wetenschap en bij gebruik in de praktijk, worden verzameld in onderzoeksagenda's, die het startpunt zijn voor het initiëren van nieuw onderzoek vooral uitgevoerd bij de academische afdelingen huisartsgeneeskunde. Een actueel voorbeeld is de 'Kennisagenda COVID-19 Huisartsgeneeskunde'.

Voor deze vertaling van wetenschap naar de praktijk, en van de praktijkvragen naar de wetenschap, blijven structureel Kwaliteitsgelden via ZonMW nodig. Werven en binden van goede wetenschappelijk medewerkers die als vakmensen dit vertaalproces en de doorontwikkeling daarvan beheersen vereisen een stabiele financieringsgrondslag.

Wij zijn overtuigd van de onmisbare bijdrage van de huisartsenzorg aan een duurzame en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg in Nederland. Graag gaan we verder met u in gesprek om te bespreken hoe we ook vanuit de academie in gezamenlijkheid kunnen bijdragen aan het behouden en doorontwikkelen daarvan, ook in de toekomst.

Met vriendelijke groet,

Drs. Ir. W.M. (Wendy) Borneman, huisarts
Voorzitter Raad van Bestuur Nederlands Huisartsen Genootschap

Prof. dr. J.E (Patrick) Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde Erasmus MC Rotterdam
Voorzitter Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH)

Mede namens de afdelingen huisartsgeneeskunde participierend in UNH:

Prof. dr. M.E. Numans, (hoofd afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde LUMC),
Prof. dr. J. Bont (hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC),
Prof. dr. J. W.M. Muris (hoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht),
Dr. D.L.M. Zwart (hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde UMC Utrecht),
Prof. dr. H.J. Schers (hoogleraar huisartsgeneeskunde Radboudumc),
Prof. dr. N.D. Scherpbier (hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, UMCG)



▲ Wendy Borneman, huisarts en bestuursvoorzitter NHG.

◀ De hoofden van de afdelingen huisartsgeneeskunde (v.l.n.r.): Jean Muris, Matthijs Numans, Nienke Scherpbier, Henk Schers, Dorien Zwart, Jettie Bont en Patrick Bindels.

FEEST VAN HERKENNING?

Huisartsgeneeskunde in de Verenigde Staten en in Nederland

Henk Schers

Als je door medische tijdschriften bladert, dan kom je regelmatig artikelen tegen waarin de toekomst van de huisartsgeneeskunde wordt gedeut. En meestal is die toekomst somber, soms apocalyptisch. Opmerkelijk, omdat juist de huisartsen in het verleden hebben laten zien dat ze de problemen die hen voor de voeten komen aangaan en oplossen, in de spreekkamer maar ook daarbuiten.

Een kijkje naar de overkant

Hoe dan ook, ik las onlangs een interessant artikel in de *Journal of General Internal Medicine*, een tijdschrift voor de Amerikaanse 'huisarts'. Een feest van herkenning. De auteurs beschrijven de ontwikkelingen in de eerste lijn in hun land in de afgelopen 30 jaar, betogen dat het zo niet verder kan, en dragen tenslotte oplossingen aan om weer toekomstproof te worden. Wat is volgens hen het probleem? De beroepsgroep is gedemoraliseerd en overbelast, en dat terwijl juist de huisarts nodig is om de hervormingen van het zorgstelsel in gang te zetten. Ook Amerikaanse de ontwikkeling van kleine praktijken naar grote gezondheidscentra; het ondervond de invloed van de automatisering leidend tot meer kwaliteit, maar ook tot meer aan het werk gespendeerde tijd; van consumptisme waardoor alles sneller moet, de huisarts altijd bereikbaar moet zijn, en data direct beschikbaar en zichtbaar moeten zijn in het dossier; en van het betaalsysteem waarbij invoering van honorering op basis van het behalen van kwaliteitsindicatoren in plaats van het toevoegen van waarde opgang vond. Huisartsen gingen meer parttime werken, niet perse omdat ze minder wilden werken, maar vooral omdat ze daarmee het werk in de vrije tijd nog gedaan konden krijgen. Kortom, het gaat niet goed met de huisarts. De auteurs

stellen vervolgens een aantal oplossingen voor; ze pleiten op basis van nauwkeurige analyses voor meer administratietijd, van een 80-20% verhouding directe patiëntentijd versus administratietijd naar een 60-40% verhouding. Daarnaast moet alle virtuele zorg, die de dokter vaak meer tijd kost dan het oplevert, gepland worden als directe patiëntentijd, en niet als administratietijd. Ook moeten reële verwachtingen worden geschapen, zowel dokters als patiënten moeten daar beter van worden, en daarom worden er bijvoorbeeld vraagtekens gesteld bij de directe toegankelijkheid van patiënten en de noodzaak voor dokters om meteen te moeten reageren als patiënten vragen hebben over die uitslagen. Daarnaast pleiten de auteurs voor een value based betalingssysteem waarin wordt afgerekend op basis van datgene waarvoor de huisarts daadwerkelijk verantwoordelijk kan worden gehouden. En tenslotte, natuurlijk, ook aan de overkant van de oceaan vindt men het salaris van de huisarts onvoldoende om de aantrekkelijkheid van de beroepsgroep voldoende op peil te houden. En wie moet dat volgens de auteurs allemaal gaan fixen? Natuurlijk, de beleidsmakers, zorgsystemen en zorgverzekeraars.

Situatie is onvergelykbaar

Zijn de ontwikkelingen in Amerika voor ons in Nederland herkenbaar? Zeker, we werken ook hier in grotere praktijken, met meer mensen, aan mensen met steeds complexere problemen. Die mensen hebben volgens onze huidige kwaliteitsstandaarden recht op steeds betere zorg. Dat kost tijd, menskracht en heel veel verbindingswerk. Ook hier wordt gezocht naar meer tijd voor de patiënt. Huisartsen voelen zich ook bij ons overbelast, en parttime werkende huisartsen brengen ook hier op hun vrije dagen de administratie op orde. Het water staat aan de lippen. Maar zijn de voorgestelde aanpassingen ook in Nederland toepasbaar en gaan die het



Henk Schers is hoogleraar regionale netwerkvorming vanuit de huisartsgeneeskunde (Radboud UMC) en voorzitter van de Verenigingsraad van het NHG.

verschil maken? Eerlijk gezegd vrees ik van niet. Relatief meer administratietijd betekent de facto gewoon minder tijd voor de patiënt, tenzij iedereen een dag extra gaat werken. En huisartsen willen minder administratietijd, maar zeker niet méér werken. Er is bovendien een ander probleem; we hebben niet een paar duizend huisartsen achter de hand om het tekort aan te vullen dat ontstaat bij meer tijd voor de patiënt en kleinere praktijken. De oplossing zit de komende 10 jaar dus niet in kleinere praktijken - want die dokters zijn er niet - en ook niet in nog meer tijd voor de patiënt geleverd door de huisarts zelf - want die is niet voorhanden -. We moeten alle zeilen bijzetten om het principe van 'iedere Nederlander heeft recht op een huisarts' overeind te houden. Die verantwoordelijkheid dwingt ons uit de geijkte denkkaders te treden.

Digitale transformatie

Gaat virtueel ons daarbij helpen? De verschuiving naar meer virtuele patiëntencontacten is weliswaar een feit, maar het aandeel in het totaal is nog erg beperkt. Dat gaat zeker veranderen, en huisartsen kunnen die nieuwe werkelijkheid prima zelf managen door een deel van hun spreekuur virtueel te maken als ze dat willen. In tegenstelling tot wat soms gedacht wordt zal deze beweging

de drukte in de praktijk echter niet wegnemen, het is veel meer een vorm van patiëntvriendelijke substitutie in eigen praktijk. De hoeveelheid mails van patiënten neemt toe, er zijn e-consulten, meedenkconsulten, virtuele interdisciplinaire consultatie, en overlegplatforms. Kortom, een veelheid aan mogelijkheden waar huisartsenpraktijken hun weg nog in moeten vinden, en waar assistentes, praktijkondersteuners, en andere medewerkers nog heel veel van de huisarts kunnen overnemen zonder enig kwaliteitsverlies. Huisartsen zullen keuzes moeten maken, en volgens mij kan dat maar 1 richting opgaan; digitale innovaties omarmen die zich richten op zelfhulp, zelfredzaamheid, het ontlasten van de voordeur, en procesverbetering in de praktijk; meer aan anderen in de praktijk overlaten, het overzicht houden op de eigen patiënten en de écht belangrijke dingen vooral zelf blijven doen.

Plannen zijn noodzaak

De auteurs van het artikel doen de aanbeveling om reële verwachtingen te scheppen bij patiënten over wat ze wel en niet mogen verwachten van de huisarts, en dat is natuurlijk heel verstandig. Die discussie loopt hier al langer, het gaat bij ons dan vaak over 'onterechte zorgvragen'. Maar ondanks alle inspanningen vrees ik dat mensen blijven verwachten dat een oor tijdens de dienst gewoon kan worden uitgespoten; maaltijden en boodschappen bestel je immers ook 24/7 met een druk op de knop, en die worden dan binnen 10 minuten bij je thuisgebracht. Misschien moeten

we leren van de flitsbezorgservices, en onze praktijk niet teveel begrenzen, maar de blaasontstekingen, snotneuzen en verstopte oren er juist creatief bijdoen, vooral niet zelf, maar er ander personeel voor inzetten. Anders gaan anderen het doen: Uber yourself before you get Kodaked. De echte betekenis van de huisarts zelf ligt op andere terreinen dan de snotneus. Het voorkomen van versnippering en verspilling van zorg voor onze patiënten, het behoud van compassie en persoonlijke continuïteit, en het bieden van een zorgrustpunt voor patiënten in een gemedicaliseerde wereld. Dat kon 30 jaar geleden en het kan naar mijn overtuiging nog steeds. De oplossing zullen we niet vinden in het terug naar vroeger, mopperen over administratie, honorarium, bekostiging of het opvoeden van patiënten; en ook niet in de opdracht aan anderen om iets voor ons te gaan regelen. Het zit wel in het stellen van de juiste prioriteiten, zorgen voor persoonlijke continuïteit, keuzes maken, en echte toekomstbestendige plannen smeden voor de beroepsgroep. En laten we daarin groot denken, en de nieuwe uitdagingen vooral als huisartsen zelf aangaan, vertrekkend vanuit de regionale samenwerkingsverbanden die praktijken hierin nog veel meer kunnen ondersteunen dan nu gebeurt, en waarin praktijkhouders en niet-praktijkhouders samenwerken. De coronacrisis was daarvoor een mooie opmaat. Met een beetje fantasie, zelfmeetspul, logistieke ondersteuning vanuit een regionaal huisartsenmonitoringscentrum, en af en toe een dikke virtuele duim van de eigen dokter

kan minstens de helft van de patiënten zijn eigen chronische aandoening monitoren. Dan houden we tijd over voor wat er echt toe doet. En alleen daarmee kunnen we persoonlijke zorg door een huisarts voor alle Nederlanders de komende 10 jaar overeind houden.

Geen reden tot somberen

Huisartsen hebben in de afgelopen 30 jaar een aantal belangrijke ontwikkelingen en bedreigingen in de zorg uitstekend het hoofd geboden. Huisartsen zijn op het juiste moment gestart met het richtlijnenprogramma, met de NHG-Standaarden, zijn gestopt met de verloskunde, hebben de avond- nacht- en weekenddiensten geherstructureerd en nieuw ondersteunend personeel in de praktijk geïntegreerd. Ze hebben zich verenigd in coöperaties, waarmee ze de zorg voor chronische aandoeningen steeds beter hebben vormgeven. Met Thuisarts.nl hebben huisartsen bovendien de succesvolste e-health-interventie ooit gelanceerd. Daar is nauwelijks een systeem, verzekeraar of beleidsmaker aan te pas gekomen. En ja, er ligt weer een nieuwe uitdaging, maar dat lijkt me geen reden om te somberen.

Deze bijdrage is eerder verschenen op: <https://guusschrijvers.nl/feest-van-herkenning-huisartsen-geneeskunde-in-de-vs-en-in-nl/>

'Uber yourself
before you get Kodaked'

